

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**  
**Instituto de Saúde/SES-SP**

**Caroline Carapiá Ribas Lisboa**

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A  
GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

São Paulo  
2015

**Caroline Carapiá Ribas Lisboa**

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A  
GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Caroline Carapiá Ribas Lisboa

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A  
GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Ioyama Venancio

São Paulo  
2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Lisboa, Caroline Carapiá Ribas

Atenção integral à saúde da criança: em foco a gestão assistencial do desenvolvimento infantil/Caroline Carapiá Ribas Lisboa. São Paulo, 2016.

79p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria

Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sonia I soyama Venancios

1.Atenção Integral à Saúde 2. Saúde da Criança 3. Desenvolvimento Infantil 3.Gestão em Saúde I.Título.

## Dedicatória

*Dedico este mestrado com todo o meu amor ao meu marido Dêvson Dias Lisboa e aos meus filhos Kim Ribas Lisboa e Theo Ribas Lisboa. O apoio incondicional e muitas vezes o sacrifício do tempo em família tornaram possível a vitória de mais uma conquista em minha vida.*

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, mantenedor deste universo, por suprir o meu corpo, minha mente e meu espírito de boas influências.

À Dra. Sonia Venancio, professora, orientadora e pesquisadora de valor inestimável para este país. Obrigada por acreditar em mim, por me ajudar na construção deste trabalho e abrir esta porta de oportunidades em minha vida.

Ao Professor Ely Hollen por ser o primeiro incentivador para a execução deste trabalho.

A Clévia Silva, pela amizade e apoio nos momentos em que mais precisei de ajuda humana.

Ao Roger Franca, por me apresentar o Designer Thinking e por conduzir comigo as oficinas para execução deste estudo.

Ao Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela participação indispensável no cumprimento das etapas deste estudo.

Aos dirigentes do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM – por permitir a execução deste estudo em tempo protegido.

À minha família que sempre desejou o alcance dos meus maiores objetivos, sublimando a minha ausência em prol das minhas conquistas.

## ÍNDICE

<b>LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS</b> .....	<b>10</b>
<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>11</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>12</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1. Saúde da Criança como um direito</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2. Situação da Primeira Infância no Brasil</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3. A importância da Primeira Infância</b> .....	<b>21</b>
<b>1.4. O Desenvolvimento Infantil</b> .....	<b>22</b>
1.4.1. Arquitetura Cerebral .....	24
1.4.2. Vigilância do Desenvolvimento Infantil.....	26
<b>1.5. Políticas Públicas voltadas à Primeira Infância</b> .....	<b>27</b>
<b>1.6. Programas para a Promoção do Desenvolvimento Infantil</b> .....	<b>28</b>
<b>1.7. Contexto do Estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>40</b>
<b>3.1. Objetivo Geral</b> .....	<b>41</b>
<b>3.2. Objetivos específicos</b> .....	<b>41</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>42</b>
<b>4.1. Desenho do Estudo</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2. Local</b> .....	<b>43</b>
<b>4.3. Intervenção</b> .....	<b>43</b>
<b>4.4. Amostra</b> .....	<b>48</b>
<b>4.5. Coleta de dados</b> .....	<b>48</b>
4.5.1. Conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil. ....	48
4.5.3. Cadernetas de Saúde da Criança .....	49
4.5.4. Orientações dadas às mães.....	49
<b>4.6. Banco de dados e análise</b> .....	<b>49</b>
<b>4.7. Aspectos Éticos</b> .....	<b>50</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
<b>ARTIGO</b> .....	<b>52</b>
<b>ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>52</b>
Introdução.....	52
Método.....	55
Resultados.....	58
Discussão.....	63
Considerações e Recomendações Finais .....	67
Referências Bibliográficas .....	69
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXO 2</b> .....	<b>78</b>
<b>ANEXO 3</b> .....	<b>79</b>



<b>ANEXO 4</b> .....	<b>81</b>
<b>ANEXO 5</b> .....	<b>84</b>

## **LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

**Tabela 1** - Aproveitamento no Pré e Pós teste por categoria profissional, São Paulo, 2015.

**Tabela 2** – Análise comparativa do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.

**Tabela 3**- Análise comparativa do preenchimento de pelo menos um marco do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.

**Tabela 4** – Análise comparativa da abordagem dos profissionais de saúde quanto ao desenvolvimento infantil em consultas, nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.

**Figura 1** - Percentual distrital na faixa 0-5 anos, São Paulo, 2010

**Figura 2** – Mapa do Capão Redondo

**Quadro 1** – Conteúdo da capacitação voltada às equipes de Saúde da Família.

## **PREFÁCIO**

A presente dissertação é fruto do estudo de mestrado profissional realizado no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob orientação da Professora Dra. Sonia Venancio e apoio do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM.

Este estudo completou uma trajetória pessoal que se iniciou ainda enquanto enfermeira assistencial da Atenção Básica, no ano de 2007, onde realizava análise crítica sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, pautada nos atendimentos de puericultura, realizado à época na Unidade Básica de Saúde em que trabalhava.

Um pouco mais tarde, em 2013, ao iniciar a pós-graduação *stricto sensu*, obtive o argumento fundamental para retomar o projeto que esteve na prateleira da minha consciência pelas inúmeras e intensas atividades de gestão a que me dedicava nesse intervalo de tempo.

A proposta metodológica que foi desenvolvida neste trabalho é um convite para aqueles que quiserem dedicar o seu tempo a experimentar estudos e propostas de intervenção em relação ao Desenvolvimento Infantil, concentrando especial atenção na possibilidade de práticas específicas, capazes de potencializar ações determinantes para o melhor atendimento à Saúde Integral à Criança, reforçados pelos desdobramentos de muitas teorias e conceituação, quebrando paradigmas e desvendando nuances de tão intrincado processo.

A apresentação deste trabalho foi estruturada da seguinte forma: um capítulo inicial de Introdução, seguido da Justificativa do Estudo, Objetivos e Métodos; um capítulo dedicado aos resultados, no qual se optou por apresentar a proposta de um artigo científico que será encaminhado, após as sugestões da banca, para publicação em periódico.

## **RESUMO**

Lisboa CCR. Atenção Integral À Saúde Da Criança – Em Foco A Gestão Assistencial Do Desenvolvimento Infantil. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.

Introdução: Em um país com problemas tão graves como o Brasil, de desigualdades sociais extremas, violência, falta de segurança e desrespeito aos direitos humanos mais elementares, investir na primeira infância constitui-se em uma estratégia política da mais alta relevância. Embora a vigilância do desenvolvimento seja uma ação básica de saúde do programa de atenção integral à saúde da criança em nosso País, não podemos dizer que tem havido implementação dessa ação. Nesse sentido, o modelo assistencial atual, Estratégia Saúde da Família, proporciona um cenário privilegiado para a implantação efetiva das medidas necessárias ao trabalho com o desenvolvimento infantil. Para ajudar na organização de ações, considerando os determinantes do desenvolvimento infantil, acredita-se que sensibilizar os profissionais de saúde para uma maior integração nos diferentes níveis, pode fortalecer a implantação de uma linha de cuidado para saúde da criança.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção junto a equipes de Saúde da Família, com foco no desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas voltadas à Atenção à Saúde da Criança no Distrito Administrativo do Capão Redondo – São Paulo.

Métodos: Trata-se de um estudo de intervenção, controlado, randomizado, em que um grupo de profissionais que prestam assistência a crianças, cadastradas na Estratégia Saúde da Família recebeu uma intervenção e foi comparado a outro grupo que não recebeu. A intervenção consistiu em oferecer uma capacitação voltada à vigilância do desenvolvimento infantil aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que prestam atendimento às crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

Resultados: Com relação ao desempenho no pré e pós testes por categoria profissional, observou-se que os agentes comunitários de saúde apresentaram melhora significativa de conhecimentos após a intervenção ( $p < 0.01$ ). Em relação à vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil os dois grupos apresentaram aumento no percentual de preenchimento após a intervenção (grupo controle de 44 para 72%;  $p=0,00$  vs grupo intervenção 59 para 73%;  $p<0,035$ ). Quando indagadas sobre as possíveis orientações ofertadas sobre DI pelo médico ou enfermeiro da Equipe Saúde da Família, observou-se um aumento considerável no número de respostas afirmativas no grupo intervenção comparado ao grupo controle, sendo esse aumento estatisticamente significativo ( $p=0,002$ ).

**Conclusões:** A intervenção realizada neste estudo apresentou-se como um método simples, de baixo custo e fácil de ser aplicada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, podendo ser um importante meio de contribuição para a operacionalização da vigilância do desenvolvimento infantil, fortalecendo as consultas de puericultura para uma atenção à saúde da criança voltada não só ao ganho ponderal como aos marcos do desenvolvimento, detecção precoce de desvios e sua conseqüente prevenção, ocorrendo um salto qualitativo ao cuidado integral.

**Potencial de Aplicabilidade:** Acredita-se que o estudo poderá contribuir para a incorporação da vigilância ao desenvolvimento infantil nos processos de trabalho dos profissionais das Unidades Básicas que receberam a capacitação. Tendo em vista os resultados apresentados, pretende-se ampliar a capacitação para equipes de Saúde da Família que não receberam a intervenção no primeiro momento, a fim de potencializar as ações voltadas ao DI na região do estudo.

**Descritores:** Atenção Integral à Saúde da Criança; Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

Lisboa CCR. Integral Attention To Child Health - Focus on The Care Management Of Child Development. [Masters dissertation]. Professional Master's program in Public Health CRH / SES-SP. Sao Paulo: State Department of Health; 2015.

**Introduction:** In a country with such serious problems as Brazil, extreme social inequality, violence, lack of security and disregard the most basic human rights, invest in early childhood is in a political strategy of the highest relevance. Although the developmental surveillance is a basic action of the full health care program to children's health in our country, we can not say that there has been implementation of this action. In this sense, the current care model, the Family Health Strategy, provides an ideal setting for the effective implementation of the measures required to work with child development. To help in organizing actions, considering the determinants of child development, it is believed that raising awareness among health professionals for further integration at different levels, can strengthen the implementation of a care line for children's health.

**Objective:** This study aimed to evaluate the effectiveness of an intervention with the family health teams, focusing on child development, to improve practices aimed at Attention to Children's Health in the Administrative District of Capão Redondo - São Paulo.

**Methods:** This is an intervention study, controlled, randomized, in which a group of professionals who provide child care, registered in the Family Health Strategy received an intervention and was compared to another group that did not receive. The intervention consisted in offering a training focused on the monitoring of child development to doctors, nurses, nursing assistants and community health workers who provide care to children enrolled in the Family Health Strategy.

**Results:** Regarding the performance before and after tests by professional category, it was observed that the community health workers showed significant improvement in knowledge after the intervention ( $p < 0.01$ ). For the monitoring of the milestones of child development both groups showed an increase in the percentage of fill after the intervention (control group of 44 to 72%;  $p = 0.00$  vs. intervention group 59 to 73%;  $p < 0.035$ ). When asked about the potential offered guidance on DI by the doctor or nurse of the Family Health Team, there was a considerable increase in the number of positive responses in the intervention group compared to the control group, this being statistically significant increase ( $p = 0.002$ ).

**Conclusions:** The intervention performed in this study was presented as a simple, low cost and easy to apply to the professionals of the Family Health Strategy, which can be an important means of contributing to the implementation of the monitoring of children's development, strengthening consultations childcare for health care for the child focused not only on weight gain as the developmental milestones, early detection of deviations and the consequent prevention, occurring a qualitative leap to comprehensive care.

Potential Applicability: It is believed that the study may contribute to the incorporation of monitoring in child development in the work processes of the professionals of Basic Units who have received the training. In view of the results presented, we intend to expand the training to Family Health teams who did not receive the intervention at first in order to enhance its actions aimed at DI in the study region.

**Keywords: Integral Attention to Children's Health; Child development; Primary Health Care.**

## **1. INTRODUÇÃO**

---



## 1.1. Saúde da Criança como um direito

Em um país com problemas tão graves como o Brasil, de desigualdades sociais extremas, violência, falta de segurança e desrespeito aos direitos humanos mais elementares, investir na primeira infância constitui-se em uma estratégia política de mais alta relevância. Seus resultados, em curto, médio e longo prazo, para além da história individual de cada criança, podem contribuir para mudar o rumo do País.

Em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança determinaria em seu segundo princípio que:

...a criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços, a serem estabelecidos em lei ou por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança (UNICEF, 1959).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, contempla o princípio do melhor interesse pela criança, ao estabelecer que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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 comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1989).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) incorporou esse princípio em seus dispositivos, especialmente ao considerar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos. Em seus artigos 4º, 5º e 7º, tais dispositivos ficam bem explicitados:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão punida na forma da lei, qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Antes da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1989) e do ECA (BRASIL, 1990), o atendimento à faixa etária abaixo dos sete anos era de natureza assistencial, não educacional, em uma visão de saúde pública não universalizada, não havendo maior comprometimento do Estado com a Primeira Infância. Após 1988, contudo, a nova legislação legitima o papel e o compromisso do Estado com a Primeira Infância. Ocorre então um deslocamento de uma postura mais assistencialista e punitiva para uma nova postura, voltada para cuidar, proteger e educar.

## **1.2. Situação da Primeira Infância no Brasil**

A Primeira Infância é habitualmente descrita em nosso País como o período da vida entre zero e seis anos, no qual a criança necessita de especial suporte para o seu desenvolvimento e como sendo o momento em que são constituídas as bases da sua formação pessoal.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira estimada em 2010 era de 190.755.799 e na faixa de zero a quatro anos havia 13.796.158 crianças, correspondendo a 7,23% da população. Neste mesmo ano, o percentual de famílias consideradas pobres, que são aquelas com rendimento mensal per capita de até meio salário mínimo, era de 26,6% em relação ao total de famílias brasileiras. Essas famílias compõem um segmento vulnerável da população quanto ao nível de pobreza (IBGE, 2010).

Um empecilho para que se conheça a situação real da primeira infância no País é o grande número de crianças não registradas. Segundo estimativas do IBGE, com base em dados apurados em 2010, a cada ano aproximadamente 182 mil crianças brasileiras completam um ano de idade sem terem sido registradas, o que corresponde a 6,6% do total de recém-nascidos. Sem o registro civil, requisito básico para seu reconhecimento como cidadã, a criança não existe perante o Estado e deixa de ter acesso a uma série de serviços e benefícios que a lei lhe garante. A falta de

registro civil dificulta também a formulação de programas dirigidos para a população infantil.

Em relação à mortalidade infantil no País (óbitos de crianças menores de um ano), no período de 1990 a 2010 houve uma queda de 35,1 para 18,6 por mil nascidos vivos. À frente de muitos países, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância (óbitos de crianças menores de cinco anos). A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Tudo indica que os níveis vão continuar a cair, apontando para um resultado, em 2015, superior à meta estabelecida para este ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Porém, o nível da mortalidade ainda é elevado, especialmente da mortalidade neonatal, e por esta razão muita ênfase tem sido dada às políticas, programas e ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil (ODM, 2014).

A redução no índice de mortalidade infantil está associada a melhorias nas condições de vida da população e à atenção à saúde da criança e da gestante. Questões como segurança alimentar e nutricional, saneamento básico e vacinação são decisivas. Dada a diversidade do País, esses progressos não beneficiam a população de maneira uniforme no Brasil (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Alguns estudos vêm sendo desenvolvidos buscando identificar fatores associados à mortalidade infantil. Nesse sentido, o papel desempenhado pela mãe, por exemplo, é apontado como fundamental. O grau de instrução da mãe tem um grande impacto sobre o índice de mortalidade infantil, o qual é significativamente reduzido conforme aumenta o número de anos de estudo da mãe (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Além disso, no Brasil, apesar dos avanços em relação à prática da amamentação, a recomendação internacional de que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses e se prolongue até os dois anos não é universalmente seguida, onde, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), apenas 41% das crianças alimentaram-se somente com o leite materno de zero a seis meses em 2008.

No que diz respeito à desnutrição infantil, há uma tendência de queda nos índices encontrados entre crianças menores de cinco anos desde a década de 70. A proporção de crianças com baixo peso para a idade, que era de 18,4% em 1974, caiu para 8,5% em 2010 (IBGE, 2011).

Monteiro (2003), relata que a cobertura dos serviços de saúde, escolaridade das mães e abastecimento de água são determinantes para o declínio da desnutrição no país. O autor refere também que o estado nutricional da criança pressupõe o atendimento de vários aspectos da necessidade humana, inclusive o acesso a programas bem planejados de assistência integral à saúde da criança.

A desnutrição e as demais deficiências nutricionais têm uma relação muito estreita com a pobreza, que implica, entre outras coisas, uma alimentação insuficiente e/ou inadequada. Além disso, em geral, a desnutrição está associada à exposição a doenças infecciosas. As doenças infecciosas elevam o risco de a criança ficar desnutrida, estabelecendo-se um círculo vicioso de alto risco para a infância. Sua imunidade poderá ser atingida, o que poderá gerar novas infecções, e assim por diante. Sendo assim, para que seja possível superar os problemas de desnutrição é necessária a atenção à saúde da criança, o que implica, entre outras coisas, uma orientação adequada às famílias (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Entre as principais causas de morte das crianças brasileiras de um a seis anos encontram-se os acidentes e as agressões. “A violência contra a criança é compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança” (UNICEF, 2006, p. 21). É preocupante o fato de que na maioria das vezes a violência contra a criança acontece dentro de casa e é praticada pela família. Isso se deve ao fato de que existem fatores bastante complexos, de ordem cultural, social, psicológica e econômica.

Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2012), a frequência escolar das crianças de zero a cinco anos vem aumentando no Brasil. Em 2012, o percentual de crianças de quatro a cinco anos frequentando a educação infantil chegou a 78,2%. Porém, há diferenças significativas no acesso à escola entre as faixas etárias. No grupo de crianças de zero a três anos, apenas 21,2 % frequentou creches no País em 2012. As crianças pobres são as mais prejudicadas no acesso às creches. Do grupo de dois a três anos, entre aquelas cujas famílias têm uma renda mensal per capita de até meio salário mínimo, apenas 28,6% frequentavam creches em 2012 contra 38,3% das crianças de dois a três anos cuja renda familiar per capita era superior a três salários mínimos.

### **1.3. A importância da Primeira Infância**

No tocante ao cuidado da criança, em especial na Primeira Infância, estudos da neurociência tem demonstrado a importância de investimentos e programas direcionados ao desenvolvimento da criança de zero aos 6 anos, uma vez que nessa fase a estrutura do cérebro está sendo definida e a arquitetura cerebral sendo desenhada (SHONKOFF, 2010).

Os primeiros anos de vida de uma criança são de fundamental importância, pois eles proporcionam a base para o resto da vida, como adolescente e como adulto. As crianças que são bem cuidadas podem viver bem e criar sociedades melhores para todos. As crianças são o futuro e investir nelas em seus primeiros anos significa investir no desenvolvimento humano e econômico de todos (YOUNG, 2011).

Evidências científicas apontam que o desenvolvimento e os estímulos nas fases iniciais da vida são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e competências da criança. Em torno de 17% das crianças têm deficiência no desenvolvimento ou comportamento, tais como autismo, retardo mental, déficit de atenção, hiperatividade. Porém, menos da metade destas são identificadas nos seus

primeiros anos de vida, quando, em alguns casos, a oportunidade de tratamento e intervenção já foi perdida, e as crianças já estão com o problema instalado (REICHERT; VASCONCELOS; EICKMANN; LIMA, 2012).

Sabe-se hoje que o cuidado inicial é decisivo e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções: a forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais. Existem períodos críticos durante os quais tipos específicos de aprendizado são melhor realizados e ocorrem quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação podem levar a efeitos sérios e duradouros. Nesse sentido, o cuidado infantil deve ser de alta qualidade, isto é, imbuído de atenção e amor, capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o cuidador (SHONKOFF, 2010).

Importante ressaltar que as interações de fatores genéticos, hereditários e biológicos com os aspectos culturais, e suas repercussões econômicas e psicossociais podem ou não constituir um ambiente facilitador ao pleno desenvolvimento infantil e promover equidade ampliando as chances de uma vida saudável (SHONKOFF, 2010).

#### **1.4. O Desenvolvimento Infantil**

O Desenvolvimento Infantil (DI) apresenta-se por mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo, podendo ser entendido, também, como mudanças nas funções corporais, incluindo aquelas influenciadas por fatores emocionais e sociais (VAN DELL'ORTO, 2012).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), este é um processo que ocorre desde a concepção do feto até a morte, tendo como produto um indivíduo competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. A aprendizagem é também crucial para o desenvolvimento. É definida como o

processo de aquisição de conhecimentos, habilidades, hábitos e valores a partir da experiência, experimentação, observação, reflexão e/ou estudo e instrução (OPAS, 2005).

Grunewald e Rolnick (2010) destacam que a qualidade de vida de uma criança e as contribuições que ela dá quando adulta à sociedade podem trazer à memória os seus primeiros anos de vida. E relacionam estes ganhos ao apoio disponibilizado para seu crescimento em cognição, linguagem, habilidades motoras e adaptativas e funcionamento socioemocional.

A ciência vem cada vez mais contribuindo para a promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância e um dos objetivos de se estudar o DI é compreender as mudanças que aparentam ser universais. Por exemplo, as crianças de todo o mundo sorriem ao ver rostos humanos durante o segundo ou terceiro mês de vida, pronunciam a primeira palavra em torno do décimo mês e caminham em torno do décimo terceiro. O conhecimento gerado pode ser usado para determinar, entre outras coisas, que comportamentos são esperados para as diferentes idades. Um segundo objetivo de se estudar o desenvolvimento é o de explicar as diferenças individuais. Algumas crianças são sociáveis e extrovertidas; outras têm dificuldades em lidar com estranhos e com novas situações. Um terceiro objetivo é entender a forma como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ambiental ou situação. O contexto ambiental inclui não apenas a situação imediata, mas também atributos dos cenários mais amplos em que as pessoas convivem – a família, a vizinhança, o grupo cultural, o grupo socioeconômico. Estes três aspectos do desenvolvimento infantil – padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais – são todos eles necessários para uma compreensão integrada do que seja desenvolvimento (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Sendo assim, o processo de desenvolvimento passa a ser multidimensional, incluindo a dimensão psicomotora (capacidade de se movimentar e de coordenar os movimentos); a dimensão cognitiva (capacidade de pensar e raciocinar); a dimensão emocional (capacidade de sentir e ter autoconfiança); e a dimensão social

(capacidade de estabelecer relações com os outros). Essas dimensões estão inter-relacionadas e devem ser consideradas de maneira integrada (MYERS, 1992).

#### **1.4.1. Arquitetura Cerebral**

Para Shore (1994), entre as descobertas mais extraordinárias da ciência está a de como o cérebro se desenvolve desde o útero até o fim da vida. Ela foi possível graças à grande evolução tecnológica ocorrida nas últimas duas décadas que permitiram, pela primeira vez, a visualização do cérebro humano em funcionamento, um melhor entendimento da química cerebral e a multiplicação, numa escala gigantesca, dos trabalhos da psicologia experimental. Esse esforço multidisciplinar foi recompensado por uma visão surpreendente de como as competências humanas surgem e se organizam.

Young (2010) destaca duas descobertas fundamentais em relação ao desenvolvimento humano: as respostas de uma pessoa a estímulos internos e externos dependem de importantes circuitos e processos formados no cérebro e as experiências positivas e negativas da Primeira Infância influenciam a formação destes processos e redes de circuitos.

A constatação de que as habilidades e competências humanas têm seu alicerce cerebral organizado nos primeiros anos de vida, nos obriga a repensar os cuidados com a Primeira Infância. Segundo Shore, “a formação inicial dos sistemas vivos estabelece os condicionantes para o funcionamento de cada aspecto do organismo, seja interno ou externo, através de toda a vida” (SHORE, 2000).

Desde as primeiras semanas de gestação, acontece uma prodigiosa multiplicação das células que compõem o nosso cérebro, os neurônios. Eles ainda não existem na segunda semana de gestação, mas 20 semanas depois já são 100 bilhões, interligados entre si, em uma enorme rede que chega, ainda na Primeira Infância, a mais de um quatrilhão de conexões (SHORE, 2000).



Esses neurônios se diferenciam em grupos, funções e em espaços determinados geneticamente, carregando poderosos programas de interação com o ambiente em que vivemos. Os estímulos do ambiente modificam as conexões que nossos neurônios estabelecem entre si e nos permitem ir percebendo o mundo ao nosso redor, processando essas informações e reagindo de diversas formas a elas. A cada ano, surgem novas evidências da neurociência de que os primeiros anos de desenvolvimento – da concepção até o sexto ano e, particularmente, do zero aos três – estabelecem as bases das habilidades e competências que afetarão a aprendizagem, o comportamento e a saúde ao longo da vida (McCAIN, MUSTARD, 1999).

Nascemos com um cérebro em organização, e atravessamos um longo período de infância enquanto suas estruturas vão amadurecendo. Esse amadurecimento se dá em períodos determinados para cada função e é basicamente conformado pelo aumento e especialização das conexões entre os neurônios. A formação e o reforço dessas ligações são as tarefas-chave do desenvolvimento cerebral inicial. Particularmente, do nascimento até os três anos de idade, vive-se um período crucial no qual se formarão mais de 90% das conexões cerebrais, isto é, as sinapses que ligam os neurônios uns aos outros. Segundo Kandel e Jessel *apud* Shore, o detalhamento da formação da rede de neurônios do cérebro é dependente de interações específicas com o meio ambiente. A influência do ambiente no cérebro muda com a idade e profundos efeitos ocorrem nas fases iniciais do desenvolvimento pós-natal (SHORE, 2000).

Uma das descobertas mais significativas é a importância dos estímulos externos para a organização dessas redes neuronais (SHORE, 2000). Assim, as pesquisas confirmam o que muitos pais já suspeitavam, qual seja, que a maneira como eles interagem com o filho nos primeiros anos e as experiências que possam proporcionar ou encorajar têm um impacto significativo sobre o desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social da criança.

#### **1.4.2. Vigilância do Desenvolvimento Infantil**

Na perspectiva da vigilância à saúde da criança, cada contato entre esta e o serviço de saúde, independente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para análise integrada e preditiva de sua saúde e para uma ação resolutive, de promoção da saúde e com forte caráter educativo. Por isso, a atuação do profissional deve ser integral, e o foco da atenção é o de não perder oportunidades de atuação, seja na prevenção, como na promoção e/ou assistência, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) no cuidado à criança.

As ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil consistem em ouvir o que os pais têm a dizer sobre o desenvolvimento da criança, pela importância destes com relação à fidedignidade das informações sobre o desenvolvimento dos seus filhos, manter um registro da história do seu desenvolvimento, realizar sistematicamente exame físico e avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de maneira minuciosa, identificar a presença de fatores de risco e registrar todos os procedimentos realizados na criança e os achados das consultas (OPS, 2005).

Cabe aos profissionais de saúde deter o conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisões e orientação da família. Estes devem compreender a infância e os seus diferentes contextos de desenvolvimento, incluindo desde o microssistema familiar até o microssistema da cultura em que a criança se insere. Porém, pouca atenção tem sido dada às questões de desenvolvimento integral da criança. Estas ações são importantes para que a criança possa receber atenção à saúde adequada e contextualizada ao seu meio e condições de vida, estímulo ao cuidado e atendimentos específicos às suas necessidades, visando ao seu desenvolvimento saudável (FALBO et al, 2012).

Neste sentido, especialistas em todo o mundo, de organizações não governamentais, governamentais estão se mobilizando junto aos setores público e privado a fim de

melhorar e coordenar as atividades, e formular políticas para avançar no desenvolvimento de todas as crianças e reduzir as diferenças sociais.

### **1.5. Políticas Públicas voltadas à Primeira Infância**

Programas voltados para estimular e promover o desenvolvimento infantil trazem resultados importantes no sentido da redução das taxas de mortalidade infantil, aumento das matrículas escolares, redução dos índices de repetência e evasão escolar e aumento da capacidade de ganhos futuros no mercado de trabalho.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), preocupada com as questões sobre o desenvolvimento infantil, na década de 90, passou a ter em sua agenda de forma prioritária as ações de promoção à saúde da criança. A partir destas discussões, a OPAS e OMS, desenvolveram o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil com o intuito de fornecer elementos para a implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no âmbito do SUS (OPAS, 2005).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção à criança vem sendo apontada como ação prioritária. Uma das atribuições da APS é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil que deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida (SHONKOFF, 2010).

Dessa forma, o que se espera alcançar é a implantação de políticas públicas que apostem na construção/ampliação de uma rede social que dê suporte para que os necessários vínculos entre os pais, suas crianças pequenas e essa própria rede possam se estabelecer, visando assegurar a riqueza potencial de seu crescimento e desenvolvimento.

## 1.6. Programas para a Promoção do Desenvolvimento Infantil

Grunewald e Rolnick (2007) salientam que os programas voltados para a Primeira Infância podem ser desenvolvidos em larga escala e ser bem-sucedidos, se tiverem as seguintes características: focalizar crianças em situação de risco e encorajar diretamente o envolvimento dos pais, promover um comprometimento em longo prazo com o desenvolvimento na Primeira Infância, encorajar práticas inovadoras e de alta qualidade.

Algumas iniciativas em prol do desenvolvimento na Primeira Infância vêm sendo implementadas no mundo e no Brasil. Em âmbito internacional, merece destaque o programa cubano “Educa a tu hijo”, o qual serviu de exemplo para desenvolvimento de outros semelhantes em vários estados brasileiros. Este programa foi resultante de uma pesquisa realizada na década de 70 pelo Instituto Central de Ciências da Educação, para proporcionar uma educação alternativa para crianças em áreas rurais e montanhosas que não tinham acesso à escola.

Para implementar esta estrutura, o programa atua diferentes níveis e desenvolve ações de caráter intersetorial em importantes centros de comunidade, realizando ações, tais como, visitas domiciliares, controle das grávidas, controle de crianças com necessidades educativas especiais, *workshops* com famílias, atividades recreativas, culturais e desportivas. Através destas atividades conjuntas de formação de famílias é que o programa cubano consegue verificar mudanças no se refere a seus hábitos, o desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento físico, motor, exercícios, atividades culturais e recreativas. Uma vez que se confirmaram os resultados do programa em áreas rurais e os benefícios prestados às famílias, o programa foi ampliado para as áreas urbanas.

No Brasil, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2012, lançou a ação Brasil Carinhoso, que foi concebida numa perspectiva de atenção integral reforçando

políticas ligadas à saúde e à educação. Por isso, além MDS, a ação envolve o MS e o Ministério da Educação (MEC).

Na área da saúde, o Brasil Carinhoso trata os males que mais prejudicam o desenvolvimento na Primeira Infância. O MS expandiu a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em campanhas de vacinação. A medida previne a deficiência dessa vitamina, que acomete 20% das crianças menores de 5 anos e, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna).

O Brasil Carinhoso também aumenta a oferta de sulfato ferroso na Rede de Atenção Básica de Saúde. A necessidade de ferro das crianças menores de 24 meses é muito elevada e dificilmente provida apenas por alimentos. Se essa necessidade não for suprida, pode levar à deficiência de ferro e à anemia, que prejudica o desenvolvimento infantil.

A distribuição gratuita, nas unidades do “Aqui Tem Farmácia Popular”, de medicamentos para asma – a segunda maior causa de internação e óbito de crianças – completa o pacote da Ação Brasil Carinhoso na Saúde.

Na Educação, o Brasil Carinhoso dá estímulos financeiros para os municípios a fim de incentivar o aumento da quantidade de vagas para as crianças de 0 a 48 meses (especialmente as beneficiárias do Programa Bolsa Família) nas creches públicas ou conveniadas com o poder público. Além disso, o valor repassado para alimentação escolar de todas as crianças matriculadas em creches públicas e conveniadas com o poder público foi ampliado pelo MEC em 66%. Esses estímulos vêm se somar ao financiamento para a construção de novas creches que o MEC já proporcionava por meio do programa Pró Infância, além da ampliação do Programa Saúde na Escola, do Ministério da Saúde, às creches e pré-escolas. Assim, pretende-se que no País as crianças sejam bem alimentadas, saudáveis e estimuladas para desenvolverem todas as suas potencialidades e tornarem-se cidadãos plenos.

Ainda em âmbito nacional, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) é um projeto do MS que busca atender as recomendações da OMS e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considerando a importância do Desenvolvimento Emocional Primitivo na definição e configuração de padrões de saúde para a vida. A Portaria GM 2.395 de 7/10/2009 veio instituir a EBBS, tendo como marcos legais as contribuições institucionais e experiências nacionais e internacionais bem-sucedidas para esse fim.

A EBBS constituiu-se como um projeto piloto de atuação nas cinco regiões brasileiras, com o objetivo inicial de cartografar o que cada município eleito oferecia em termos de condições para que esse desenvolvimento acontecesse e o que identificava como principais desafios para este fim. A EBBS iniciava neste contexto sua oferta de conhecimentos e ferramentas para o incremento de tais condições, definindo dois movimentos iniciais para suas ações: Intrasetorial – com iniciativas voltadas para a área de Saúde nas diferentes esferas (federal, estadual e municipal) e Intersetorial – buscando participação de outros atores nos governos federal, estadual e municipais vinculados às áreas de Educação, Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, entre outros.

Uma experiência que merece destaque, em âmbito, é o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), a qual integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul. Desenvolvido desde 2003, tornou-se Lei Estadual n.º12.544 em 03 de julho de 2006. É um programa institucional de ação socioeducativa voltado às famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes que se encontram em situação de vulnerabilidade social. As famílias são orientadas por meio de atividades lúdicas específicas, voltadas à promoção das habilidades/capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses, através de atendimentos semanais realizados nas casas das famílias e em espaços da comunidade, além de atividades comunitárias.

No âmbito do estado de São Paulo destaca-se o projeto desenvolvido em 41 municípios para a promoção do DI denominado “São Paulo pela Primeiríssima

Infância”, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, que reuniu um protocolo clínico para atendimento de crianças até 3 anos, oferta de cursos de especialização em desenvolvimento infantil para médicos e agentes de saúde e um caderno de informações sobre cuidados nesta fase de vida.

O Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância é realizado por meio de iniciativas como: articulação e mobilização de agentes públicos para promover um olhar integral e integrado sobre o desenvolvimento infantil, envolvendo a estruturação de órgãos de governança local e regional; capacitação dos profissionais da rede pública - envolvendo simultaneamente as áreas de Educação, Saúde e Assistência Social; mobilização comunitária para conscientização da população sobre a importância dos primeiros anos de vida.

Entendendo a necessidade de desenhar um projeto para definir as competências para o cuidado da criança de 0 a 6 anos, tendo clareza sobre as responsabilidades, direito e deveres da família, estado e sociedade, o Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de São Paulo, com o apoio do Fundo das Nações Unidas, propôs a realização do Projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” em 11 distritos de saúde no município de São Paulo.

O projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” teve como objetivo geral contribuir para o desenvolvimento integral e de qualidade das crianças do Município de São Paulo, mediante a qualificação das competências familiares, tendo as unidades e Equipes de Saúde da Família (ESF) como sujeitos multiplicadores dessa abordagem junto às famílias.

Ainda no município de São Paulo, em agosto de 2013, foi lançada a Política para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância - São Paulo Carinhosa, que tem como principal diretriz a atuação intersetorial e focada no território, articulada com o Brasil Carinhoso e outras políticas públicas das demais esferas de governo priorizando a atuação nos territórios mais vulneráveis.

As ações e programas inseridos na São Paulo Carinhosa são norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. As ações dizem respeito à ampliação e melhoria da qualidade da educação infantil, o que significa aumentar o número de vagas, seja construindo novas unidades escolares, seja induzindo a ampliação de vagas por meio da rede conveniada; ações voltadas à melhoria da qualidade da alimentação escolar e o estímulo à promoção de hábitos alimentares saudáveis; ações relacionadas ao acolhimento familiar determinando que o Poder Público deve dar preferência ao acolhimento familiar, em detrimento do acolhimento institucional, promovendo sempre como opção preferencial a reintegração da criança à família de origem; ações de alinhamento do Programa Mãe Paulistana às ações da Rede Cegonha e a ampliação do Programa Saúde na Escola.

### **1.7. Contexto do Estudo**

No município de São Paulo, a população infantil até os 6 anos de idade está concentrada nas regiões periféricas, sendo 860,7 mil crianças na Primeira Infância, o que corresponde a 47% das crianças da cidade. Dos 11,2 milhões de habitantes, 7,6% têm menos de 6 anos de idade e nascem na cidade de São Paulo, anualmente, aproximadamente 170 mil crianças.

Na figura a seguir, verifica-se a concentração da população infantil nos bairros da cidade de São Paulo.



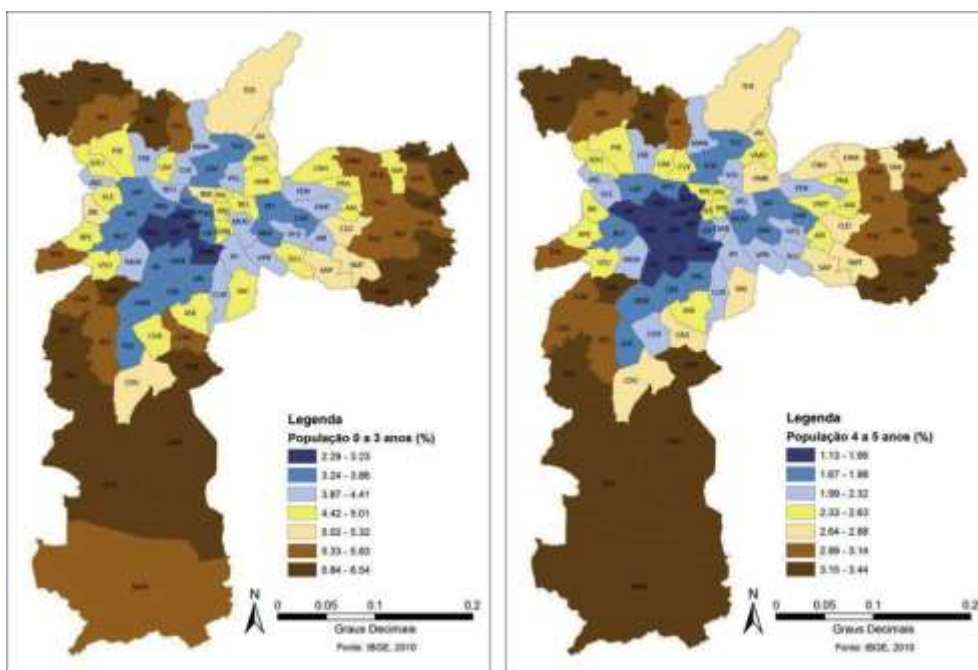


Figura 1 - Percentual distrital na faixa 0-5 anos SP 2010 (MEIS)  
 Fonte do mapa: Sposati, A et al, 2012 – Mapa da  
 Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo  
 III 2010

O Distrito do Capão Redondo possui uma área de 13,6 km<sup>2</sup>, onde residem 278.230 habitantes (SEADE, 2010), apresentando uma densidade demográfica de 20.237,5 habitantes/km<sup>2</sup> e com taxa de crescimento estimado de 2,1% ao ano. Trata-se de um distrito periférico, considerado dormitório e que já foi apontado como uma das áreas mais violentas de São Paulo, situação que vem se revertendo nos últimos anos. Este território localiza-se na região sul do município de São Paulo, pertencente à Subprefeitura de Campo Limpo que reúne os distritos administrativos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade.

O distrito é composto por diferentes classes sociais, revelando um contraste entre as áreas compostas por classes mais favorecidas e menos favorecidas, sendo que um terço da população vive em favelas.

Quanto à faixa etária, a distribuição da população assim se caracteriza: 26.169 menores de 5 anos, 47.058 entre 5 e 14 anos, 177.273 entre 15 e 64 anos e 8.773 maiores de 65 anos. O Consolidado de Famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) revela que, até agosto de 2013, essas UBS tinham cadastrado

76.332 famílias totalizando 257.598 pessoas, sendo 120.731 do sexo masculino e 136.897 do sexo feminino.

Destacando-se a organização da Rede Municipal de Saúde na microrregião do Capão Redondo, existe um pronto atendimento acoplado à UBS Jardim Macedônia, duas AMA (Assistência Médica Ambulatorial), AMA Parque Fernanda e AMA Capão Redondo, uma AMA Especialidade Capão Redondo, um Centro de Atenção Psicossocial Adulto Jardim Lídia, um Centro de Convivência e Cooperativa Santo Dias e 12 UBS com modelo de PSF e 2 UBS modelo tradicional.

As UBS estão organizadas no modelo de saúde da família com uma cobertura de 100% do território do bairro do Capão Redondo e pertencem à área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo que se encontra dentro da área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul.

As 12 UBS contam com 75 equipes de saúde, sendo cada equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde; 23 equipes de saúde bucal, 46 profissionais de nível superior especialistas, farmacêuticos e técnicos de farmácia e 12 agentes de promoção ambiental, além de 96 assistentes técnicos administrativos. As UBS e seus limites territoriais estão demonstrados em sua área geográfica na figura a seguir.



Figura 2 – Mapa do Capão Redondo

As Unidades de Saúde do Distrito Administrativo do Capão Redondo são gerenciadas pela Organização Social CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”, uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1991, concentrando suas ações nas áreas da Saúde, Educação e Responsabilidade Social.

As Organizações Sociais (OS) foram idealizadas pelo Governo Federal justamente como uma nova figura jurídica capaz de suprir as lacunas detectadas nos moldes tradicionais de parceria entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos. A instituição das OS se deu em 1998, com a aprovação do Programa Nacional de

Publicização (Lei Federal 9.637, de 15 de maio de 1998), autorizando o Executivo Federal a transferir a execução de serviços públicos nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde para entidades qualificadas como Organizações Sociais. A relação entre OS e Estado, de acordo com a referida lei, deve ser regida por um instrumento contratual, o Contrato de Gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, estipulando metas com indicadores precisos a serem atingidos pela organização.

Os avanços desse modelo são vistos principalmente nos mecanismos de controle e monitoramento dos equipamentos públicos. A Lei Complementar no 846/1998 define as funções tanto do Estado quanto da entidade, para garantir que os serviços serão realizados efetivamente e com eficiência e eficácia à população. O Contrato de Gestão tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela Contratada, das atividades e serviços de saúde (São Paulo, 2008).

## **2. JUSTIFICATIVA**

---

A descrição das condições socioeconômicas e da situação geral de saúde da população da microrregião do Capão Redondo atendida pela Estratégia Saúde da Família revela a importância da análise do território para se obter uma visão das necessidades de saúde da população que ali reside, especialmente no tocante à Saúde da Criança.

De acordo com o Índice de Necessidades de Saúde - INS, elaborado a partir de indicadores que refletem aspectos prioritários da política de saúde municipal, a microrregião do Capão Redondo é apontada entre as prioritárias para oferta de equipamentos de saúde, uma vez que se encontra entre os distritos de alto INS, em 14º lugar, em 2007 (CEINFO, 2008).

Os dados da região revelam a situação precária vivida pelos moradores do território de abrangência do Programa. Essa breve aproximação da realidade, mesmo que parcial e insuficiente, indica a importância de uma etapa exploratória inicial para a organização das práticas de saúde relacionadas à Saúde da Criança. O reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde em crianças, deve se tornar objeto de conhecimento sistematizado das equipes de saúde para uma atuação mais adequada à dinâmica social do seu contexto local.

O modelo assistencial atual, Estratégia Saúde da Família, proporciona um cenário privilegiado para a implantação efetiva das medidas necessárias ao trabalho com o desenvolvimento infantil. Assim, além de fortalecer as ações de avaliação e vigilância do DI, há de se pensar em aprofundar o foco de atuação na criança e nas ações junto às famílias com vistas à melhoria do cuidado.

Por isso, são necessárias intervenções que possam gerar informações e que contribuam para planejar e organizar esta Rede de Atenção. Estas intervenções devem ser realizadas, principalmente, junto aos profissionais de saúde, que estão diretamente envolvidos na Atenção à Saúde da Criança.

Além disso, a literatura enfatiza a existência de uma lacuna entre o conhecimento dos profissionais e a habilidade em avaliar o desenvolvimento infantil, demonstrando

baixo desempenho nessa atividade. Também destaca a existência de barreiras para a realização da vigilância do desenvolvimento, dentre elas, falta de conhecimento dos profissionais de saúde e insegurança em conduzir a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (REICHERT; VASCONCELOS; EICKMANN; LIMA, 2012).

Dessa forma, fica evidente que apesar da importância da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, há um despreparo em conduzi-la, mais especificamente no acompanhamento do desenvolvimento infantil, sendo este, muitas vezes, centrado na doença e pautado em queixas, conforme o modelo biomédico e medicalizante.

Embora a vigilância do desenvolvimento seja uma ação básica de saúde do programa de atenção integral à saúde da criança em nosso País, não podemos dizer que tem havido implementação dessa ação. Para responder a essa dificuldade, o foco do projeto é realizar uma intervenção que auxilie os profissionais de saúde para a avaliação do desenvolvimento infantil.

Acredita-se que o projeto poderá contribuir, a partir da identificação de crianças em situação de maior vulnerabilidade, para a definição de ações intersetoriais, que são ainda pouco desenvolvidas como eixo para a prática no SUS. Iniciativas isoladas de diversas áreas estão previstas, entretanto, pouco estão interligadas para alcançar o objetivo de prestar um atendimento para o desenvolvimento integral da criança. Com a falta de uma estrutura sistêmica e considerando os determinantes do desenvolvimento infantil, acredita-se que sensibilizar os profissionais de saúde para uma maior integração nos diferentes níveis torna-se fator importante na implantação de uma linha de cuidado para saúde da criança.

Diante dos estudos observados sobre a temática indicada, verifica-se a necessidade de realizar uma investigação a fim de responder a seguinte questão: Os profissionais da Atenção Básica realizam a vigilância do desenvolvimento infantil no que tange Atenção à Saúde da Criança? Com isso, configura-se a hipótese de que a prática dos profissionais para melhor acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil pode ser influenciada por propostas bem estruturadas de capacitações sobre esta temática.

### **3. OBJETIVOS**

---



### **3.1. Objetivo Geral**

Avaliar a efetividade de uma intervenção junto a equipes de Saúde da Família, com foco no desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas voltadas à Atenção a Saúde da Criança na microrregião do Capão Redondo – São Paulo.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Verificar o preenchimento das Cadernetas de Saúde da Criança em relação aos marcos do desenvolvimento infantil antes e após a intervenção;
- Verificar o nível de conhecimento dos profissionais antes e após a capacitação sobre as práticas voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil
- Verificar se as mães de crianças que realizam puericultura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram orientadas pela equipe da ESF sobre questões relacionadas aos marcos do desenvolvimento infantil antes e após a intervenção;

## **4. METODOLOGIA**

---

#### **4.1. Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo de intervenção, controlado, randomizado, em que um grupo de profissionais que prestam assistência a crianças, cadastradas na Estratégia Saúde da Família, recebeu uma intervenção e foi comparado a outro grupo que não recebeu.

#### **4.2. Local**

As Unidades envolvidas neste projeto foram UBS Parque Fernanda, UBS Luar do Sertão, UBS Pq. Engenho, UBS Jd. Eledy, UBS Jd. Macedônia e UBS Jd. Magdalena pertencentes à Coordenadoria Regional Sul, Supervisão Técnica de Campo Limpo, distrito administrativo do Capão Redondo, envolvendo 33 Equipes de Saúde da Família. Foram sorteadas de forma aleatória, 3 Unidades Básicas de Saúde para participarem da intervenção e os profissionais destas unidades de trabalho compuseram o grupo intervenção.

#### **4.3. Intervenção**

A intervenção consistiu em oferecer uma capacitação aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que prestam atendimento às crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Foi realizada de forma a sensibilizar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família para que tivessem seus conhecimentos e práticas aperfeiçoadas, a fim de que suas ações fossem direcionadas para a vigilância do desenvolvimento infantil, garantindo maior qualidade na assistência prestada, identificando problemas que necessitam de ações específicas para o melhor acompanhamento e desenvolvimento de crianças na primeira infância.

Ao serem sensibilizados para esta temática espera-se também destes profissionais que despertem seu interesse para o trabalho intersetorial (envolvendo Saúde, Educação e Serviço Social) visando o desenvolvimento infantil integral na Primeira Infância.

Para esta intervenção foram adotadas metodologias crítico-reflexivas que buscaram promover não apenas a incorporação de novos conhecimentos, mas a transformação

da realidade local, voltada ao cuidado da Primeira Infância. Sendo assim, esses momentos formativos desencadearam uma reflexão sobre a prática, e, a partir das evidências mais recentes da neurociência sobre os componentes do desenvolvimento infantil integral, sensibilizaram os profissionais a incorporarem esses conceitos na sua prática, com ações simples direcionadas às crianças e suas famílias.

A capacitação foi realizada no mês de julho 2015, todas as sextas-feiras, uma turma no período da manhã e uma turma no período da tarde, conforme estipulado pela Coordenação Técnica Regional da Organização Social que gerencia os serviços de saúde do Distrito Administrativo do Capão Redondo. Os participantes foram divididos por Unidade de origem, ficando toda a equipe da Estratégia Saúde da Família realizando a capacitação em conjunto. A intervenção teve uma carga horária de 8 horas para todas as categorias profissionais envolvidas, que fazem parte do grupo de intervenção. O conteúdo das duas sessões de 4 horas cada uma é apresentado no Quadro 1.

Para esta intervenção foi utilizado o método Design Thinking que é uma estratégia onde se permite a atuação em diversas situações, desde a elaboração de um projeto, criação de um serviço, ou resolução de problemas complexos através de um processo interativo que envolve empatia, ideação e prototipação. A escolha da abordagem metodológica baseada em Design Thinking se tornou totalmente adequada para apoiar a inovação no SUS pois, além de tornar compreensível e interpretável a complexidade de situações e problemas de governo; este processo é reconhecidamente uma abordagem de rápida execução e implementação, que permite o aprendizado entre os participantes e a co-criação de serviços. Com isso, buscou-se inicialmente identificar o contexto de desenvolvimento da Atenção à Saúde da Criança para compreender o que se queria melhorar e quais as necessidades dos envolvidos. A partir desta avaliação, o Design Thinking auxiliou os profissionais a compreender a proposta de valor de um serviço, gerar ideias e desenvolver soluções para um determinado contexto (BROW, 2010).

Na primeira sessão das oficinas os profissionais receberam, através de aula ministrada por especialista da área em desenvolvimento infantil, bases conceituais da

neurociência, foram sensibilizados para um olhar ampliado para Atenção à Saúde da Criança e temas em comum para todas as categorias, obtendo um entendimento melhor sobre a questão a ser trabalhada e refletindo sobre suas experiências com o tema; a isso considerou-se como imersão preliminar e na segunda sessão o conteúdo estava relacionado com o que se pretendia que cada profissional desenvolvesse em sua prática cotidiana.

A imersão preliminar teve seu conteúdo assim distribuído: na sessão 1, Bases do Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância abordando as contribuições da neurociência e a abordagem da Clínica Ampliada no Desenvolvimento Infantil; Os primeiros 1000 dias com a abordagem da consolidação das bases para o desenvolvimento infantil, a influência do pré-natal no DI, a importância do Brincar – espaços lúdicos e as bases da Puericultura para o cuidado ampliado. Portanto, na primeira sessão os profissionais foram sensibilizados para um olhar ampliado no que tange a Atenção à Saúde da Criança. Após a sensibilização, os profissionais foram desafiados a melhorar, em pouco tempo, o preenchimento dos marcos do desenvolvimento infantil nas cadernetas de saúde da criança, utilizando métodos criativos e inovadores. Para isso, todos realizaram uma atividade de empatia, com o objetivo de conhecerem o problema através da observação direta, testando o próprio serviço onde estavam inseridos.

Como forma de realizar uma imersão em profundidade, os profissionais foram convidados a observar os pontos de contato da criança de 0 a 3 anos com o serviço de saúde, durante a consulta médica ou de enfermagem, visita domiciliar e sala de vacina. A atividade de empatia ocorreu durante os 15 dias subsequentes à primeira sessão das oficinas, podendo ser em suas unidades de lotação ou outra, desde que previamente acordada com o gerente local. Para a atividade de empatia foi solicitado que durante a observação fossem analisados os contextos sob os critérios de praticabilidade (o que pode ser feito para melhorar), viabilidade (o que pode se tornar um modelo) e desejabilidade (o que faz sentido para as pessoas).

Ao retornar para a segunda sessão das oficinas, relatadas as experiências vivenciadas neste intervalo de tempo, os profissionais foram desafiados a definir o “desafio do

bom desafio”, entendendo que uma ação não praticada e que parecia ser impossível de ser realizada poderia se tornar a meta ideal a ser cumprida: o preenchimento adequado dos marcos do desenvolvimento infantil na caderneta de saúde da criança.

A distribuição do conteúdo na sessão 2, com a utilização da metodologia do Design Thinking, ocorreu em quatro passos executados da seguinte forma: 1. Descobrir – os profissionais identificaram o problema real, obtendo um entendimento claro da situação; 2. Definir – os profissionais testaram as ideias e conceitos onde o ponto crucial foi identificar precocemente qual o erro dentro do processo antes de adotar novos conceitos; 3. Desenvolver – teve como principal desafio lidar com a intangibilidade do serviço a ser feito, as equipes elaboraram um protótipo com a finalidade de testar e identificar falhas na ideia a ser implementada e 4. Entregar – foi a implementação da mudança propriamente dita, a reconstrução do processo por seus atores, que exigiu uma ação exploratória posterior, com objetivo de avaliar seu progresso (BROW, 2010).

De forma mais detalhada com a meta estabelecida e pactuada com as 18 equipes de saúde da família envolvidas no projeto, foi utilizada a ferramenta Blueprint<sup>1</sup>, onde foi mapeado de forma esquemática e simples as interações dos profissionais com as mães e crianças atendidas nos pontos de contato escolhidos. Nesta etapa, a utilização dos insights provenientes do processo de imersão foi o principal aspecto a ser considerado, permitindo a identificação de pontos falhos a serem trabalhados. Cada equipe escolheu um problema a se trabalhar a fim de alcançar a meta proposta para o projeto.

Uma vez escolhido o problema a se trabalhar de forma inovadora e criativa, como forma de estimular e explorar um grande número de ideias, levando em conta o pensamento divergente que cada componente do grupo poderia ter, foi praticado o Brainstorm<sup>2</sup> seguindo os preceitos desta ferramenta.

---

<sup>1</sup> Blueprint é o desenho do processo envolvendo fluxogramas e processos descritos. Ele serve para desenvolver melhorias no processo, no sistema ou a criação dos processos dentro do sistema utilizado.

<sup>2</sup> Brainstorm significa "Tempestade Cerebral". Técnica de reunião coletiva de criação, tem como característica a discussão livre e descontraída, onde os participantes podem expor qualquer ideia, por mais absurda que pareça, sobre todos os aspectos relacionados à criação e ao desenvolvimento de algo.

Com o propósito de convergir os pensamentos na fase de ideação os participantes escolheram três principais ideias para alcançar a meta estabelecida em cada ponto de contato analisado. Em seguida o grupo decidiu qual a ideia se tornaria um projeto e realizaram a prototipagem do que idealizaram como solução prática, viável e inovadora para o contexto do SUS, principalmente por não haver nenhum tipo de orçamento para apoiar a proposta da equipe de saúde.

Por fim, após cada grupo apresentar o seu protótipo, foi utilizado o PM Canvas<sup>3</sup>, ferramenta de elaboração de projetos, que serviu de guia para a execução de ações voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil durante os 4 meses seguintes, período anterior à avaliação pós intervenção para verificação dos resultados esperados.

**Quadro 2 - Conteúdo da capacitação voltada às equipes de Saúde da Família**

<b>CARGA HORARIA</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA (Estratégia e Recursos)</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
4H	<b>Bases do DI na Primeira Infância</b> - Contribuições da neurociência - A abordagem da Clínica Ampliada no DI	- Vídeo “Conhecendo o Super Cérebro”; - Apresentação Power Point; Vídeo “Construindo Competências nos Adultos”	Sonia Venâncio e Caroline Lisboa
	<b>Os primeiros 1000 dias, consolidando as bases para o desenvolvimento infantil</b> - A influência do Pré-natal no DI - A importância do Brincar – espaços lúdicos - Bases da Puericultura - cuidado ampliado	- Vídeos dos conceitos fundamentais em DI Apresentação Power Point; Referencial teórico para leitura.	Sonia Venâncio e Caroline Lisboa
<b>CARGA HORARIA</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA (Estratégia e Recursos)</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
4H	<b>Identificar o problema real;</b> <b>Definir conceitos e trabalhar erros</b>	- Apresentação - Apresentação Power Point;	Caroline Lisboa Roger Franca

<sup>3</sup> Project Model Canvas, criado pelo professor José Finocchio Jr., utiliza conceitos de gerenciamento de projetos, neurociência e design thinking para simplificar a elaboração de um plano de projeto mais versátil e mais fácil para ser usado de maneira colaborativa entre a equipe.

	<p>preveníveis;</p> <p><b>Utilização do PM CANVAS para estruturação do projeto</b></p>	<p>- Vídeo “O Desafio do Bom Desafio”</p> <p>- Blue Print</p> <p>- PM CANVAS</p>	
--	--	--	--

#### **4.4. Amostra**

Para a análise dos conhecimentos dos profissionais antes e após a intervenção foram incluídos todos os profissionais do grupo intervenção que fazem parte da equipe de Saúde da Família e atendem crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e suas mães/cuidadoras.

Para a análise do preenchimento da Caderneta da Criança e das orientações dadas pelos profissionais de saúde para as mães, a amostra foi calculada no programa STATCALC/EPIInfo, tendo por base os seguintes parâmetros: nível de significância de 95%, poder do teste de 80%, relação entre expostos e não expostos de 1:1, frequência do desfecho no grupo não exposto de 20% e frequência do desfecho no grupo exposto à intervenção de 40%. Assim, chegou-se ao tamanho da amostra de 91 crianças no grupo exposto e 91 crianças no grupo controle, totalizando 182 crianças a serem captadas nas UBS do estudo nos dois momentos (antes e após a intervenção), por meio de sorteio a partir do cadastro da Estratégia Saúde da Família.

#### **4.5. Coleta de dados**

##### **4.5.1. Conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil.**

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável, preenchido pelos profissionais de saúde do grupo intervenção antes e depois da capacitação (ANEXO 1). As questões foram elaboradas de forma a cobrir o conteúdo da primeira sessão da oficina de intervenção. Teve como base outros questionários aplicados para estudos de avaliação de conhecimentos entre profissionais da Atenção Básica, como por



exemplo o estudo realizado em Belém no estado do Pará, no Programa da Família Saudável, por Figueiras et al, 2003, bem como livro publicado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, no ano de 2013, sobre “Percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida”. A resolução do questionário foi feita no mesmo ambiente em que aconteceu a oficina de sensibilização. O processo sempre foi acompanhado pelas pesquisadoras, que esclareceu todas as dúvidas existentes.

#### **4.5.3. Cadernetas de Saúde da Criança**

Foi realizado um levantamento nas cadernetas das 182 crianças sorteadas para o estudo, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção. Para a coleta de dados foi utilizado formulário estruturado com perguntas relacionadas ao grau de instrução da mãe, dados sobre a história do pré-natal, parto e nascimento da criança, dados atuais sobre vacinação e preenchimento dos marcos do desenvolvimento infantil registrados na Caderneta de Saúde da Criança. Esta ação foi realizada durante a visita de acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde, antes e após a intervenção nos meses de junho e dezembro de 2015. O formulário completo está anexado ao final deste estudo. (ANEXO 3).

#### **4.5.4. Orientações dadas às mães**

Foram coletadas informações das 182 mães de crianças sorteadas para este estudo, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado em entrevistas domiciliares antes e depois da intervenção proposta, nos meses de junho e dezembro de 2015, para avaliar se o profissional de saúde orientou a mãe sobre o desenvolvimento infantil. O instrumento utilizado, anexado ao final deste estudo (ANEXO 4), apresentou dados de caracterização de amostra envolvendo: idade, ocupação, nível de escolaridade, entre outras, se realizou pré-natal, o tipo de parto e se o pai mora com a criança. A segunda parte do questionário visou à verificação das condutas dos profissionais frente à vigilância do desenvolvimento infantil.

#### **4.6. Banco de dados e análise**

Os formulários preenchidos foram codificados e digitados com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa em dois bancos de dados separados, sendo um destinado para o conhecimento dos profissionais antes e depois da capacitação e o outro para o preenchimento da caderneta e as orientações sobre desenvolvimento infantil dadas às mães. Os dados digitados foram testados quanto a consistência, utilizando o programa EPI-info.

Os desfechos relacionados ao conhecimento dos profissionais foram analisados por testes de diferença de proporções, comparando-se o desempenho dos profissionais antes e após a capacitação, adotando-se um nível de significância de 5%. Da mesma forma, o preenchimento adequado das cadernetas e orientações sobre desenvolvimento infantil dadas às mães foram analisados por testes de diferença de proporções, comparando-se os grupos intervenção e controle antes e após a intervenção, adotando-se um nível de significância de 5%.

#### **4.7. Aspectos Éticos**

O presente projeto segue as diretrizes e normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS 5 e 6).

## **5. RESULTADOS**

---

## **ARTIGO**

### **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO.**

#### **Introdução**

A primeira infância é habitualmente descrita como o período da vida entre zero e seis anos, no qual a criança necessita de especial suporte para o seu desenvolvimento, sendo o momento em que são constituídas as bases da sua formação pessoal.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira estimada em 2010 na faixa de zero a quatro anos era de 13.796.158 crianças, correspondendo a 7,23% da população. No município de São Paulo este número é de 873.129 na faixa etária indicada, correspondendo a 6,32% da população total do estado. Anualmente, na cidade de São Paulo nascem aproximadamente 170 mil crianças, sendo 47% concentradas nas regiões periféricas e de maior vulnerabilidade social.

No tocante ao cuidado da criança, em especial na Primeira Infância, estudos da neurociência tem demonstrado a importância de investimentos e programas direcionados ao desenvolvimento da criança de 0 aos 6 anos, uma vez que nessa fase a estrutura do cérebro está sendo definida e a arquitetura cerebral sendo desenhada (SHONKOFF, 2010).

Os primeiros anos de vida de uma criança são de fundamental importância, pois eles proporcionam a base para o resto da vida. As crianças que são bem cuidadas podem viver bem e criar sociedades melhores para todos. As crianças são o futuro e investir nelas em seus primeiros anos significa investir no desenvolvimento humano e econômico de todos (YOUNG, 2011).

Evidências científicas apontam que o desenvolvimento e os estímulos nas fases iniciais da vida são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e competências da criança. Cerca de 17% das crianças têm deficiência no desenvolvimento ou comportamento, porém, menos da metade destas são identificadas nos seus primeiros anos de vida, quando, em alguns casos, a oportunidade de tratamento e intervenção já tem sido perdida, e as crianças já estão com o problema instalado (REICHERT; VASCONCELOS; EICKMANN; LIMA, 2012).

A forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais. Existem períodos críticos, durante os quais, tipos específicos de aprendizado são melhor realizados e ocorrem quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação podem levar a efeitos sérios e duradouros. Nesse sentido, o cuidado infantil deve ser de alta qualidade, isto é, imbuído de atenção e amor, capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o cuidador (SHONKOFF, 2010).

Importante ressaltar que as interações de fatores genéticos, hereditários e biológicos com os aspectos culturais, e suas repercussões econômicas e psicossociais podem ou não constituir um ambiente facilitador ao pleno desenvolvimento infantil e promover equidade ampliando as chances de uma vida saudável.

O Desenvolvimento Infantil (DI) apresenta-se por mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais, incluindo aquelas influenciadas por fatores emocionais e sociais (VAN DELL'ORTO, 2012). Para Organização Mundial da Saúde (OMS), este é um processo que ocorre desde a concepção do feto até a morte, tendo como produto um indivíduo competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Young (2010) destaca duas descobertas fundamentais em relação ao desenvolvimento humano: as respostas de uma pessoa a estímulos internos e

externos dependem de importantes circuitos e processos formados no cérebro e as experiências positivas e negativas da primeira infância influenciam a formação destes processos e redes de circuitos.

A constatação de que as habilidades e competências humanas têm seu alicerce cerebral organizado nos primeiros anos de vida, nos obriga a repensar os cuidados com a primeira infância. Segundo Shore, “a formação inicial dos sistemas vivos estabelece os condicionantes para o funcionamento de cada aspecto do organismo, seja interno ou externo, através de toda a vida” (SHORE, 2000).

Na perspectiva da vigilância à saúde da criança, cada contato entre esta e o serviço de saúde, independente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para análise integrada e preditiva de sua saúde e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde e com forte caráter educativo. Por isso, a atuação do profissional deve ser integral, e o foco da atenção é o de não perder oportunidades de atuação, seja na prevenção, como na promoção e/ou assistência, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) no cuidado à criança.

As ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil consistem em ouvir o que os pais têm a dizer sobre o desenvolvimento da criança, manter um registro da história do seu desenvolvimento, realizar sistematicamente exame físico e avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de maneira minuciosa, identificar a presença de fatores de risco e registrar todos os procedimentos realizados na criança e os achados das consultas (OPS, 2005).

Cabe aos profissionais de saúde deter o conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisões e orientação da família. Estes devem compreender a infância e os seus diferentes contextos de desenvolvimento, incluindo desde o microsistema familiar até o macrosistema da cultura em que a criança se insere. Estas ações são importantes para que a criança possa receber atenção à saúde adequada e contextualizada ao seu meio e condições de vida, estímulo ao cuidado e

atendimentos específicos às suas necessidades, visando seu desenvolvimento saudável (EYKEN; RIBERIRO, 2012).

O acompanhamento do crescimento é recomendado pelo Ministério da Saúde como eixo central de todas as ações voltadas à criança e deve ser desenvolvido por todos os serviços de saúde. Além disso, esse acompanhamento permite avaliar o progresso da criança, identificando os grupos de maior risco para intervenções apropriadas, com o intuito de diminuir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004).

Na Atenção Primária a Saúde (APS), a atenção à criança vem sendo apontada como ação prioritária. Uma das atribuições da APS é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil que deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida (SHONKOFF, 2010).

Embora a vigilância do desenvolvimento seja uma ação básica de saúde do programa de atenção integral à saúde da criança em nosso País, não podemos dizer que tem havido implementação dessa ação. Uma das razões é que o desenvolvimento não pode ser avaliado tão simples e objetivamente como o crescimento, por exemplo, e as intervenções não podem ser prescritas como se faz com uma vacina ou um antibiótico. Para responder a essa dificuldade, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade uma intervenção voltada à sensibilização de profissionais de saúde para a avaliação do desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

## **Método**

Trata-se de um estudo de intervenção, controlado, randomizado, em que um grupo de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de 3 Unidades Básicas de Saúde, que prestam assistência a crianças,

cadastradas na Estratégia Saúde da Família, receberam uma capacitação (grupo intervenção) e outro grupo de 3 unidades, não receberam (grupo controle).

A intervenção foi realizada de forma a sensibilizar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família para que tivessem seus conhecimentos e práticas aperfeiçoadas, a fim de que suas ações fossem direcionadas para a vigilância do desenvolvimento infantil. Para esta intervenção foram adotadas metodologias crítico-reflexivas voltadas ao cuidado da Primeira Infância. A capacitação foi realizada no mês de julho 2015, todas as sextas-feiras, uma turma no período da manhã e uma turma no período da tarde, com carga horária de 8 horas para todas as categorias profissionais. Os participantes foram divididos por Unidade de origem, proporcionando que toda a equipe da Estratégia Saúde da Família realizasse a capacitação em conjunto. O conteúdo foi dividido em duas sessões de 4 horas cada uma, onde na primeira sessão os profissionais foram sensibilizados para um olhar ampliado para Atenção à Saúde da Criança e temas em comum para todas as categorias e na segunda sessão o conteúdo estava relacionado com o que se pretendia que cada profissional desenvolvesse em sua prática cotidiana, utilizando-se a abordagem do Design Thinking<sup>4</sup> (BROWN, 2010).

Para a análise dos conhecimentos foram incluídos todos os profissionais que fazem parte da equipe de Saúde da Família e atendem crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e suas mães/cuidadoras nas UBS do grupo intervenção. Esses profissionais responderam a um teste de conhecimentos antes e após a capacitação.

Para a análise do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e das orientações dados pelos profissionais de saúde para as mães, a amostra foi calculada no programa STATCALC/EPIInfo, tendo por base os seguintes parâmetros: nível de significância de 95%, poder do teste de 80%, relação entre expostos e não expostos de 1:1, frequência do desfecho no grupo não exposto de 20% e frequência do

---

<sup>4</sup> *Design Thinking* é uma forma de abordagem dos problemas, relacionados à aquisição de informações, análise de conhecimento e propostas de soluções. Como uma abordagem, é considerada a capacidade para combinar empatia em um contexto de um problema, de forma a colocar as pessoas no centro do desenvolvimento de um projeto; criatividade para geração de soluções e razão para analisar e adaptar as soluções para o contexto.



desfecho no grupo exposto à intervenção de 40%. Assim, chegou-se ao tamanho da amostra de 91 crianças no grupo exposto e 91 crianças no grupo controle, totalizando 182 crianças a serem captadas nas UBS do estudo nos dois momentos (antes e após a intervenção), por meio de sorteio a partir do cadastro da Estratégia Saúde da Família.

Para avaliação das CSC, foi realizado um levantamento nas cadernetas das 182 crianças sorteadas para o estudo, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção. Para a coleta de dados foi utilizado formulário estruturado com perguntas relacionadas ao grau de instrução da mãe, dados sobre a história do pré-natal, parto e nascimento da criança, dados atuais sobre vacinação e preenchimento dos marcos do desenvolvimento infantil registrados na Caderneta de Saúde da Criança. Esta ação foi realizada durante a visita de acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde, antes e após a intervenção nos meses de junho e dezembro de 2015.

Em relação às orientações dadas às mães, foram coletadas informações por meio de questionário semiestruturados em entrevistas domiciliares “antes e depois” da intervenção proposta, para as 182 mães das crianças sorteadas, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção, a fim de avaliar se o profissional de saúde orientou a mãe sobre o desenvolvimento infantil. O instrumento utilizado continha dados de caracterização de amostra envolvendo: idade, ocupação, nível de escolaridade, entre outras, se realizou pré-natal, o tipo de parto e se o pai mora com a criança. A segunda parte do questionário visou à verificação das condutas dos profissionais frente à vigilância do desenvolvimento infantil.

Os formulários preenchidos foram codificados e digitados com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa em dois bancos de dados separados, sendo um destinado para o conhecimento dos profissionais antes e depois da intervenção e o outro para o preenchimento da caderneta e as orientações sobre desenvolvimento infantil dadas às mães. Os dados digitados foram testados quanto a consistência, utilizando o programa EPI-info.

Os desfechos relacionados ao conhecimento dos profissionais foram analisados por testes de diferença de proporções, comparando-se o desempenho dos profissionais antes e após a capacitação, adotando-se um nível de significância de 5%. O preenchimento adequado das cadernetas e orientações sobre desenvolvimento infantil dadas às mães foram analisados por testes de diferença de proporções, comparando-se os grupos intervenção e controle antes e após a intervenção, adotando-se um nível de significância de 5%.

## **Resultados**

Os resultados deste estudo estão divididos em três tópicos, sendo o primeiro relacionado ao conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil; o segundo tópico trata-se do preenchimento adequado das CSC de crianças que realizam acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde envolvidas; o terceiro e último tópico refere-se às orientações realizadas pelos profissionais de saúde às mães das crianças selecionadas para este estudo.

### ***Conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil.***

Os resultados referem-se a 170 profissionais que responderam ao teste de conhecimentos pré e pós capacitação. Observando-se as categorias profissionais na Tabela 1 nota-se que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) corresponde a 64,1% do total de participantes; Auxiliar de Enfermagem (AE) a 21,7%; Enfermeiro 8,8% e Médicos 3,5%.

Com relação ao desempenho no pré e pós testes por categoria profissional, observa-se pouca variação, não havendo diferença significativa nos conhecimentos entre os profissionais Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. O oposto ocorre com a categoria ACS, que apresenta melhor desempenho, com uma diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas no pré e pós testes.

**Tabela 1 Aproveitamento no Pré e Pós teste por categoria profissional, São Paulo, 2015.**

<b>Categoria</b>	<b>Número de Participantes</b>	<b>Pré teste</b>	<b>Pós teste</b>	<b>P</b>
<b>ACS</b>	<b>109</b>	<b>7,74</b>	<b>9,16</b>	<b>0,00</b>
AE	36	9	8,8	0,755
E	15	9,5	10,4	0,169
M	6	9	10,3	0,374
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>8,17</b>	<b>9,15</b>	<b>0,00</b>

### *Cadernetas de Saúde da Criança – CSC*

A avaliação do preenchimento da CSC incluiu 183 crianças no grupo exposto (92 pré e 91 pós-intervenção) e 163 crianças no controle (90 pré e 73 pós-intervenção). Tomou-se como referência as orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança (2005), sendo considerados preenchidos corretamente quando estavam de acordo com o manual do Ministério da Saúde. Com base na prática dos profissionais estudados, foram selecionados itens essenciais ao acompanhamento da saúde da criança e cujo o preenchimento foi considerado como indispensável.

A Tabela 2 apresenta os dados elencados, demonstrando o comparativo antes e depois da intervenção. De acordo com os registros das CSC estudadas, o peso, o comprimento, o perímetro cefálico ao nascer, assim como o Apgar no quinto minuto de vida e a marcação do peso do gráfico apresentou melhora significativa após as oficinas realizadas com os profissionais do grupo intervenção, com variação no aumento do preenchimento entre 17 e 37%. Destaca-se o indicador “peso no gráfico” por apresentar  $P=0,00$ . As outras variáveis foram igualmente modificadas, atingindo importantes níveis de significância, sendo peso  $P=0,002$ , comprimento  $P=0,004$ , Apgar 5’  $P=0,001$  e perímetro cefálico  $P=0,012$ .

**Tabela 2 – Análise comparativa do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.**

	Grupo Controle		P	Grupo Intervenção		P
	Sim			Sim		
	N	%		N	%	
<b>PESO AO NASCER</b>						
Antes	57	52,3	0,202	48	41,4	<b>0,002</b>
Depois	52	47,7		68	58,6	
<b>COMPRIMENTO AO NASCER</b>						
Antes	53	51,0		38	40,0	
Depois	51	49,0	0,127	57	60,0	<b>0,004</b>
<b>APAGAR 5'</b>						
Antes	51	51,5	0,190	32	37,2	<b>0,001</b>
Depois	48	48,5		54	62,8	
<b>PERÍMETRO CEFÁLICO</b>						
Antes	55	53,4	0,352	36	40,4	<b>0,012</b>
Depois	48	46,6		53	59,6	
<b>GRAFICO DE PESO</b>						
Antes	48	52,7	0,436	25	31,6	<b>0,00</b>
Depois	43	47,3		54	68,4	

Em relação à vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil como importante indicador a ser registrado na CSC, de uma forma geral, os dois grupos apresentaram aumento no percentual de preenchimento. Mesmo tendo um resultado satisfatório para os dois grupos, curiosamente quando analisada as CSC que passaram a ter pelo menos um registro dos marcos do desenvolvimento infantil, verificou-se que o grupo controle apresentou um maior percentual na fase pós intervenção (grupo controle de 44 para 72%;  $p=0,00$  vs grupo intervenção 59 para 73%;  $p<0,035$ ).

**Tabela 3- Análise comparativa do preenchimento de pelo menos um marco do desenvolvimento infantil na Caderneta de Saúde da Criança nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.**

	Grupo Controle				P	Grupo Intervenção				P
	Sim		Não			Sim		Não		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Antes	40	44	52	57	<b>0,00</b>	54	59	38	41	<b>0,035</b>
Depois	54	72	21	29		66	73	25	28	

### ***Orientações dadas às mães***

Foram selecionadas três questões para avaliação antes e após a intervenção, em relação à abordagem dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao desenvolvimento infantil, aplicadas às mães cujas crianças tiveram suas CSC analisadas quanto ao preenchimento.

Os resultados apontam que houve uma valorização dos profissionais do grupo intervenção quanto às orientações dadas às mães e/ou cuidadores da criança em relação aos marcos do DI, uma vez que os dados coletados revelam incrementos estatisticamente significantes na comparação pré e pós intervenção.

A primeira questão refere-se ao fato de o médico ou enfermeiro ter perguntado à mãe/cuidador sobre sua percepção quanto ao desenvolvimento da criança. Para esta questão no segundo momento de avaliação o grupo intervenção apresentou um aumento de 39 para 60 % ( $p=0,001$ ), enquanto que no grupo controle não houve diferença estatisticamente comprovada.

Considerado fator importante o atendimento do profissional na atenção primária, procurou-se obter da população participante da pesquisa se, durante as consultas de puericultura, foi observado pelo médico ou enfermeiro marcos do desenvolvimento da criança. Mais uma vez, as respostas do grupo intervenção mostraram diferença significativa (43 versus 56% com  $p=0,003$ ) após a ação de sensibilização junto aos profissionais do grupo intervenção.

Quando indagadas sobre as possíveis orientações ofertadas sobre DI pelo médico ou enfermeiro da Equipe Saúde da Família, observou-se um aumento considerável no número de respostas afirmativas no grupo intervenção comparado ao grupo controle, sendo esse aumento estatisticamente significante ( $p=0,002$ ).

Para o grupo controle não houve nenhum impacto estatisticamente significativo para as três questões analisadas, falando a favor de um resultado favorável à intervenção, como mostra a Tabela 4.

**Tabela 4 – Análise comparativa da abordagem dos profissionais de saúde quanto ao desenvolvimento infantil em consultas, nos grupos intervenção e controle, São Paulo, 2015.**

<b>O Médico ou Enfermeiro PERGUNTOU o que acha do DI</b>											
		<b>Grupo Controle</b>						<b>Grupo Intervenção</b>			
		Sim		Não		p	Sim		Não		p
		N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Antes</b>		50	53	40	57	0,394	41	39	51	63	<b>0,001</b>
<b>Depois</b>		43	46	30	42		62	60	29	36	

<b>O Médico ou Enfermeiro OBSERVOU algo sobre o DI</b>											
		<b>Grupo Controle</b>						<b>Grupo Intervenção</b>			
		Sim		Não		p	Sim		Não		p
		N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Antes</b>		58	53	32	59	0,287	53	43	39	66	<b>0,003</b>
<b>Depois</b>		51	46	22	40		69	56	20	33	

<b>Foi ORIENTADA pelo Médico ou Enfermeiro sobre o DI</b>											
		<b>Grupo Controle</b>						<b>Grupo Intervenção</b>			
		Sim		Não		p	Sim		Não		p
		N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Antes</b>		69	55	21	53	0,494	67	45	25	73	<b>0,002</b>
<b>Depois</b>		55	44	18	46		81	54	9	26	

## **Discussão**

Os resultados desse estudo mostram a efetividade de uma intervenção realizada junto a equipes de Saúde da Família, onde procurou-se verificar o conhecimento destes profissionais acerca da temática do DI, da vigilância do DI e seu registro nas CSC e sobre a abordagem dos médicos e enfermeiros sobre esse tema junto às mães.

De um modo geral, o nível de conhecimento dos profissionais avaliados mostrou-se satisfatório no momento pré-intervenção. Entre os profissionais envolvidos, os ACS obtiveram melhor aproveitamento quando comparado o pré e o pós teste. Nota-se também que para esta categoria, a intervenção foi efetiva em aumentar os conhecimentos, esperando-se ter como resultado final uma melhoria da prática profissional no que tange à importância do desenvolvimento infantil.

Embora os profissionais possuíssem bastante conhecimento sobre as bases do desenvolvimento infantil, pôde-se verificar que o tema era pouco abordado no cotidiano de trabalho destes profissionais. Este fato é preocupante, visto que atuar na Estratégia Saúde da Família requer maior atenção à fatores que influenciam no processo de desenvolvimento da criança, para maior possibilidade de intervenção, na Atenção Básica, uma vez que se configura como principal porta de entrada do sistema de saúde, devendo ter grande poder de resolutividade (PINA et al., 2009).

Em relação ao preenchimento das Cadernetas de Saúde da Criança o impacto, embora modesto, foi estatisticamente significativo. Chamou atenção o fato de grupo controle ter apresentado melhora do preenchimento, no tocante aos marcos do desenvolvimento infantil, o que poderia ser explicado por uma “contaminação da amostra”, em virtude de os profissionais das UBS dos grupos intervenção e controle estarem em contato em diversos momentos no seu cotidiano de trabalho, quer seja por outros cursos de capacitação, por reunião da categoria profissional ou até mesmo porque compartilham conhecimentos e modos de realizar o trabalho assistencial desenvolvido em sua equipe.

Como um instrumento importante para o registro das observações da saúde e o desenvolvimento infantil, a utilização da CSC deve ser conhecida e valorizada pelos profissionais e também pelos familiares. Um estudo realizado em Belo Horizonte - MG, revelou que as mães não estão sendo orientada sobre a CSC, situação que faz com que elas não reconheçam a importância deste instrumento e o identifique apenas como cartão de vacina (ANDRADE, 2011).

No Brasil, as pesquisas sobre a utilização e preenchimento da CSC ainda são escassas e, em sua maioria, revela falhas consideráveis na utilização desse instrumento (SILVA, 2014). O registro na caderneta dos marcos do desenvolvimento infantil pode auxiliar os pais a reconhecerem seu papel na estimulação do desenvolvimento do filho. Contudo, estudos brasileiros apontam que os dados do desenvolvimento não estão sendo preenchidos de maneira adequada na caderneta (GAÍVA, 2014), o que foi revelado nos resultados apresentados.

Há dados na literatura que evidenciam também a falta de conhecimento dos profissionais, tanto em entender o que é desenvolvimento infantil como em avaliá-lo (ALVES, 2009). Além disso, a anotação das informações na CSC deve ser feita de forma correta e rigorosa, explicando aos responsáveis pela criança o que significam os dados colocados, o que, na maioria das vezes, não ocorre (BARTIERI *et al.* 2010).

Reconhecer a CSC como instrumento essencial para o registro do desenvolvimento da criança, vigilância e promoção da saúde infantil, resulta em apropriação da CSC pela equipe de saúde e pela família. A CSC cumpre assim o papel de intermediar o diálogo entre as famílias e profissionais, tornando-a de extrema importância para o desenvolvimento das práticas educativas (BRASIL, 2005).

A CSC é o documento em que são registrados os dados, como também é aquele que transita pelos diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde da criança, por isso, torna-se muito importante sua utilização



adequada, o que inclui o registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações ali realizadas (GOULART, 2008).

Os achados desta pesquisa apontam mudança de atitude dos profissionais de saúde após a intervenção, com o aumento significativo do percentual de mães que indicaram ser orientadas por médicos e enfermeiros quanto avaliação do desenvolvimento infantil. Esta mudança de prática pode contribuir para detecção precoce de desvios e encaminhamentos com possibilidade de intervenção adequada, aumentando a probabilidade de seguir a mesma trajetória de vida das crianças com desenvolvimento normal.

Esta mudança de prática revela o cumprimento da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil em consonância com os princípios e diretrizes norteadores do cuidado à criança, constituindo o primeiro passo para um acompanhamento seguro, com subsídio para um diagnóstico e estratégias efetivas para resolução de problemas que possam surgir (FIGUEIRAS, et. al., 2005).

Acredita-se com esta constatação que a intervenção cumpriu com a função de ampliar o entendimento dos profissionais em relação à vigilância do desenvolvimento infantil, proporcionando aquisição de novos conhecimentos, motivação para aplicação do conteúdo e execução de projetos em suas práticas profissionais.

Sabe-se que o Ministério da Saúde vem avançando na Atenção Integral à Saúde da Criança, contudo, segundo Arimatea (2009), é preciso, ainda, um maior esforço nos sistemas locais para as propostas existentes de preenchimento da CSC se tornem práticas efetivas. Para isso, um dos pontos a serem perseguidos se refere ao investimento em intervenções que tragam conhecimento teórico, bem como elaboração de projetos de execução de acordo com a realidade vivenciada por cada equipe de saúde.

Estudos encontrados na literatura enfatizam a existência de uma lacuna entre o conhecimento dos profissionais e a sua habilidade em avaliar o desenvolvimento infantil, demonstrando baixo desempenho nesta atividade (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

O mesmo foi constatado, quando comparado o grupo controle e o grupo intervenção em relação ao resultado do teste auto-aplicado e o questionário aplicado às mães das crianças estudadas, revelando que embora o resultado do teste de conhecimento tenha sido satisfatório para ambos grupos, aquele que apresentou real mudança de prática foi o que recebeu a intervenção proposta no presente estudo.

Ainda considerando as orientações ofertadas às mães, cabe uma reflexão não abordada no estudo, contudo, de suma importância e ainda deficiente nas ações dos profissionais de saúde, sobre o tema do afeto como principal estímulo para o desenvolvimento da criança.

A afetividade exerce papel relevante no desenvolvimento infantil, pois segundo BAIROS; MOURA; OLIVEIRA; RODRIGUES e SILVA (2011), nos primeiros anos de vida, os bebês precisam mais do que fraldas limpas, alimentação e horas de sono, são necessários o afeto e o toque, que são essenciais para a formação de sua personalidade e desenvolvimento físico/psíquico. Por outro lado, se suas necessidades não forem satisfeitas adequadamente, o mundo para a criança torna-se fonte de ameaça e de frustração. A falta de um vínculo afetivo sólido poderá acarretar distúrbios emocionais e complexos que prejudicarão o convívio familiar e social.

Nesse sentido, caberia dar continuidade à capacitação dos profissionais de saúde, para aprofundamentos de temas relacionados à abordagem do DI junto às famílias, visando à valorização das orientações sobre a afetividade e ajudando a fortalecer o vínculo entre pais e filhos.

## **Considerações e Recomendações Finais**

A intervenção realizada neste estudo apresentou-se como um método simples, de baixo custo e fácil de ser aplicada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, podendo ser um importante meio de contribuição para a operacionalização da vigilância do desenvolvimento infantil, fortalecendo as consultas de puericultura para uma atenção à saúde da criança voltada não só ao ganho ponderal como aos marcos do desenvolvimento, detecção precoce de desvios e sua conseqüente prevenção, ocorrendo um salto qualitativo ao cuidado integral.

Recomenda-se a incorporação de conteúdos que priorizem questões voltadas para a vigilância do desenvolvimento infantil nos centros formativos, incluindo o ensino de graduação e residências de saúde da família e da criança.

Outro aspecto importante a considerar é a possibilidade dos profissionais de saúde no cotidiano de suas ações, priorizarem outras atividades, tais como práticas integrativas/orientais, programa Bolsa Família, distribuição de fraldas para pacientes acamados, validação do relatório de entrega do oxigênio domiciliar, etc., em detrimento a vigilância do desenvolvimento infantil, mesmo sabendo que isso seja fundamental para a promoção da saúde da criança.

Nesse sentido, torna-se essencial o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem as causas da não efetividade da vigilância do desenvolvimento infantil e uma mobilização dos gestores com o intuito de dar condições aos profissionais para implementarem ações fundamentais para Atenção à Saúde da Criança.

Acredita-se que o estudo poderá contribuir para a incorporação da vigilância ao desenvolvimento infantil nos processos de trabalho dos profissionais das Unidades Básicas que receberam a capacitação.

Tendo em vista os resultados apresentados, pretende-se ampliar a capacitação para equipes de Saúde da Família que não receberam a intervenção no primeiro momento, a fim de potencializar as ações voltadas ao DI na região do estudo.

## Referências Bibliográficas

Alves CR, Lasmar LM, Goulart LM, Alvim CG, Maciel GV, Viana MR et al. Quality of data on the child health record and related factors. *Cad Saude Publica* 2009;25:583-9

Arimatea, J.E Práticas alimentares de crianças menores de um ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. *Ceres* 2009;4(2):65-78.

Baltieri L, Santos DC, Gibim NC, Souza CT, Batistela AC, Tolocka E. Motor performance of infant attending the nurseries of public daycare centers. *Rev Paul Pediatr.*2010;28:283-9.

Brown, Tim. *Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Bairros, Jaqueline de; Belz, Caroline Weingärtner; Moura, Maristela; Oliveira, Sélia Gomes; Rodrigues, Tânia Terezinha; Silva, Stefani Cavalheiro; Costa, Fátima Terezinha da. Infância e adolescência: a importância da relação afetiva na formação e desenvolvimento emocional. In: 16. Seminário Pesquisa e Extensão Institucional de Ensino, 4-6 out 2011; Santa Cruz-BR. [acesso em DIA MÊS ANO]. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/701733/inf%C3%A2ncia-e-adolesc%C3%A2ncia--a-import%C3%A2ncia-da-rela%C3%A7%C3%A3o-afetiva>

Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edição 70 [original publicada em 1977], 2009.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF); 2002. ( Cadernos de Atenção Básica, nº11. Normas e Manuais Técnicos)

Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte para a cidadania. Brasília (DF); 2011.

Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF); 2004.

Brasil. Constituição (1988). Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, Artigo 199.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4):1260-1268.

CEInfo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Referência: 2008 [acesso em 10 de julho de 2015]. Disponível em [www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo)

Ceres GV, Knauth DR, Hassen M. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Aspectos jurídicos da proposta das Organizações Sociais Autônomas. Parecer jurídico nº 031/97. Brasília (DF); 1997. 16p.

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A Desnutrição e Obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad Saúde Pública. 2008;24 (Sup 2):S332-S340.

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.

Dezoti AP, Alexandre AMC, Tallmann VAB, Maftum MA, Mazza VA. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Rev Anna Nery, 2013;17 (4):721-729.

Eyken EDV, Riberiro CDM. Desenvolvimento infantil: seus agentes e as políticas públicas do município do Rio de Janeiro. Physis [acesso em 15 out 2015]; 22(3): 1085-1099. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01037331201200030001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331201200030001&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300013>.

Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. Rev. bras. enferm. [acesso em 15 out 2015]; 65(1):148-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347167201200010002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201200010002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>.

Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professional: a prospective before-and-after study. São Paulo Med J. 2014; 132(4) 211-8

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad Saúde Pública. 2013;19(6): 1691-1699.

Gaiva MAM, Silva FB. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. Rev Enfermagem. UFPE on-line. 2014;8(3):742-9.

Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev paul. Pediatr. São Paulo. 2008;26(2):106-112.

Marino E, Pluciennik, Gabriela Aratangy. Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. t.2.

Mendes, EV. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.

Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília(DF); 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e municípios : juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília (DF); 2013.

Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estud. av. [online]. 2003 [acesso em 17 de novembro de 2015];17(48):48:7-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200002>.

Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. Revi Rene. Fortaleza, 2011;12(1): 73-80.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):44-57.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília(DF):MP, SPI; 2014.

Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Robolledo RS, Pimenta AF, Lemos SMA. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para a vigilância do desenvolvimento infantil. Rev Paul Pediat. 2012;30(4): 479-85.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC; 2005.

Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):142-8.

Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. Rev esc enferm. USP. 2012 [acesso em 15 out 2014];46(5):1049-1056. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342012000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500003&lng=en) &lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342012000500003>.

Reicher, APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Rev. 2012; 13(1): 114-26.

São Paulo (Estado). Lei Complementar no 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 05 jun 1998.

São Paulo (Estado). Resolução SS142, de 24 de outubro de 2008. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 30 out 2008.

SEADE-Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Referência: 2008. Síntese de Resultados das Regiões Metropolitanas [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>

SEADE- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Referência: 2010. Síntese de Resultados das Regiões Metropolitanas [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>

Shonkkof JP. Building a new biodevelopmental framework to guide future of early childhood policy. Child Dev. 2010; 81(1):357-67.



SIAB-Sistema de Informação da Assistência Básica. Referência: setembro/2013. Sistema de Informações da Atenção Básica [acesso em 04 de fevereiro 2015]. Disponível em <http://www.seade.gov.br>

Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia*. 2011;21(48):51-60.

Silva FB. A Caderneta de Saúde da Criança na percepção dos profissionais que atuam na rede básica de saúde de Cuiabá-MT[dissertação de mestrado]. Cuiabá-MT:Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.

Schneider A, Ramires VR. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília (DF): UNESCO;2007.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesq*.2005;31(3):443-466.

Veleda AA, Soares MCF, César-Vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças. *Rev Gaúcha Enferm*.2011;32(1): 79-85.

Venancio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H; Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na Atenção Básica. *Cad Saúde Pública*. 2013. 29(11):2261-2274..

Young M, organizador. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.

Zeppone SC, Volpon LC, Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30 (4):594-9.

Zoboli ELCP, Fracoli LA, Chies, AM. Nossas crianças: toda hora é hora de cuidar. *Revista de Cultura e Extensão USP*. 2010; 4:17-24.

## ANEXO 1

### Questionário autoaplicável – Pré e pós intervenção

1. Você costuma avaliar rotineiramente o desenvolvimento das crianças nas consultas de puericultura ?

( ) Sim

( ) Não

Se não, como você justificaria ?

---

---

2. Você costuma perguntar às mães o que elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?

( ) Sim

( ) Não

3. Os três primeiros anos de vida da criança têm sido priorizados por ser uma etapa importante do desenvolvimento, pois:

(a) Ocorrem grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social

(b) Ocorre aquisição e domínio da linguagem

(c) É caracterizada por aquisições importantes

(d) É caracterizada pela plasticidade cerebral

(e) Todas as respostas anteriores

Resposta certa = e

4. Assinale as alternativas que estimulam a criança de zero a três anos:

(X) Ter muito carinho dos pais e estímulos através de conversas, cantos e leituras;

- Ser colocada no andador para logo aprender a andar;
- Oferecer todos os dias o máximo de atividades para a criança pequena (natação, inglês, balé, judô, etc.);
- Não ficar muito no colo e ser deixada no berço mesmo que chore;
- Brincar com a criança.

5. Assinale as alternativas corretas em relação ao que é importante para o desenvolvimento da criança de zero a três anos:

- Conversar com a criança;
- Receber atenção dos adultos;
- Levar a consulta de puericultura;
- Viver em um ambiente com segurança, ventilação e higiene;
- Ter uma rotina;
- Proporcionar estímulos auditivos, visuais e táteis;
- Receber carinho e afeto;
- Brincar e passear;
- Ter cuidado com a alimentação da criança.

Resposta = Todas corretas

6. Com relação ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta:

- (a) A criança é reconhecida como ser ativo, capaz de reagir ao meio e às pessoas desde o nascimento;
- (b) A criança é reconhecida como ser ativo, sendo que o ambiente somente deverá exercer um papel importante após a socialização;
- (c) A criança é um ser passivo, dependente de outros seres humanos por longo período de vida, sendo seu desenvolvimento resultante de sua vivência sociocultural;
- (d) A criança é um ser passivo, sendo o adulto, a mãe em especial, seu mediador com o meio.

Resposta certa = a.

7. Os riscos ao desenvolvimento podem estar presentes na própria criança, podemos avaliar estes riscos através:
1. De componentes biológicos, temperamento e a própria sintomatologia;
  2. Da família - história parental e dinâmica familiar;
  3. Apenas da curva de crescimento e marcos do desenvolvimento infantil;
  4. Do ambiente - nível socioeconômico, suporte social, escolaridade dos pais e contexto cultural;
  5. Da forma como o pai se relaciona com a criança quando está em casa.

Assinale a alternativa correta:

- (a) 1, 3 e 4
- (b) 2, 3 e 5
- (c) 1, 2 e 3
- (d) 1, 2 e 4
- (e) 3, 4 e 5

Resposta certa = d

8. Ligia tem dois meses. Durante a consulta o profissional observou que a criança não olhava a mãe enquanto mamava e não seguiu com o olhar um objeto colocado cerca de 30cm de seus olhos. Marque a alternativa correta:

- (a) Ligia apresenta uma reação normal para sua idade, pois as crianças começam a enxergar a partir dos 3 meses;
- (b) Ligia está com um possível atraso no desenvolvimento, devendo ser melhor avaliada;
- (c) Ligia não enxerga e precisa ser encaminhada ao oftalmologista;
- (d) Ligia está iniciando um processo de autismo, por isso não se comunica com as pessoas e o ambiente.

Resposta certa = b.

9. Marque V nas alternativas que julgar corretas e F para as alternativas que julgar incorretas quando houver falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade:

- (V) A consulta seguinte deve ser antecipada; investigar a situação ambiental da criança, relação com a mãe e oferta de estímulos.
- (V) Sugere-se orientar a mãe para brincar e conversar com a criança durante cuidados.
- (V) Persistência do atraso por mais de duas consultas encaminhar criança para referência ou serviço de maior complexidade.
- ( F) Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço.
- (V) Informar a mãe sobre os sinais de alerta para atraso no desenvolvimento infantil.
- (V) Agendar consulta com profissionais do NASF.

10. Joana tem um filho de 18 meses, trabalha informalmente fazendo faxina, pela segunda vez o seu companheiro saiu de casa para comprar pão e está há 5 dias desaparecido, está muito preocupada como ela vai manter esta criança até porque a gravidez não foi planejada, ou seja, ela não queria ter mais filhos. Atualmente recebe o benefício do Bolsa Família e tem mais 4 filhos. Você aconselharia esta mãe colocar o seu filho numa creche porque:

- ( ) Na creche a criança terá acompanhamento de profissionais especializados;
- ( ) Na creche a criança aprende a conviver com outras crianças;
- ( ) Na creche a criança desenvolve a coordenação motora e raciocínio;
- ( ) Na creche a criança tem acesso a atividades variadas e fica mais independente;
- ( ) A creche é a melhor alternativa para o desenvolvimento da criança;
- ( ) Não aconselharia a mãe a colocar seu filho na creche.

## ANEXO 2

### FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DOS MARCADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Iniciais da Criança: \_\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_

Nome do ACS: \_\_\_\_\_

Após conferência da Caderneta de Saúde da Criança assinale sobre o preenchimento:

Nome da Criança  Sim  Não

Data de Nascimento  Sim  Não

Nome da mãe  Sim  Não

Tipo de Parto  Sim  Não

Comprimento ao nascer  Sim  Não

Peso ao Nascer  Sim  Não

Apgar no 5o minuto  Sim  Não

Perímetro cefálico ao nascer  Sim  Não

Perímetro cefálico marcado no gráfico  Sim  Não

\*Idade em que o último ponto de perímetro cefálico foi marcado no gráfico: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer marcado no gráfico  Sim  Não

\* Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico: \_\_\_\_\_

\*\* Anotações sobre os marcos do desenvolvimento infantil:

1-2 meses  3-4 meses  5-6 meses  7-9 meses  10-12 meses

13-15 meses  16-18 meses  19-24 meses  25-30 meses  31-36 meses

\*\*\*Registro de vacinas:

Completo     < 1 mês de atraso     1 mês ou mais de atraso

### ANEXO 3

#### QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO EM ENTREVISTAS DOMICILIARES PARA AVALIAR SE O PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU A MÃE SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015    Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Mãe**    Nome: \_\_\_\_\_    Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Trabalha fora de casa:    Sim    Não

Qual a última série que a Sra. Completou ?

0 <input type="checkbox"/>	0. Sem escolaridade
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1. Ensino Fundamental
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	2. Ensino Médio
1 <input type="checkbox"/> Incompleto    2 <input type="checkbox"/> Completo	3. Ensino Superior

**Filho**    Nome: \_\_\_\_\_    Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pré-natal:    Sim    Não    Se sim, 7 consultas ou mais: Sim    Não

Parto: Normal    Cesariana    Frequenta creche: Sim    Não

Pai mora com a criança: Sim    Não

1. Quando que você acha que seu filho começa a aprender ?

- ( ) Ainda no útero
- ( ) Assim que nasce
- ( ) A partir dos seis meses
- ( ) A partir de 1 ano
- ( ) A partir de 2 anos
- ( ) A partir de 3 anos

2. O médico ou enfermeiro perguntou o que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho?

Sim

Não

3. A senhora faz alguma coisa para estimular o desenvolvimento do seu filho ?

Sim

Não

4. O que a senhora faz para estimular o desenvolvimento do seu filho ?

---

---

---

---

---

5. O médico ou enfermeiro observou ou lhe perguntou algo sobre o desenvolvimento do seu filho?

Sim

Não

6. Durante as consultas de puericultura a senhora já foi orientada pelo médico ou enfermeiro sobre o desenvolvimento do seu filho(a) ?

Sim

Não

7. Relate três orientações que se lembra de ter recebido do médico ou do enfermeiro durante as consultas de puericultura na UBS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

8. O que você acha importante para o desenvolvimento do seu filho ?

Amamentar

Conversar com a criança

Receber carinho e afeto

Brincar passear



- ( ) Ter uma rotina
- ( ) Proporcionar estímulos auditivos, visuais e táteis
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4**

### **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional**

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção junto a equipes de Saúde da Família, com foco no desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas voltadas à Atenção a Saúde da Criança na microrregião do Capão Redondo – São Paulo.

Você será convidado a participar de um curso presencial de capacitação sobre o Desenvolvimento Infantil, com duração de 8 horas nos meses de maio e junho de 2015 e seu aproveitamento será verificado após a capacitação, através de suas condutas e procedimentos com as crianças de 0 a 3 anos que realizam puericultura na Unidade Básica de Saúde. Será realizado um grupo focal para colher sua opinião sobre a capacitação, além da gravação, entrevistas e/ou depoimentos em vídeo.

Em todas as etapas desta pesquisa está garantido seu acesso aos profissionais responsáveis. A coordenadora da pesquisa é Caroline Carapiá Ribas Lisboa, e-mail [carolinecr.lisboa@gmail.com](mailto:carolinecr.lisboa@gmail.com).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, Rua Santo Antônio, 590, 5º andar, fone 11 3116-8503, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar, fone 11 3397-2464, e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com).

Você tem toda a liberdade de se recusar a participar do estudo ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem quaisquer prejuízos ao seu processo de trabalho ou ao seu vínculo empregatício.

As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgado a identificação, de nenhum profissional envolvido no estudo, nas publicações que ocorrerão para a disseminação do conhecimento adquirido, em revistas científicas ou em publicações voltadas à população em geral.

Não há quaisquer despesas pessoais em qualquer fase da pesquisa. Também não há qualquer compensação financeira relacionada à sua participação. Não há quaisquer riscos à sua integridade profissional na participação do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas pra mim, descrevendo o estudo “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Profissional

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Assinatura da Testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do Responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015



## **ANEXO 5**

### **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mães

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei voluntariamente em ser entrevistada na pesquisa de campo referente ao projeto de dissertação intitulado ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – EM FOCO A GESTÃO ASSISTENCIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL, desenvolvido pela pesquisadora Caroline Carapiá Ribas Lisboa. A entrevista será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde das Equipes da Estratégia Saúde da Família que minha família está cadastrada e terá duração de aproximadamente 15 minutos.

1. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada do objetivo do estudo que é avaliar os resultados de um curso para equipes de Saúde da Família, sobre o desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas voltadas à Atenção a Saúde da Criança na microrregião do Capão Redondo – São Paulo.

2. Fui também esclarecida de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, onde terei a minha identidade preservada durante todas as etapas da pesquisa e que tais informações serão utilizadas para fins acadêmicos, podendo ser apresentadas em congressos, publicações ou outra forma de divulgação nacional ou internacional.

3. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

4. Fui informada que a presente pesquisa, além de não apresentar risco, busca encontrar conhecimentos que poderão, futuramente, ajudar a encontrar alternativas que facilitem a gestão assistencial do desenvolvimento infantil.

5. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar as pesquisadoras responsáveis: Caroline Carapiá Ribas Lisboa, fone 98299-5040 ou ainda Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, Rua Santo Antônio, 590, 5º andar, fone 11 3116-8503, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar, fone 11 3397-2464, e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com).

6. A pesquisadora do projeto me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

7. Fui ainda informada de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Caso concorde, solicitamos a gentileza de concretizar sua concordância, assinando esse termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura da Mãe

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Assinatura da Testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do Responsável pelo estudo    Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

