

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JULYANA KAROLLYNY BARROS FAUSTINO

**VIGILÂNCIA INFANTIL: CONHECIMENTO MATERNO ACERCA DO
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM
SAÚDE**

**CUITÉ - PB
2017**

JULYANA KAROLLYNY BARROS FAUSTINO

**VIGILÂNCIA INFANTIL: CONHECIMENTO MATERNO ACERCA DO
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus Cuité
como exigência para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a. MsC. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

CUITÉ - PB
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

F228v Faustino, Julyana Karollyny Barros.

Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde. / Julyana Karollyny Barros Faustino. - Cuité: CES, 2017.

87 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Isolda Maria Barros Torquato.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Conhecimento. 3. Mães. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 159.922.7

JULYANA KAROLLYNY BARROS FAUSTINO

**VIGILÂNCIA INFANTIL: CONHECIMENTO MATERNO ACERCA DO
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna **Julyana Karollyny Barros Faustino** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MSc. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof^a. MSc. Adriana Montenegro de Albuquerque - UFCG
Membro Examinador

Prof^o. MSc. Vinicius Lino de Souza Neto - UFRN
Membro Examinador



Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

À minha família, especialmente ao meu filho Luiz, Dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** por ter me dado forças e coragem para superar todas as dificuldades durante esta longa caminhada.

A professora Orientadora **Isolda Maria Barros Torquato** pela paciência, empenho e incentivo dedicados durante a elaboração deste trabalho.

A **Minha família**, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao **meu filho Luiz**, pois o seu nascimento incentivou-me a ir mais além, em busca dos meus objetivos para garantir o nosso futuro.

Aos **Amigos** que estiveram ao meu lado durante esta longa trajetória.

A **Secretaria de Educação do Município de Cuité** por proporcionar a realização deste trabalho nas creches municipais.

A **todos os funcionários das Creches Municipais de Cuité** que contribuíram para a realização deste trabalho.

A **todas as Mães** que aceitaram participar desta pesquisa. Meu muito obrigada.

A **Todos** que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas de mães de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	37
Tabela 2: Apresentação dos fatores de risco do pré e pós-natal de mães de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	40
Tabela 3: Apresentação de fatores de risco psicossociais referente ao grau de parentesco e relação conjugal entre os pais de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	41
Tabela 4: Apresentação de fatores de risco referente as condições do nascimento das crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	43
Gráfico 1: Tempo de permanência das crianças nas creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	44
Tabela 5: Apresentação do tempo de permanência dos pais junto aos filhos e apoio recebido pelas mães por redes de cuidado da criança usuária das creches municipais de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	46
Gráfico 2: Classificação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças usuárias das creches municipais de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	47
Tabela 6: Opinião materna quanto as orientações recebidas a partir de profissionais de enfermagem acerca da estimulação do desenvolvimento da criança. Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.....	49
Tabela 7: Percentuais de acertos entre as mães entrevistadas por categorias do KIDI (N=53).....	51

RESUMO

FAUSTINO, J. K. B. **Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde.** Cuité, 2017. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introdução: O desenvolvimento infantil é um processo resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, onde ocorrem mudanças nas funções do indivíduo, que podem ser notadas em suas habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social. Conhecer como a criança se desenvolve desde o nascimento até a infância, é essencial para que haja a identificação, precoce, de possíveis desvios ou atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor. **Objetivo:** Verificar o conhecimento materno acerca do desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 50 mães e crianças, com idades variando de 0 a 24 meses, usuárias de creches localizadas na zona urbana do município de Cuité. Foram utilizados para a coleta de dados um formulário estruturado, contendo 41 questões sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento infantil, envolvendo variáveis maternas (dados sócio-demográficos, reprodutivos, satisfação conjugal, rede de apoio e orientações para o desenvolvimento infantil) e da criança (condições do nascimento, saúde da criança, atenção a criança e estrutura familiar). O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) com CAAE: 61530916.30000.5182. Os dados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas e analisados a luz da literatura. **Resultados:** a maioria das mães apresenta idade entre 19-29 anos (56,0%), solteira (52,0%) apresenta 15 ou mais anos de estudo (28,0%), e renda familiar menor que um salário mínimo (64,0%). Quanto a caracterização dos fatores de risco materno observou-se uma média de dois filhos (40,0%), intervalo interpartal inferior a 2 anos (54,0%), sendo a maioria dos partos de origem cirúrgica (60,0%). A maioria das mães negaram grau de parentesco com o pai da criança (70,0%) e conflitos conjugais (68,0%) e referiram a gravidez como desejada (66,0%). Quanto as crianças observaram-se que a maioria delas apresentava idade entre os 12 e 24 meses (84,0%), sexo feminino (52,0%), A Termo (70,0%) com peso adequado ao nascimento (68,0%). A maioria das crianças apresentou desenvolvimento normal (36,0%), porém, um percentual significativo apresentou possível (26,0%) e provável (12,0%) do desenvolvimento. Além da presença de fatores de risco (26,0%). Quanto ao conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado, constatou que a maioria delas desconhecimento quanto as normas e marcos do desenvolvimento da criança (58,0%). Os maiores percentuais de acertos estiveram relacionados aos domínios saúde e segurança (36,0%). **Conclusão:** É indispensável que a mãe possua conhecimento acerca das fases de desenvolvimento motor normal da criança a fim de que haja identificação precoce de possíveis atrasos, e o encaminhamento para serviços especializados. Neste sentido, os profissionais de saúde, especificamente, os da enfermagem devem promover ações que ofertem a essas mulheres condições de conhecimento quanto a cuidados, práticas de saúde e estimulação do desenvolvimento infantil.

Palavras chave: Conhecimento. Mães. Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

FAUSTINO, J. K. B. **Child Surveillance: maternal knowledge about development and care practices in neuropsychomotor health.** Cuité, 2017. 80F. Work of conclusion of course (Bachelor's degree in nursing)-academic unit of nursing, education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introduction: Child development is a process resulting from the interaction between the phenomena of growth, maturation and learning, where changes occur in the individual's functions, which can be noticed in their abilities and behaviors in the physical, intellectual, emotional and social dimensions. Knowing how the child develops from birth to infancy is essential for the early identification of possible deviations or delays in neuropsychomotor development. **Objective:** To verify maternal knowledge about child development and health care practices in children. **Methodology:** This is a cross-sectional, exploratory, descriptive, quantitative approach. The sample consisted of 50 mothers and children, ranging in age from 0 to 24 months, who used day care centers located in the urban area of Cuité. A structured form, containing 41 questions on the risk factors for child development, involving maternal variables (sociodemographic, reproductive data, marital satisfaction, support network and guidelines for child development) and the child were used for data collection. Conditions of birth, child health, child care, and family structure). The work was submitted and approved by the Ethics and Research Committee of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) with CAAE: 61530916.30000.5182. The data were presented descriptively in the form of graphs and tables and analyzed in light of the literature. **Results:** the majority of mothers were aged between 19-29 years (56.0%), single (52.0%) had 15 or more years of study (28.0%), and family income lower than one minimum wage (64.0%). Regarding the characterization of maternal risk factors, a mean of two children (40.0%), an interpartal interval of less than 2 years (54.0%) were observed, the majority of deliveries were of surgical origin (60.0%), . The majority of the mothers denied a degree of kinship with the father of the child (70.0%) and marital conflicts (68.0%) and referred to the pregnancy as desired (66.0%). As for the children, the majority of them were aged between 12 and 24 months (84.0%), female (52.0%), A Term (70.0%) with adequate birth weight (68, 0%). The majority of the children presented normal development (36.0%), however, a significant percentage presented a possible (26.0%) and probable (12.0%) development. In addition to the presence of risk factors (26.0%). Regarding maternal knowledge on child development and care practices, found that most of them are unaware of the norms and milestones of child development (58.0%). The highest percentages of hits were related to health and safety domains (36.0%). **Conclusion:** It is essential that the mother has knowledge about the child's normal motor development phases so that there is early identification of possible delays and referral to specialized services. In this sense, health professionals, specifically nursing professionals, should promote actions that offer these women conditions of knowledge regarding care, health practices and stimulation of child development.

Keywords: Knowledge. Mothers. Child development.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Tipo de pesquisa.....	28
3.2 Local e duração da pesquisa.....	28
3.3 Participantes da pesquisa.....	28
3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados.....	29
3.5 Análise dos dados.....	31
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	67
ANEXOS.....	75



1 Introdução

1.1 Justificativa, contextualização do problema, relevância e objetivos.

O desenvolvimento infantil começa na vida intrauterina e abrange o crescer físico, a maturação neurológica e a constituição de habilidades do comportamento. Sendo assim, o desenvolvimento neuropsicomotor está relacionado a capacidades motoras e psicocognitivas, de modo sistemático e sequencial, que avançam nos sentidos cefalocaudal e do proximal para o distal (ZEPPONE; VOLPON; DEL CIAMPO, 2012).

Trata-se de um processo resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, onde ocorrem mudanças nas funções do indivíduo, que podem ser notadas em suas habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social (SILVA et al, 2013).

Segundo Marcondes et. al., (2010), durante o processo de desenvolvimento o bebê perpassa por quatro evoluções diferentes: *evolução motora*, que consiste em rolar, engatinhar, andar, ficar em pé ou sentar-se; *o estágio adaptativo*, quando o bebê adquire certa coordenação viso motora, ou seja, a tentativa de levar um objeto à boca; *o estágio linguagem*, que se dá a qualquer forma de comunicação, seja ela audível, ou visual, por meio de expressões ou gestos; e por fim, a *sociabilidade*, que consiste na reação da criança com o meio externo, com a sociedade assim como o reconhecimento e a observação.

Durante o desenvolvimento infantil, contudo, alguns fatores considerados de risco podem comprometer o seguimento sequencial desse processo, sendo os genéticos, os biológicos e os ambientais os mais citados pela literatura (BRITO et al, 2011).

Dentre os fatores mencionados, os de ordem ambiental são bastante pesquisados na literatura atual, considerando-se a sua importância no processo desenvolvimental da criança (SOUZA; MAGALHAES, 2012). Conforme Delfilipo et al., (2012), o ambiente domiciliar tem sido apontado como o fator extrínseco que mais influencia o desenvolvimento infantil. Além das características da casa, a interação com os pais, a variabilidade de estimulação também são indicadores críticos para a qualidade do ambiente domiciliar.

Cuidados primários de qualidade são de grande importância para a saúde mental da criança em desenvolvimento. O contato íntimo e contínuo com a mãe é de suma importância para um crescimento saudável. É nessa relação primária onde há a condição básica para o desenvolvimento da personalidade e a saúde emocional (CAVALCANTE E CORRÊA, 2012).

É essencial conhecer como a criança se desenvolve desde o nascimento até a infância, à medida vai crescendo, vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e com os estímulos que recebe sendo também importante o contato e a interação com o seu cuidador. Se não for estimulada, o atraso no seu desenvolvimento será perceptível. A criança necessita crescer em um ambiente favorável, que tenha várias atividades de convivência e um espaço que a deixe se locomover de forma espontânea e livre, e que contenha instrumentos que vão estimular o seu desenvolvimento (CRUZ, CAVALCANTE; PEDROSO, 2014).

Neste contexto, a mãe sempre esteve num papel de destaque no que se refere à criação dos filhos e o fortalecimento da família. Porém a situação econômica, o nível de escolaridade, dentre outros fatores influenciam na criação e desenvolvimento da criança, como também as crenças ou falta de conhecimento em relação às fases do desenvolvimento infantil, aspectos este que podem acarretar em atrasos (MAGALHÃES; COSTA; CAVALCANTE, 2011).

Considerando a importância da inserção materna no acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, destaca-se a vigilância do desenvolvimento na atenção à saúde da criança no sentido de ofertar as mães orientações e informações quanto a necessidade de acompanhamentos dos filhos frente a esse processo.

Avalia-se que uma em cada oito crianças apresenta alterações do desenvolvimento que interferem em sua qualidade de vida e inclusão na sociedade. Deste modo, o diagnóstico e intervenções precoces, são decisivos para o prognóstico dessas crianças (RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2010).

A vigilância do desenvolvimento infantil compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas no desenvolvimento. É um processo ininterrupto, onde se obtêm informações dos profissionais de saúde, pais, entre outros e que visa à redução da morbimortalidade infantil (REICHERT et al, 2015).

Segundo as referidas autoras, é necessária a qualificação dos enfermeiros para realização da vigilância do desenvolvimento infantil, pois muitas crianças que vão as unidades de saúde para consultas, estão em risco de atraso no desenvolvimento e precisam de acompanhamento contínuo.

É de grande relevância o papel do enfermeiro na vigilância da saúde da criança, especialmente na atenção primária à saúde, no sentido de visualizar o melhor tipo de

acompanhamento do desenvolvimento, visto ser essa uma ação essencial para se obter melhor qualidade de vida para a população infantil (REICHERT et al, 2012).

Como instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, a AIDPI colocou à disposição das famílias um conjunto de intervenções que permitem aos profissionais de saúde promover a prevenção, a detecção precoce das alterações e o tratamento dos agravos à saúde na infância, além de aplicar medidas de promoção da saúde integral proporcionando conhecimento e prática para os pais, no cuidado de seus filhos (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

É importante que o enfermeiro escute as mães e ofereça orientações sobre o desenvolvimento de seus filhos. Durante as consultas a conversa deve ocorrer com um bom diálogo, dessa forma, as mães podem tirar dúvidas e conversar sobre a realidade diária que vivenciam (VASCONCELOS et al, 2012). Assim, os profissionais da saúde darão de modo mais direcionado, às orientações importantes ao cuidado às crianças, intervindo quando preciso. Torna-se fundamental analisar o conhecimento dos pais frente ao desenvolvimento infantil, para que orientações adequadas possam ser ofertadas, conforme as necessidades apresentadas (PEREIRA et al, 2012).

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser feito na atenção primária à saúde, e necessita ter o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde. O enfermeiro deve ter o conhecimento necessário para avaliação da criança, podendo assim tomar decisões e orientar a família (GAUTERIO; IRALA; CEZAR-VAZ, 2012).

O nível de conhecimento das mães sobre o desenvolvimento infantil e práticas de cuidado em saúde sempre poderá ser ampliado se elas obtiverem mais informações. Desta forma, terão mais possibilidades de cuidar e estimular seus filhos de maneira correta e eficaz.

O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é de fundamental importância no que se diz respeito à evolução da criança em cada fase. Neste sentido, é necessário que as mães também sejam esclarecidas sobre a relevância da sua participação no desenvolvimento dos seus filhos.

Deste modo, considerando os aspectos acima citados e a relevância da temática para aquisição evidências buscou-se responder aos seguintes questionamentos: Qual o conhecimento materno sobre o desenvolvimento neuropsicomotor infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança?

Na perspectiva em obter dados confiáveis sobre os desvios do desenvolvimento infantil nas crianças do Curimataú Ocidental Paraibano o presente estudo teve por objetivos:

- **Objetivo Geral:**

- Verificar o conhecimento materno acerca do desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança.

- **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar o perfil das mães quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e reprodutivos;

- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento infantil;

- Avaliar o desenvolvimento Infantil das crianças de 0 (zero) a 24 (vinte e quatro) do município de Cuité – PB no contexto da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI);

- Classificar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança de 0 (zero) a 24 meses conforme o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI);

Desta forma, buscar-se-á com este estudo colaborar para a obtenção de respostas a partir da problemática apresentada, contribuindo para a aquisição de subsídios acerca do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil e práticas de cuidado em saúde na criança. Atrelado a isso, almeja-se também subsidiar futuras pesquisas, na região, que abordem a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil como foco centralizador.



2 Revisão da literatura

2.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR INFANTIL

2.1.1 Aspectos conceituais e características definidoras do desenvolvimento

O Desenvolvimento Infantil é parte essencial do desenvolvimento humano, estando em destaque os primeiros anos de vida, onde é adaptada a arquitetura cerebral, a partir da interação entre herança genética e influências do meio em que a criança vive (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015).

É percebido como o aumento da capacidade de um indivíduo alcançar funções cada vez mais complexas. É especialmente no momento do nascimento até cerca dos dois anos de idade que grande parte do desenvolvimento neuropsicomotor ocorre, atribuindo à criança capacidade cognitiva e motora e tornando-a, portanto, mais suscetível a agravos. Dessa forma, os primeiros anos de vida são considerados críticos para a obtenção de novas aptidões pelo indivíduo e, portanto, acompanhar o desenvolvimento da criança nesse período é de fundamental importância (OLIVEIRA et al, 2012).

Conforme Oliveira et al., (2013) trata-se de uma sequência de mudanças neurológicas, cognitivas, comportamentais e estruturais que ocorrem de forma ordenada, além das mudanças nas funções do corpo, abrangendo o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva. Porém nos primeiros anos de vida, é que as células neuronais formaram conexões sinapses rapidamente, por meio dos sinais enviados pelos axônios e recebidos pelos dendritos. Quando a criança nasce, ela tem cerca de 100 bilhões de células cerebrais, entretanto, estas células não estão conectadas.

O desenvolvimento motor caracteriza-se pela modificação nas habilidades motoras ao longo da vida, resultando na interação dos processos biológicos, genéticos e ambientais. O primeiro ano de vida é caracterizado por mudanças nas conquistas motoras adquiridas nesta fase, onde o lactente avança no desenvolvimento motor, e seus movimentos vão se adequando de acordo com suas necessidades, tornando-se mais hábeis (MAIA et al, 2011). Conforme Neto et al., (2010), trata-se de um processo sequencial, relacionado à idade cronológica, sendo essencial às mudanças emocionais, intelectuais e sociais. É na infância que ocorre um vasto aumento das habilidades motoras, que possibilita à criança um maior domínio do seu corpo em diferentes atividades, como rastejar, correr, saltar, chutar uma bola, entre outras.

Grandes habilidades motoras são adquiridas na infância, fazendo com que haja um maior controle corporal em diferentes movimentos feitos nas tarefas do dia a dia. Nos primeiros anos de vida as experiências provocam reorganização, o aparecimento de novas conexões sinápticas e a formação de grandes redes neuronais que contribuem para o processo de desenvolvimento (BONOMO; ROSSETTI, 2010).

Os primeiros anos de vida são extremamente importantes para o alcance e aperfeiçoamento das primeiras formas de movimento. O desenvolvimento motor é estabelecido a partir das atividades que a criança realiza, por isso, é indispensável, nesse período, fornece instruções, encorajamento e, especialmente, oportunidades para a prática de atividades motoras oferecidas pelo ambiente (SOARES et al., 2013).

Durante os dois primeiros anos de vida ocorrem os grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança, bem como, o alcance do controle da linguagem, sendo essenciais para o seu desenvolvimento integral. Este desenvolvimento está relacionado às condições nutricionais, ambientais, à estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar, ao padrão cultural e ao nível educacional e socioeconômico da família. Quando algum desses aspectos influencia negativamente no desenvolvimento das crianças, há o risco de atrasos e distúrbios no desenvolvimento infantil, podendo afetar a saúde geral da criança causando diversos danos futuros (OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2012).

Para Freiras et al., (2010), é por meio dos alcances do desenvolvimento motor grosso e fino que a criança adquire habilidades exigidas para o desempenho motor ao longo dos anos, por exemplo, o andar e o correr, a visão do próprio corpo e do espaço, o brincar, a desenvoltura e coordenação motora necessária para o desenvolvimento da escrita e outras atividades de seu cotidiano.

A maturação refere-se a alterações que permitem a progressão até níveis mais elevados de funcionamento. É caracterizada por um ritmo que pode variar, no entanto o surgimento das características, em geral não varia. Por exemplo, a idade aproximada em que um bebê começa a sentar, ficar de pé e a caminhar é muito influenciado pela maturação. A sequência do surgimento dessas habilidades de movimento geralmente é fixa e resistente a mudanças, podendo apenas o ritmo se alterar em função de influências ambientais (GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

Salienta-se que o padrão do desenvolvimento se dá de forma cefalocaudal e está relacionado ao desenvolvimento físico e maturação das funções neuromusculares. Ocorre na extremidade cefálica, que é grande e complexa, enquanto a extremidade caudal é pequena e simples e posteriormente irá tomando forma. Os bebês adquirem controle do tronco e das extremidades, mantem as costas eretas antes de conseguir permanecer em pé, usam seus olhos antes das mãos e controlam as mãos antes de controlar os pés (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Segundo os referidos autores, no desenvolvimento próximo-distal o bebê tem o controle dos ombros antes do domínio das mãos e o sistema nervoso central se desenvolve mais rapidamente do que o sistema nervoso periférico. Também ocorre o processo de diferenciação ocorre o desenvolvimento de operações mais simples a atividades e funções mais complexas. Todas as áreas de desenvolvimento (físico, mental, social e emocional) ocorrem nesta direção.

A partir do nascimento as estruturas neurológicas já estão razoavelmente bem formadas, principalmente o cérebro e as funções sensoriais. A atividade motora do recém-nascido é ativa, porém desordenada, movimentando de modo assimétrico tanto os membros superiores como os inferiores. Alguns reflexos são próprios desta idade ocorrendo em praticamente todos os bebês, sendo inibida nos meses seguintes devido ao amadurecimento do cerebelo e do córtex frontal, iniciando-se assim o aparecimento de movimentos voluntários e melhor organizados, como a locomoção, manipulação de objetos e controle postural (RÉ, 2011).

As etapas do desenvolvimento são dinâmicas e as conquistas ocorrem em sequência, de modo que cada marco atingido é preparatório para os que serão futuramente alcançados. No período neonatal a criança apresenta postura em flexão, em prono eleva a cabeça momentaneamente, faz contato visual/fixação visual de forma mais evidente no final do período e reage a sons (AZEVEDO, 2013).

Crianças de 1 a 3 meses aprendem a levantar a cabeça e após mantê-la ereta, apreensão, guarda dentro da mão o objeto que ali se colocar e adapta os reflexos primários. De 3 a 6 meses mantem a cabeça erguida apoiada do antebraço para alargar o campo de visão, começa a pegar voluntariamente um objeto ou estende a mão para pegar um objeto oferecido, pode sentar uns instantes com apoio, segura pequenos objetos com a palma da mão e dedos e leva

objetos a boca. De 6 a 9 meses vira-se de costas sobre o ventre, mantém-se sentado sozinho por momentos, engatinha e começa a ficar de pé com apoio. (COLLET; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010).

Ainda as autoras referem que, crianças de 9 a 12 meses ficam de pé sozinhas e caminham apoiando-se em algo ou alguém, segura objetos entre o polegar e indicador e sabe largar um objeto sob pedido. De 12 a 18 meses ajoelham-se sozinhas e sobem escadas usando as mãos, caminham sozinhas e exploram a casa e seus arredores. De 18 a 24 meses aprende a comer sozinho, começa a ter controle de esfíncteres durante o dia (fezes e depois urina), sobe e desce uma escada agarrando-se a um corrimão e iniciam o dançar ao som de música.

O final do primeiro ano e a primeira metade do segundo ano de vida do lactente é caracterizado pela habilidade de locomoção, tendo como principais marcos o engatinhar e a marcha, episódio que o faz mais independente e capaz de explorar mais livremente o ambiente. Durante a primeira infância, os vínculos, cuidados e estímulos indispensáveis ao desenvolvimento são fornecidos pela família. A casa, representada pela família, é um dos principais agentes para a aprendizagem e desenvolvimento da criança, sendo o ambiente domiciliar considerado o principal fator para o desenvolvimento motor, cognitivo, social e de linguagem (SINDER; FERREIRA, 2010).

No segundo ano de vida haverá, segundo Fonseca (2011), o aumento da mobilidade e habilidades de manipulação, assim, a criança aprende a caminhar, alcançar e manusear objetos. Pode separar-se da mãe, porém, ainda sente necessidade da segurança proporcionada pela presença materna. A consciência da possibilidade de separação faz com que haja retrocesso em algumas fases superadas, como a hora de dormir, se antes dormia bem passará a acordar durante a noite. Durante esta fase pode ocorrer também à diminuição do apetite devido à diminuição fisiológica da velocidade do crescimento. E ainda ocorre a fase de transição do controle esfínteriano, o lactente pode reclamar quando estiver sujo ou molhado.

Existem algumas fases do desenvolvimento motor da criança, por exemplo, a motora reflexiva onde são observados os primeiros movimentos do bebê. Os reflexos são movimentos involuntários que constituem apoio para as fases seguintes do desenvolvimento motor. Há também as primeiras formas de movimentos voluntários os movimentos rudimentares, observados no bebê, desde o nascimento até quase dois anos (ZANELLA; REZE, 2015).

Segundo as referidas autoras existem as habilidades motoras fundamentais da primeira infância, esta fase representa um período em que as crianças estão envolvidas na experimentação e exploração das habilidades motoras de seus corpos. Há também, a fase dos movimentos especializados, onde o movimento torna-se um instrumento que se encaixa a muitas atividades motoras complicadas presentes na vida diária dessas crianças.

Os principais reflexos observados nos recém nascidos são: De sucção, moro, preensão tônica palmar e plantar, sustentação do membro inferior dentre outros. No primeiro trimestre o bebê em prono eleva a cabeça, há controle cefálico, descarga de peso dos membros superiores no antebraço, e estabilidade da cintura escapular. Em supino ao final do trimestre a cabeça e os membros superiores estão na linha média e há chutes alternados. Ainda nesse trimestre diminui os reflexos de sucção de moro e de preensão tônica palmar (FORTI; CASTILHO, 2011).

Ainda sobre as referidas autoras, no segundo trimestre a criança experimenta sensações de transferência de peso latero lateral e de rotação de tronco. No terceiro trimestre a criança engatinha de forma primitiva e possui bom equilíbrio sentado. No quarto trimestre a criança finalmente realiza a marcha independente.

Um desenvolvimento infantil apropriado, principalmente nos primeiros anos de vida, vai ser favorável à formação de um indivíduo com potencial de desenvolvimento avançado tornando-o capaz de encarar os problemas que a vida o apresenta. No desenvolvimento da criança existe uma interação entre os processos biológicos e as experiências do meio em que ela vive e diversos fatores de risco relacionados a estes pontos podem alterar o seu ritmo normal, como os fatores emocionais que nos primeiros dias de vida são essenciais se não estiverem presentes poderão deixar marcas definitivas no desenvolvimento da criança (LUCENA et al, 2013).

2.1.2 Fatores de risco para o desenvolvimento infantil

Há diversos fatores que podem influenciar o desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança, atuando como risco para atraso. Assim como fatores biológicos relacionados a baixo peso ao nascer, prematuridade, desnutrição, anemias, uso de drogas na gravidez dentre outros, como fatores de atraso no desenvolvimento integral, sendo

considerada a principal causa dos atrasos mentais, especialmente, em crianças seriamente comprometidas (LIMA; LIMA, 2012).

As referidas autoras ainda relatam que, crianças que apresentam atraso no desenvolvimento leve ou moderado, os fatores ambientais exercem maior impacto, seja na condição do ambiente domiciliar, renda familiar, estimulação psicossocial ou nível de escolaridade dos pais, os quais influenciam o desenvolvimento infantil.

Um ambiente familiar estimulado garante o desenvolvimento cognitivo, sensório, motor e afetivo social, além de permitir interação com o meio ambiente, cultural, social e físico. A criança de zero a três anos em ambiente inadequado, com falta de estimulação irá ter atrasos em seu desenvolvimento normal. Ter família bem estruturada é um fator de proteção para o desenvolvimento da criança. O ambiente familiar é de grande importância, pois é nele que a criança estabelece relações, garantindo sua formação e qualidade de vida (DE PAULA et al, 2013).

Os bebês com risco para o atraso no desenvolvimento não recebem estímulo suficiente do ambiente em que vivem, sendo que esses estímulos são essenciais para o processo de desenvolvimento normal. Deste modo, bebês com risco de atraso tem maior dificuldade para aprender novas aquisições motoras, causando influências negativas no desenvolvimento motor, social e cognitivo (SCHLITTLER et al, 2011).

Alguns fatores de risco interferem no desenvolvimento normal da criança, dentre eles estão, todas as formas de violência doméstica, estando em destaque a negligencia podendo causar comprometimentos nas áreas da cognição, linguagem e sócio emocional da criança. A baixa escolaridade dos pais, as famílias com várias pessoas e uso de drogas também interferem no desenvolvimento psicológico das crianças (DELVAN; BECKER; BRAUN, 2010).

Ainda referem às autoras que é importante considerar também, os fatores associados à gravidez como a gravidez na adolescência, gravidez não planejada ou não desejada, falta de acompanhamento pré-natal. A baixa renda também é um fator de risco e barreira ao desenvolvimento. Nem sempre esses fatores de risco são isolados geralmente fazem parte de um ambiente complicado, e quando conectados, constituem-se um mecanismo que influencia o sujeito.

O risco para o desenvolvimento infantil abrange vários fatores que podem influenciar negativamente no desenvolvimento da criança. Eles são resultantes das interações biológicas, bem como, as doenças, e o meio ambiente. Fatores desfavoráveis nestas áreas podem modificar o ritmo apropriado do desenvolvimento da criança. Um fator que influencia no desenvolvimento é a escolaridade materna que ocasiona vulnerabilidade nas crianças, uma vez que o período de estudo está relacionado às habilidades que a mãe emprega para estimular seus filhos (NAZARETH; SANTOS; GONÇALVES et al, 2013).

Segundo as referidas autoras, a renda baixa e a gravidez na adolescência significam um risco social para o desenvolvimento da criança, pois mães adolescentes interagem menos com seus filhos quando comparadas as mães adultas. Além disso, as mães que não fazem pré-natal e não amamentam nos primeiros seis meses de vida constituem fator de atraso ao desenvolvimento.

Na primeira infância os principais vínculos, cuidados e estímulos necessários ao desenvolvimento, são fornecidos pela família. Quanto maior o nível de escolaridade da mãe, melhor é a organização do ambiente físico, maior é a estimulação diária, e o envolvimento emocional e verbal com a criança. Há também fatores de risco ao desenvolvimento como o baixo nível socioeconômico, desta forma, crianças são frequentemente expostas a múltiplos fatores adversos, constituindo um importante grupo de risco para atrasos (RODOVALHO; BRAGA; FORMIGA, 2012).

O maior o nível de escolaridade das mães é um fator que está diretamente relacionado à estimulação dos seus bebês, pois haverá maior conhecimento do desenvolvimento de seus filhos e interação verbal fazendo com que haja desenvolvimento da linguagem. Fatores socioeconômicos e práticas educativas parentais influenciam na escolha de estratégias educativas pelos pais, podendo comprometer o desenvolvimento adequado da criança (ESCARCE et al, 2012).

As conquistas sobre desenvolvimento infantil significam muito para a mãe, proporcionando vários sentimentos em cada fase. A criança demonstra novas habilidades de exploração, movimento e fala. Nesse momento, a mãe da oportunidade para descobertas e isto é fundamental. A comunicação entre mãe e criança é favorecida pelas aquisições de linguagem e em relação às fases sócio emocionais e motoras, as emoções, julgamentos

próprios e movimentos livres são observados. Sendo assim, as crianças precisam que a mãe tenha maior tempo disponível (LOPES et al, 2012).

Em uma relação típica, mãe e bebê desenvolvem uma comunicação linguística. A falta de interação com a mãe desregula a criança e dificulta o alcance de seus objetivos de interagir socialmente e explorar objetos, podendo levar em seguida à raiva, além de desamparo e desconfiança. Essas rupturas interacionais podem gerar riscos ao desenvolvimento infantil, bem como, presença de afeto negativo e incompetência da mãe no papel materno e até alterações da atividade cerebral do bebê (CRESTANI et al, 2012).

A capacidade materna em compreender, interpretar e responder às necessidades de comunicação da criança é importante na construção da relação entre eles, o vínculo afetivo com o bebê pode ser desenvolvido ainda na gravidez e vai aumentando após o nascimento, as primeiras fases posteriormente o parto são importantes no processo de desenvolvimento. A resposta da mãe às atividades comunicativas e exploratórias das crianças ajuda o processo de alcance da fala e do vocabulário de seu filho. Por isto a mãe é colaboradora no desenvolvimento linguístico da criança, visto que a fala materna promove o desenvolvimento da fala infantil (SERVILHA; BUSSAB, 2015).

A criança pequena é dependente isto faz com que ela seja o foco de atenção da mãe que exerce a função de suprir suas necessidades, através da sua presença constante; do agir nas intercorrências de saúde; da alimentação; dos cuidados de higiene e conforto; do estímulo oferecido por meio de diálogos, contato e brincadeiras. A mãe é o principal vínculo para a criança se desenvolver de forma saudável. É assim que a família determina a função materna e é assim que a mãe se define no papel e funções do cuidado, bem como no desenvolvimento de seu filho (SILVEIRA et al, 2016).

Para haver condições necessárias ao desenvolvimento do bebê, deve existir um relacionamento apropriado entre a mãe e a criança, comportamento materno adequado, assim como uma relação afetiva firme que proporcione este desenvolvimento de forma eficaz. No recém-nascido a necessidade de cuidados é indispensável para a sobrevivência. Assim, o conhecimento, por parte da mãe, dos comportamentos do bebê como (expressão facial, toque, vocalização, necessidade de colo e choro, dentre outros), é fundamental para o desenvolvimento da criança e para formação do vínculo afetivo (RODRIGUES; ALTAFIM; SCHIAVO, 2011).

No primeiro ano de vida, a criança demonstra mudanças que envolvem, desde o crescimento físico até o emocional, sendo destacado o processo de aprendizagem da linguagem. Essas mudanças causam impacto nos sentimentos maternos em relação ao filho constituindo um desafio para a mãe, que precisa adquirir conhecimento e adaptar-se às exigências (FROTA et al, 2011).

A interação mãe-bebê é compreendida como base para o desenvolvimento infantil como um todo e deve ser considerada como um processo no qual a mãe e bebê participam ativamente. O vínculo entre eles deve incluir sentimentos de confiança, sensação de segurança e bem-estar, sendo de grande importância para o desenvolvimento infantil. Nessa relação à criança precisa sentir-se amada para que seu desenvolvimento possa ocorrer de forma correta, preservando-se os riscos que podem gerar consequentes atrasos no desenvolvimento e dificuldade na relação mãe-filho (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

O desenvolvimento da relação mãe-bebê é de fundamental importância para o desenvolvimento da criança, esta aproximação ocorre em diversas situações diárias como nas brincadeiras, amamentação, banho, fazer dormir, dentre outros. Intervenções e orientações devem ser realizadas com os pais no início da infância podendo prevenir futuros problemas no desenvolvimento infantil. O profissional da saúde deve estimulá-los a utilizarem práticas parentais adequadas e se mostrem envolvidos com o crescimento do filho, apoiando suas novas necessidades (ALTAFIM; RODRIGUES, 2013).

A criança nos primeiros anos de vida apresenta maior plasticidade neuronal, sendo essencial para o seu desenvolvimento, assim é de fundamental importância incentivar os estímulos cognitivos, sensoriais e motores, além do acompanhamento do desenvolvimento, por profissionais de saúde nesta fase. Observa-se que algumas crianças, embora saudáveis, nutridas e sem manifestações clínicas de atraso no desenvolvimento, por não terem recebido estimulação adequada, deixam de se desenvolver completamente (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012).

2.1.3 A importância da vigilância do desenvolvimento infantil: um enfoque ao contexto da Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

O diagnóstico do desenvolvimento motor proporciona aos profissionais identificarem os atrasos, o que permite a tomada de decisão sobre que habilidades motoras devem ser destacadas, bem como, as metas de desempenho da criança. Assim, além de detectar precocemente possíveis alterações no desenvolvimento motor, necessita-se alertar os responsáveis a verificar se o ambiente em que vivem é ideal, para o bom desenvolvimento (PADILHA; SEIDEL; COPETTI, 2014).

Ao ser avaliado o desenvolvimento infantil será necessário observar que não apenas habilidades de um sistema (linguagem, perceptivo, motor, etc.) influenciará no desenvolvimento, mais considerar que esses sistemas vão evoluir e sofrer influências ambientais. O acompanhamento da criança deve ser realizado por toda equipe de saúde, procurando sempre manter vínculo entre equipe, criança e família. O enfermeiro deve participar desse acompanhamento e realizar ações para que o cuidado seja executado de forma completa (MOREIRA; GAÍVA, 2013).

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado na atenção primária, e necessita ter o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde. O enfermeiro deve ter conhecimento a respeito da infância e as fases do desenvolvimento infantil. Estas ações são importantes para que a criança possa receber atenção à saúde apropriada, acompanhamento específico as suas necessidades e estímulo ao cuidado buscando o seu desenvolvimento saudável. Deste modo, a enfermagem deve criar estratégias de promoção e prevenção e uma assistência à saúde qualificada e humanizada favorecendo o desenvolvimento de forma eficaz (FALBO et al, 2012).

Compete ao enfermeiro ter capacidade e conhecimento necessário para avaliação, tomada de decisões e orientação da família sobre os aspectos que envolvem o desenvolvimento da criança. Para oferecer um cuidado integral e humanizado, o enfermeiro precisa entender a criança em sua totalidade, nos contextos socioeconômico, cultural e familiar no qual ela está inserida (GAUTERIO; IRALA; CEZAR-VAZ, 2012).

O enfermeiro deve realizar a da vigilância do desenvolvimento, pois a avaliação de crianças menores de dois anos levará à identificação precoce de problemas no desenvolvimento, fazendo com que haja uma intervenção adequada, e as crianças com diagnóstico de atraso terão maior possibilidade de se desenvolver da mesma forma que as crianças com desenvolvimento normal (REICHERT et al, 2012).

Deve ser realizada uma contínua vigilância para acompanhar o desenvolvimento infantil, pois é nos primeiros anos de vida que a criança melhor responde aos estímulos que recebe. A Vigilância do desenvolvimento se refere a toda e qualquer atividade relacionada à maturação e a detecção de problemas no desenvolvimento infantil. Deve ser realizada por todos aqueles que tenham contato com a criança, é um processo que envolve informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros, justamente pelo amadurecimento ser um processo contínuo e flexível (SILVA et al, 2011).

A vigilância do desenvolvimento infantil caracteriza-se como uma estratégia capaz de atender completamente às necessidades da criança, pois permite avaliar os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária e os fatores de risco para atraso. Desta forma, cabe à enfermeira analisar as informações fornecidas pelos pais a respeito do comportamento da criança, dar informações relevantes, orientá-los quanto à importância da estimulação adequada, visto que, quanto mais precoce a identificação de déficit no desenvolvimento, maior a probabilidade de reversão do quadro (PEREIRA et al, 2015).

A realização da vigilância do desenvolvimento infantil é de responsabilidade dos profissionais da atenção primária, estas ações fazem parte da sua prática, voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Por tanto, estes profissionais devem ser capazes de identificar possíveis irregularidades no desenvolvimento, encaminhando as crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento para avaliação neuropsicomotora. Estes profissionais devem aproveitar o contato com as crianças, através das consultas de rotina para acompanhá-las através da realização da vigilância do desenvolvimento (MAIA, 2013).

A AIDPI abrange a vigilância do desenvolvimento infantil relacionado à importância da identificação de fatores de risco para o atraso no desenvolvimento, estabelecimento de marcos para a avaliação do desenvolvimento da criança dividindo em faixa etária e medidas a serem adotadas, como as que orientam as mães para promoção do desenvolvimento saudável no ambiente em que vivem. A proposta da AIDPI se apresenta como uma forma de avaliação para classificar e tratar as doenças prevalentes nas crianças menores de cinco anos (CUNHA, 2012).

A partir da compreensão de que as crianças de 0 a 5 anos de idade compõem o grupo mais vulnerável da comunidade, o Ministério da Saúde sugere que a AIDPI seja adotada como uma estratégia de reorganização das ações de saúde da criança no campo da atenção básica.

Visto que cabe ao enfermeiro acolher estas crianças, é indispensável que exista reflexões acerca do desenvolvimento desta estratégia por enfermeiros (BRANDÃO, 2012).

Segundo a referida autora, a AIDPI tem como objetivo diminuir a mortalidade infantil por medidas simples, eficazes e de baixo custo. Ressalta-se ainda que a estratégia introduz normas referentes à promoção a saúde, prevenção de agravos e tratamento das doenças mais existentes entre o público infantil e prevê seu desenvolvimento através da desempenho dos profissionais devidamente qualificados.

A AIDPI objetiva a identificação de riscos que permitem a avaliação e a classificação apropriada do quadro clínico da criança, permitindo uma triagem mais rápida quanto ao problema identificado e o encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio (LIMA; BARBALHO, 2015).

A estratégia AIDPI avalia o conjunto de doenças de maior prevalência na infância e tem por finalidade promover rápida e expressiva diminuição da mortalidade infantil pela capacitação de profissionais da área da saúde cabendo ao profissional acolher a criança e sua família, entender a gravidade do problema que o preocupa e propor estratégias fáceis e eficazes. Com isso, considera-se importante o vínculo com as famílias, de modo que compreendam as recomendações sobre o tratamento e cuidados a serem prestados no ambiente em que vivem, assim como entender os sinais de gravidade retornando imediatamente com criança ao serviço de saúde (PARANHOS et al., 2011).

Sendo assim admite uma ligação comum entre os profissionais da área de saúde e permite uma resposta mais efetiva aos pais e/ou cuidadores. A AIDPI é proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e tem-se mostrado uma estratégia que facilita o acesso as intervenções que permitem prevenir e tratar de forma eficaz os principais problemas de saúde das crianças. Foca na queixa motivadora do atendimento, usando questionário padronizado, dados antropométricos e marcos do desenvolvimento possibilitando ações preventivas, avaliação ambiental e promoção de saúde da criança (ALVIM et al., 2012).



3 Metodologia

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.

3.2 Local e duração da pesquisa

O estudo foi desenvolvido, de janeiro de 2017 a fevereiro de 2017, nas três creches públicas do município de Cuité – PB, localizada na zona urbana da região do Curimataú Ocidental Paraibano. A escolha do referido cenário é justificável devido as instituições assistirem em tempo integral crianças com faixas etárias variadas, incluindo àquelas entre 0 (zero) e 24 (vinte e quatro) meses e em condições socioeconômicas precárias, sendo esta considerada uma importante variável de risco para o crescimento e desenvolvimento integral da população infantil.

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa a população de mães e crianças com faixa etária dos 0 (zero) aos 24 (vinte e quatro) meses de vida. A justificativa para a escolha desta faixa de idade baseia-se na recomendação do Ministério da Saúde (2002), o qual preconiza que a criança seja avaliada quanto ao crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, indispensavelmente, até os dois anos de idade. O número de crianças pesquisadas em cada creche encontra-se discriminada no quadro abaixo:

CRECHE	NÚMERO DE CRIANÇAS COM IDADE DE 0 A 24 MESES
Maria Marinete Fialho Furtado	11 crianças
Diomedes Lucas de Carvalho	19 crianças
Maria Cleonice Ramos	20 crianças

Fonte: Secretarias Municipais de Educação do município de Cuité (2016).

De modo a garantir a uniformidade do público envolvido, foram estabelecidos critérios os quais seguem: **Inclusão:** Crianças com faixa etária de 0 (zero) a 24 meses de vida; Crianças que estivessem matriculadas e frequentando as creches públicas da cidade; e **Exclusão:** Crianças com disfunções neurológicas, motoras e posturais; Mães e crianças com distúrbios mentais; e -Mães que recusaram a sua participação e/ou a do filho da pesquisa.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de informações ocorreu através do uso de um formulário estruturado (**APÊNDICE A**), contendo 41 questões sobre os fatores de riscos relacionados ao desenvolvimento infantil referente aos **dados maternos: sociodemográficos** (Escolaridade materna, trabalho remunerado, renda familiar, moradia com saneamento básico, tipo de moradia, número de cômodo no domicílio e meio de transporte), **reprodutivos** (idade materna, intervalo interpartal, realização do pré-natal, primeira consulta do pré-natal, problemas na gestação, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas durante a gestação), **saúde materna** (problemas de saúde e utilização de medicamentos), **satisfação conjugal** (satisfação com o relacionamento conjugal, rejeição da gravidez e presença de brigas conjugais), assim como informações sobre **rede de apoio** (recebe apoio do pai da criança no cuidado, recebe apoio de familiares no cuidado a criança e recebe assistência de outras redes de apoio para o cuidado à criança) e assistência profissional sobre **orientações do desenvolvimento infantil** (recebe orientações do profissional de enfermagem sobre a estimulação do desenvolvimento do seu filho(a), estratégias utilizadas pelo profissional de enfermagem para as orientações e as informações ofertadas pelos profissionais foram suficientes para suprir sua compreensão sobre a estimulação da criança); e **da criança sobre condições do nascimento** (idade, sexo, peso ao nascer, idade gestacional, APGAR, altura e peso atual, índice de massa corporal e morbidade neonatal), **saúde da criança** (hospitalização, vacinas, consulta de puericultura no primeiro ano de vida, estado nutricional, amamentação), **atenção a criança** (frequenta ou frequentou creche, tempo disponível da mãe para a criança e tempo disponível do pai para a criança), **estrutura familiar** (pais residem juntos e número de irmãos).

Para a obtenção de informações referentes ao desenvolvimento neuropsicomotor foram utilizadas as fichas de acompanhamento preconizadas pelo **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI** (OPAS, 2005). Estes instrumentos apresentam uma série de marcos do desenvolvimento que devem ser cumpridos pela criança a fim de determinar se a mesma está evoluindo de acordo com o esperado para a sua faixa de idade cronológica ou se apresenta algum desvio.

Para as crianças na faixa etária de menores de 2 meses foi utilizada a **ficha de Vigilância do Desenvolvimento da Criança menor de 2 meses (ANEXO C)** que buscou avaliar a presença de reflexos e comportamentos esperados neste período. Para a avaliação das crianças de 2 a 24 meses de vida utilizou-se a **ficha de Vigilância do Desenvolvimento da Criança de 2 meses a 2 anos de idade (ANEXO D)**. As crianças foram avaliadas em 32 marcos do desenvolvimento infantil, divididos por oito faixas etárias compreendendo períodos de 2 a 24 meses de vida. A ausência no cumprimento de um só marco foi considerada desvio significativo para tomada de decisão, de acordo com a faixa etária da criança.

Finalizada a avaliação foi realizada a classificação do desenvolvimento da criança (**Provável atraso do desenvolvimento, Desenvolvimento normal com fatores de risco e Desenvolvimento normal**), conforme a **ficha de classificação do desenvolvimento para crianças menores de 2 meses (ANEXO E)** e **para crianças de 2 a 24 meses (ANEXO F)** contidas no referido manual.

Para a análise do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil foi utilizada a versão em português do **Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI, Knowledge of Infant Development Inventory)** (ANEXO G). Este instrumento é composto por 75 perguntas de múltipla escolha, sendo que na primeira etapa a mãe responde da seguinte forma: concordo, discordo ou não estou certa; na segunda etapa as respostas de escolha são: concordo, mais jovem, mais velho, e não estou certo; e na terceira etapa são: a b c d e não sei informar. O instrumento se divide em quatro categorias, assim definidas por Macphee (1981): cuidados parentais (14 itens), normas e marcos do desenvolvimento (32 itens), princípios (17 itens) e saúde (12 itens). Na categoria Cuidados Parentais estão relacionadas questões sobre crenças, estratégias e comportamentos dos pais, habilidade da criança através de ensino ou modelagem e a responsabilidade de se tornarem pais. A categoria

Normas e Marcos do Desenvolvimento descrevem o conhecimento das mães sobre períodos mais prováveis para a aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas da criança. Com relação à categoria Princípios, estão incluídas informações sobre o processo de desenvolvimento (evidências) e descrição de habilidades. E, por fim, a categoria Saúde aborda questões sobre a nutrição apropriada à criança e cuidados com a saúde, prevenção de acidentes e a identificação de alimentos adequados para determinadas faixas etárias e tratamentos para eventuais doenças.

As entrevistas foram realizadas nos turnos matutino (07:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h), conforme os dias e horários estabelecidos pelas coordenadoras das creches envolvidas.

3.5 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise quantitativa foi utilizado o programa Excel 2007 cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas, sendo discutidos a luz da literatura pertinente.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi formalizada após envio de requerimento da pesquisadora principal à Secretaria Municipal de Educação do município de Cuité solicitando a autorização da instituição (**APÊNDICE B**) e mediante emissão do Termo de autorização (**ANEXO H**). Posteriormente, partir da submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 61529916.1.0000.5182) sugerido e designado pela Plataforma Brasil, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos a pesquisa foi iniciada (**ANEXO I A e B**).

O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com as mães, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE C**). Este foi assinado por cada entrevistada e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção em aceitar

ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive a participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que, ao participante foi entregue uma cópia do TCLE devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, cumprimos fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE D**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE E**), além de um termo de divulgação dos resultados da pesquisa (**APÊNDICE F**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).



4 Resultados e discussão

A **tabela 1** explicita as características demográficas e socioeconômicas de mães de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité – PB, cuja amostra foi de 50 mulheres. Conforme os dados apresentados à maioria das participantes (84,0%) apresentaram *idade* entre 19 e 40 anos de idade, sendo o predomínio entre os as faixas de 19 e 29 anos (56,0%) corroborando os estudos de Andrade et al., (2013) e Silva et al., (2015). Conforme os autores, a idade materna é um importante variável que influencia no desenvolvimento infantil, visto que, àquelas que se encontram em faixas etárias mais jovem não apresentam o conhecimento necessário para prover o cuidado e a estimulação satisfatória dos seus filhos. Já as mães mais experientes tendem a ser mais responsáveis, disponíveis e procuram estimular seus filhos de forma correta buscando informações a respeito do assunto.

Sobre o *estado civil* observou-se que a maioria delas assim como os resultados apresentados por Gravena et al., (2013) eram solteiras (52,0%). Conforme os autores, esta variável pode levar a uma gestação mais estressante, desencadeando um parto antes do tempo previsto, sendo assim, a literatura aponta que mães solteiras tem maior probabilidade em ter recém-nascidos prematuros, sendo este, um fator de risco para o desenvolvimento infantil. Famílias de mães solteiras, geralmente possuem maiores dificuldades devido à baixa renda e os elevados índices de estresse, apresentando a necessidade de maior apoio social. É notório que as mães solteiras tendem a sofrer grande exaustão quando precisam suprir sozinhas as demandas de tempo e energia exigidas pela criança, podendo resultar em relações menos positivas com os filhos.

Corroborando os achados de Andrade et al., (2013), a maioria das mães apresentaram *nível de escolaridade* variando entre 15 ou mais anos de estudo (28,0%) e de 1 a 3 anos de estudo (22,0%). Para os autores supracitados é notório que mães com maior nível de escolaridade apresentam respostas mais elaboradas e melhores informações acerca do conhecimento sobre desenvolvimento de seus filhos contrariamente àquelas com baixa escolaridade. Comumente estas últimas são hesitantes e inseguras ao responder perguntas, e apresentam dificuldades para compreender determinadas questões sobre o tema.

Os resultados supracitados condizem com achados da presente pesquisa, considerando que as mães com maior nível de escolaridade também apresentaram melhor conhecimento em relação ao desenvolvimento infantil e na tomada de decisão mais apropriada a respeito dos cuidados à criança.

Quanto ao *trabalho* remunerado, os resultados, semelhantes aos de Cid (2015), evidenciaram que 68,0% não trabalha fora do domicílio, o que contribui para uma menor renda familiar, dificultando a qualidade de vida da família. Conforme o autor, mães solteiras sem trabalho remunerado tem maior dificuldade em criar seus filhos visto que a maioria além de viver com baixa renda não recebe apoio familiar, impossibilitando estas mulheres de proverem os insumos adequados para um desenvolvimento satisfatório.

Para Gerzson et al., (2016), crianças que vivem em condições econômicas desfavoráveis nos primeiros anos de vida podem apresentar dificuldades em todas as áreas do desenvolvimento, devido sua família não apresentar condições financeiras que ofereça recursos para estimular o desenvolvimento infantil. O baixo nível socioeconômico pode resultar em danos para resolução de problemas de linguagem, memória e habilidades sociais. Este risco é possível de ser evidenciado, considerando que 64,0% das entrevistadas apresentaram renda familiar menor que um salário mínimo.

Cerca de 62,0% das *moradias* das participantes apresentaram-se com saneamento básico evidenciando um risco menor em adquirir patologias provenientes de esgotos como as doenças parasitárias (PEDRAZA, et al, 2016). Contudo, é importante destacar que 38,0%, percentual considerável, evidenciou utilizar meios impróprios para dar destino aos seus dejetos, evidenciando um risco em potencial para a comunidade que não dispõe de saneamento básico, especificamente para o público infantil, a qual está exposta a doenças, risco de hospitalizações e interferência desenvolvimental.

Cerca de 44,0% das famílias vivem em casas com 4 ou mais *cômodos* corroborando os achados de Saboia e Santos (2015). Conforme os autores, uma casa com maior número de cômodos poderá contemplar mais espaços disponíveis para criança se locomover, fazer diversas atividades e se desenvolver de forma adequada. Logicamente tudo isso irá ocorrer mediante a estimulação correta da criança por parte da família. É importante também ressaltar que este número de cômodos, muitas vezes, pode tornar-se insuficiente quando há existência de famílias numerosas.

No que se refere ao *meio de transporte* mais utilizado, 64,0% das famílias utilizam a motocicleta para locomoção. Em um estudo feito em Porto Alegre foi perceptível que as motocicletas estão sendo cada vez mais utilizadas pela população, devido à comercialização

de modelos mais populares o que facilita a compra e torna mais acessível à aquisição pelas famílias de menor renda, o que retrata o estudo em tela (MACHADO, et al, 2014).

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas de mães de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
< 19 anos	7	14,0
19 – 29 anos	28	56,0
30 – 40 anos	14	28,0
> 40 anos	1	2,0
Estado civil		
Solteira	26	52,0
Casada	23	46,0
Desquitada	1	2,0
Escolaridade		
Sem instrução	4	8,0
1 a 3 anos de estudos	11	22,0
4 a 7 anos de estudos	6	12,0
8 a 10 anos de estudos	8	16,0
11 a 14 anos de estudos	7	14,0
15 ou mais anos de estudos	14	28,0
Trabalho remunerado		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
Renda familiar		
Menor que um salário mínimo	32	64,0
Um salário mínimo	14	28,0
Dois a três salários mínimos	3	6,0
Maior que um salário mínimo	1	2,0
Moradia com saneamento básico		
Sim	31	62,0
Não	19	38,0
Número de cômodos		
2 a 3	6	12,0
4 a 5	22	44,0
Mais que 5	22	44,0
Meio de transporte		
Carro	3	6,0
Motocicleta	32	64,0
Outro	15	30,0
Total	50	100

Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Quanto às variáveis *fatores de riscos* a literatura remete sobre a necessidade em identificá-los precocemente considerando que a exposição aos mesmos podem ocasionar importantes desvios no desenvolvimento da criança (REICHERT, et al, 2016). O número elevado de filhos, segundo os autores, pode ser considerado um fator limitante para a oferta de cuidados e atenção adequada por parte dos pais, o que pode repercutir no desenvolvimento da criança (CRESTANI, et al., 2013).

No que se refere ao *intervalo interpartal* 54,0% das mulheres tiveram filhos com intervalo menor que 12 meses, ou seja, o intervalo de um filho para outro foi pequeno, tendo estas mulheres à responsabilidade de cuidar ao mesmo tempo de dois ou mais filhos de idade aproximada, o que pode dificultar não apenas na atenção e cuidados específicos, mas também à disponibilidade de tempo para prover a estimulação da criança. Ademais, é importante destacar a possibilidade do surgimento de problemas relacionados à saúde da mulher como efeitos adversos na gestação ou no *parto*, pois o útero pode não está preparado para uma nova gestação, assim como a exposição de cesarianas em intervalo de tempos muito curtos (YOULL, 2016).

Arelado a isso, apesar dos riscos envolvidos em um parto cirúrgico como o risco de infecção, hemorragia, reações anestésicas, recuperação mais prolongada e presença de dor no pós-operatório cerca de 60,0% das mulheres foram submetidas a cesarianas corroborando os resultados de Araújo (2013) e Bittencourt, Vieira e Almeida (2013). Para os partos normais (40,0%), observou-se que a maioria ocorreu em ambiente hospitalar, corroborando os estudos de Silva (2016), o qual evidencia que a maioria das mulheres têm seus filhos na primeira unidade hospitalar que buscam ao entrar em trabalho de parto, sendo este ambiente considerado seguro para a díade mãe/bebê visto que dispõe de recursos disponíveis caso haja algum tipo de intercorrência.

Outro fator de risco para o desenvolvimento infantil remete-se a realização de *consultas pré-natais*. Neste estudo 92,0% das mulheres externaram realizar as consultas pré-natais de rotina, sendo o período da primeira consulta inferior aos 3 meses de gestação corroborando os achados de Nicareta et al., (2016) e Corrêa et al., (2014). Conforme os autores, as consultas pré-natais no início da gestação são de fundamental importância para a mulher e o feto, pois poderá evitar complicações como óbitos, patologias, malformações e, conseqüentemente, o comprometimento do desenvolvimento infantil futuro.

O *consumo de álcool e tabaco* também pode afetar o desenvolvimento da criança, considerando que ambos apresentam efeitos deletérios ao desenvolvimento fetal no pré e pós-natal além de serem associados a várias causas de doenças e morte perinatal, sendo assim, as gestantes estão menos sujeitas a este fator, quando não há exposição (COSTA et al., 2014).

Com relação a essas drogas e substâncias químicas Holderbaum (2012), destaca o fumo e o álcool como os maiores agentes externos causadores de deformidades no feto. Com relação ao cigarro, as mães que fumam apresentam um alto grau de bebês com nascimento prematuro e de baixo peso ao nascer. Além disso, o uso do cigarro pode causar ao feto problemas de memória e aprendizado, aborto, mau formação cardíaca e de outros órgãos. Já em relação ao álcool, este composto pode afetar diretamente o desenvolvimento infantil, pois pode atravessar a barreira placentária e, como o fígado do feto ainda está imaturo, o álcool permanece por muito tempo no seu sistema circulatório. Este fato vem demonstrando grandes anormalidades no desenvolvimento de crianças submetidas a este fator de risco. Esta mesma reação é observada para as mães usuárias de drogas ilícitas.

A automedicação e o *uso de medicamentos* durante a gestação de forma irracional constitui uma conduta de alto risco, podendo ser considerado um sério problema para o desenvolvimento da criança, uma vez que nenhum medicamento é livre de toxicidade à mãe ou ao feto, especialmente no primeiro trimestre quando ocorre o processo de formação neuronal do feto. Um aspecto positivo obtido nesta pesquisa é que 56,0% das gestantes estiveram menos expostas a este fator de risco devido ao não consumo de medicamentos durante a gestação, exceto àqueles medicamentos utilizados obrigatoriamente durante a gravidez, como o ácido fólico e sulfato ferroso.

O *estado emocional materno* também é considerado um importante fator de risco frente ao processo do desenvolvimento da criança. O estresse emocional em excesso durante o período gestacional pode ser transferido para o feto o que pode causar aumento do movimento fetal e, após o nascimento, choro excessivo, irritabilidade, além de problemas digestórios.

A depressão, alteração emocional encontrada entre mulheres durante o período gravídico puerperal, passa a limitar as interações mãe-bebê, dificultando o vínculo entre eles. Apesar de 82,0% das mulheres negarem este tipo de alteração durante a gestação ou pós-parto observa-se que filhos de mães depressivas têm maiores chances de desenvolver alterações

emocionais e comportamentais, interferindo assim no desenvolvimento fisiológico das crianças (CRESTANI, et al 2013).

Tabela 2: Apresentação dos fatores de risco do pré e pós-natal de mães de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	n	%
Números de filhos		
1	15	30,0
2	20	40,0
3	6	12,0
4	5	10,0
5 ou mais	4	8,0
Intervalo interpartal		
< 12 meses	27	54,0
12 – 18 meses	13	26,0
≥ 19 meses	10	20,0
Tipo de parto		
Normal	20	40,0
Cirúrgico	30	60,0
Local do parto		
Domicílio	1	2,0
Hospital	49	98,0
Realização de consultas pré-natais de rotina		
Sim	46	92,0
Não	4	8,0
Período da primeira consulta do pré-natal		
< 3 meses	32	64,0
≥ 3 meses	18	36,0
Fez uso de álcool durante a gestação		
Sim	7	14,0
Não	43	86,0
Realizou uso de tabaco durante a gestação		
Sim	4	8,0
Não	46	92,0
Fez uso de medicamentos na gestação		
Sim	22	44,0
Não	28	56,0
Apresentou depressão durante a gestação ou pós-parto		
Sim	9	18,0
Não	41	82,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Em relação ao grau de parentesco 70,0% das mulheres respondeu não apresentaram grau de parentesco com o pai da criança, o que diminui as chances do nascimento de crianças portadoras de doenças hereditárias por fatores genéticos, os quais ocasionam alterações do desenvolvimento neuroevolutivo infantil. Para Santos, Quintão e Almeida (2010), a consanguinidade entre os pais é um aspecto que favorece o aparecimento de doenças autossômicas recessivas que podem levar ao atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Sendo assim, a coleta do histórico familiar é necessária, principalmente em crianças que nascem com malformação, para auxiliar e esclarecer se os problemas apresentados são de origem genética.

No presente estudo, a maioria das mães (66,0%) referiram ter desejado a gravidez. É importante ressaltar que esse planejamento repercute nos cuidados pré-natais, considerando que estes são mais intensos entre àquelas que desejaram a gravidez, fazendo-as frequentarem os serviços de saúde mais cedo e de forma assídua, além de estarem em harmonia com a gestação. Um filho indesejado pode ser ignorado, sendo, muitas vezes excluído de cuidados maternos essenciais, fortalecendo o surgimento de problemas emocionais que vão contribuir para um desenvolvimento futuro inadequado.

O conflito conjugal também foi analisado nesta amostra. Conforme Boas, Dessen e Melchiori (2010), a presença de conflitos entre os pais pode prejudicar o desenvolvimento e o bem-estar dos filhos, considerando-se que, de alguma forma, as crianças estão expostas às brigas entre os pais. Quando os filhos testemunham as brigas e a mudança no ambiente familiar após um conflito, isso pode gerar comprometimento no desenvolvimento psicológico. As respostas do casal frente a episódios de conflito também podem ir além da situação conjugal, provocando repercussões para o desenvolvimento infantil e nas relações familiares.

Tabela 3: Apresentação de fatores de risco psicossociais referente ao grau de parentesco e relação conjugal entre os pais de crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité, Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	n	%
Grau de parentesco entre os pais		
Sim	15	30,0
Não	35	70,0
A gravidez foi desejada		
Sim	33	66,0

Não	17	34,0
Apresenta satisfação com o relacionamento conjugal		
Sim	29	58,0
Não	21	42,0
Apresenta conflitos conjugais		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

A maioria das crianças apresentavam *idade* entre 12 e 24 meses (84%), sendo a maioria mulheres (52,0%) com *idade gestacional* A Termo, ou seja, 37 semanas. Esse resultado mostra que a maioria das crianças apresentaram *idade gestacional* dentro dos parâmetros esperados de normalidade quanto a maturidade funcional e estrutural dos órgãos e tecidos, uma vez que completou o desenvolvimento intrauterino. Assim, as crianças com nascimento inferior ao supracitado pode apresentar desvios no padrão de desenvolvimento motor, em termos qualitativos quando comparada a crianças nascidas a termo (MAIA et al., 2011).

O *baixo peso* ao nascimento é um dos principais preditores de morbidade e mortalidade neonatal e perinatal, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Constitui um importante indicador da saúde da população infantil e fator de risco significativo para alterações no desenvolvimento motor e futura evolução neuropsicomotora da criança. A literatura tem referido atrasos e problemas motores específicos, embora eles se originem de uma variedade de avaliações motoras diferentes (VIANA, et al, 2013).

Segundo Caçola e Bobbio (2010), o prematuro parece exibir um padrão de desenvolvimento lento, congruente com a ideia de que a prematuridade leva à dificuldade para entender ou processar as informações sensoriais para o controle do movimento.

A *icterícia*, outros fatores de risco desenvolvimental, presente em 16,0% da amostra, é um dos sinais clínicos mais observados no período neonatal, sendo causado pelo acúmulo de bilirrubina na esclera e na pele. Geralmente, costuma aparecer, naturalmente, entre o segundo e o terceiro dia de vida e sua duração em média são de dez dias (DUARTE, 2016).

Conforme o autor supracitado trata-se de um pigmento amarelo produzido naturalmente pelo organismo quando há rompimento celular em um processo fisiológico. Há

liberação dessa substância, que segue para o fígado para ser metabolizada e eliminada por meio da urina. Como as funções hepáticas da criança ainda não estão maduras pode haver uma deficiência nesse mecanismo. Caso a quantidade de bilirrubina esteja excepcionalmente alta, há risco de o sistema nervoso central ser atingido pela substância, acarretando encefalopatia e possíveis disfunções neurológicas.

Tabela 4: Apresentação de fatores de risco referente as condições do nascimento das crianças usuárias dos serviços de creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	n	%
Idade da criança		
6 a 11 meses	8	16,0
1 a 2 anos	42	84,0
Sexo da criança		
Feminino	26	52,0
Masculino	24	48,0
Idade gestacional ao nascer		
Prematuro	8	16,0
A termo	35	70,0
Pós termo	7	14,0
Peso ao nascer		
<1000g	1	2,0
1000-1499g	3	6,0
1500-2499g	12	24,0
≥2500g	34	68,0
Apresentou icterícia ao nascer		
Sim	8	16,0
Não	42	84,0
Total	50	100,0

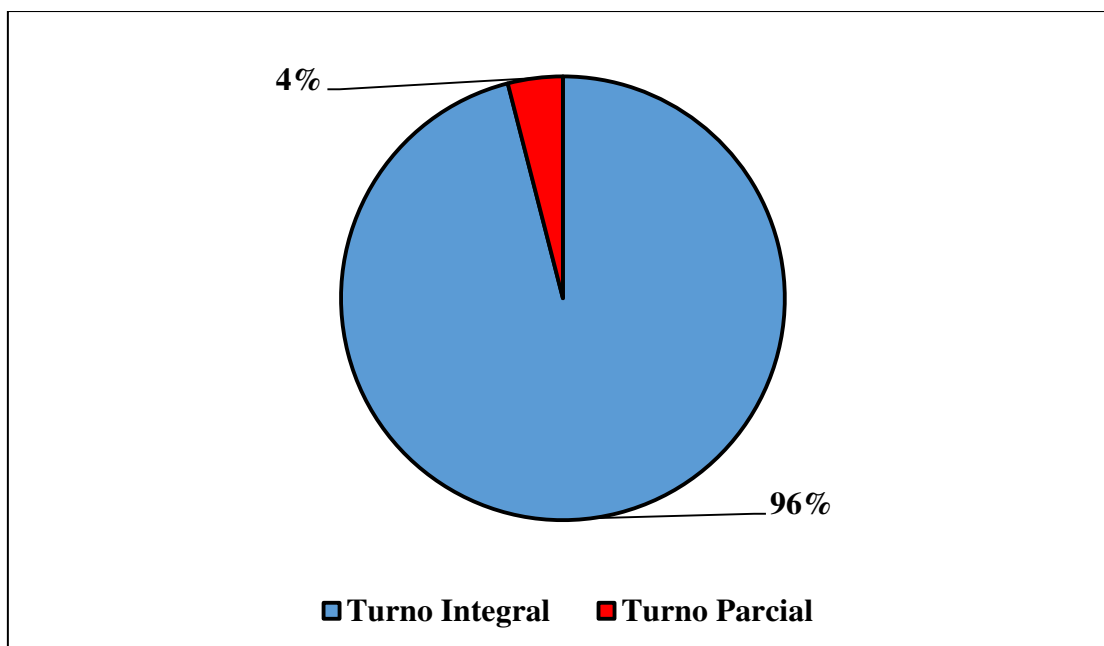
Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Atualmente, percebe-se cada vez mais a mulher inserida no trabalho fora do domicílio. Este fato traz repercussões na organização e na estrutura de funcionamento familiar, levando à proposição de novas configurações, arranjos familiares com interferências diretas na relação mãe filho e na dinâmica familiar. Um dos principais desafios para a mulher está em conciliar tempo para tarefas domésticas, acadêmicas, trabalho externo e poder permanecer com os filhos, de forma a ser possível estabelecer um vínculo afetivo harmonioso e consistente. Neste sentido, percebe-se a inserção de crianças cada vez mais cedo e por turnos duplicados em ambiente educacionais, a exemplo das creches.

No presente estudo, observou-se uma permanência integral das crianças em creches de 96,0%, evidenciando a importância deste espaço na promoção do desenvolvimento infantil (PONTES; COSTA; REZENDE, 2004). Conforme Ramos e Salomão (2013), as creches devem proporcionar brincadeiras, oficinas como de pintura, música, dentre outras, que contribuam para o desenvolvimento da personalidade, linguagem e para a inclusão social da criança.

A creche deve ser também um espaço apropriado aos cuidados infantis, onde há a necessidade da criança ser estimulada a desenvolver-se de forma adequada de acordo com sua faixa de idade. Deve ser um lugar prazeroso, no qual a criança aprende brincando e suas habilidades e competências podem ser desenvolvidas.

Gráfico 1: Tempo de permanência das crianças nas creches públicas do município de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

A família pode ser considerada o sistema que mais influencia diretamente o desenvolvimento da criança surgindo como o mais poderoso sistema de socialização para o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente. Neste sentido, o tempo que os pais e familiares dispõem para cuidar dos filhos é de extrema importância para a formação e seu desenvolvimento. A grande maioria das crianças experiencia com a família as primeiras situações de aprendizagem e introjeção de padrões, normas e valores, e se a família não

estiver funcionando adequadamente, as interações, principalmente pais-bebê e com a sociedade, serão prejudicadas (SILVA et al., 2008).

No presente estudo, constatou-se que o tempo disponível junto aos filhos é de aproximadamente seis horas o que pode comprometer um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais que são vivenciados pela criança em desenvolvimento e cujas trocas dão base para o estudo do desenvolvimento infantil, considerando que a família é concebida como o primeiro sistema que a criança vivencia suas experiências.

Apesar de a mulher se constituir, ainda hoje, como a principal cuidadora, há homens que se esforçam para participar do desenvolvimento dos filhos. Todavia, é importante ressaltar que a qualidade e o tipo de envolvimento paterno variam de acordo com a disponibilidade pessoal e de tempo do pai. Até os anos 1950, o pai era considerado responsável pelo sustento da família, servindo de modelo de realização profissional, enquanto as mães eram responsáveis pelas atividades domésticas, pelo cuidado das crianças e por suprir as necessidades emocionais de seus filhos. Pode-se dizer que este modelo de organização familiar permanece até hoje, na sociedade contemporânea, porém tem sido alterado pelas transformações que a família vem sofrendo ao longo do tempo. A figura paterna como o principal provedor econômico do lar, leva a necessidade de este estar a maior parte do tempo fora do domicílio e, conseqüentemente, ajudar na divisão de tarefas frente ao cuidado com os filhos (CREPALDI et al., 2006).

Todavia, apesar de estar longe do domicílio a maior parte do tempo, a maioria das mães (78,0%) afirmaram a presença do apoio paterno no cuidado à criança, sendo os mesmos bastante participativos nesse processo. Para Bustamente e Trad (2005), a divisão de tarefas no cuidado a criança é fundamental considerando a necessidade de reduzir a sobrecarga das mães que na maioria das vezes estão atarefadas com afazeres domésticos, além da existência da responsabilidade com outros filhos os quais também precisam de atenção e cuidado.

Contrariamente à ajuda recebida dos pais no processo de cuidado da criança, a maioria delas referiram não receber apoio de outros familiares no cuidado a criança, fazendo despertar nas mesmas sentimentos de desamparo e insatisfação.

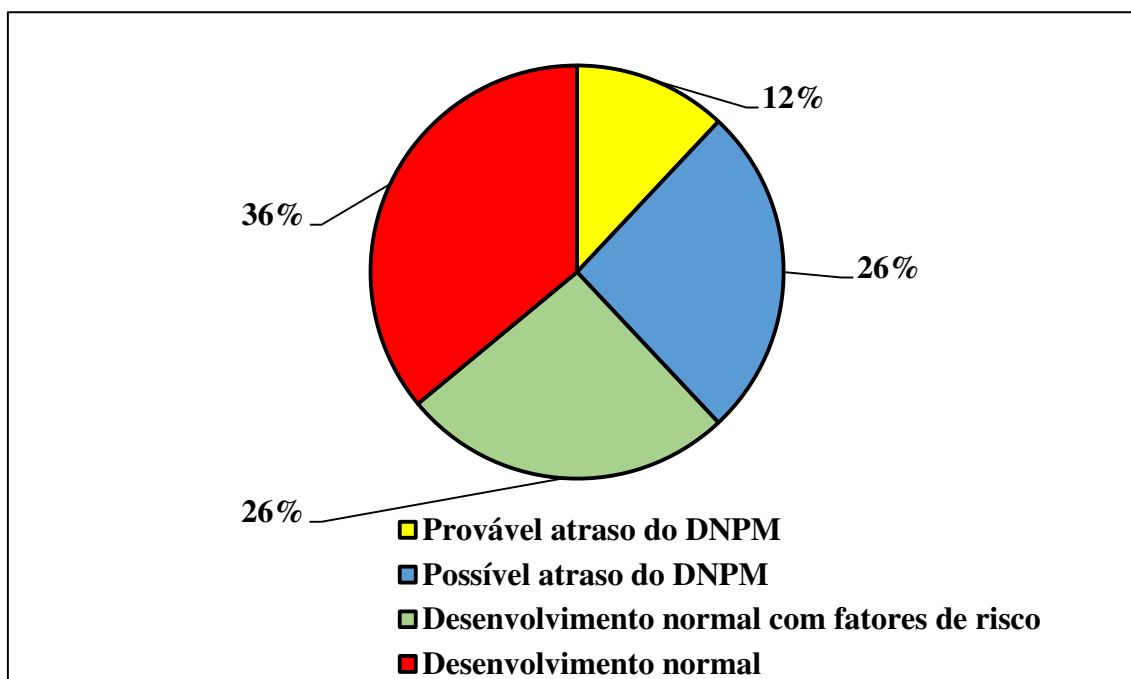
Tabela 5: Apresentação do tempo de permanência dos pais junto aos filhos e apoio recebido pelas mães por redes de cuidado da criança usuária das creches municipais de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	N	%
Tempo disponível da mãe com a criança		
Até 6 horas	18	36,0
7 a 12 horas	15	30,0
Maior que 12 horas	17	34,0
Tempo disponível do pai com a criança		
Até 6 horas	36	72,0
7 a 12 horas	10	20,0
Maior que 12 horas	4	8,0
Recebe apoio do pai no cuidado a criança		
Sim	39	78,0
Não	11	22,0
Recebe apoio de outros familiares no cuidado a criança		
Sim	11	22,0
Não	39	78,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Quanto à opinião materna acerca do desenvolvimento dos seus filhos observou-se que a maioria delas (94,0%) consideraram-no como adequado. Os demais classificaram-no como Inadequado (4,0%) ou não souberam responder (2,0%). Contudo, é válido ressaltar que um percentual significativo das crianças apresentou alterações no processo de desenvolvimento infantil, seja como Provável atraso (12,0%) ou Possível atraso (26,0%) (**Gráfico 1**). Isso reflete no desconhecimento materno sobre os marcos do desenvolvimento e os riscos as quais estão susceptíveis.

Gráfico 2: Classificação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças usuárias das creches municipais de Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Muitas crianças podem apresentar transtornos das habilidades motoras, como o desempenho em atividades diárias que exigem coordenação motora e estes se encontram abaixo do esperado para sua idade. Atraso para sentar, engatinhar, caminhar ou um fraco desempenho nos esportes muitas vezes pode significar uma alteração no desenvolvimento motor, sendo que na maioria das vezes as famílias não percebem este fato em suas crianças considerando-as preguiçosas. Outro fator é que estas crianças podem não apresentar características físicas, sendo atípica ou ainda pela falta de conhecimento das mães retardando o diagnóstico dessas alterações motoras.

Segundo as mesmas autoras, as mães são as principais agentes de estimulação de seus bebês, sendo de extrema importância que esta obtenha informações relacionadas ao processo evolutivo de seus filhos, prevenção e detecção precoce dos distúrbios de desenvolvimento. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. A etiologia de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor é multifacetária (POTERIKO; YAMAZAKI, 2010).

Neste sentido, crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que se apresentam com risco de atrasos merecem atenção e ações específicas, já que os problemas de coordenação e controle do movimento poderão se prolongar até a fase adulta (ARAÚJO; SANTOS; PORTO, 2008). Além disso, atrasos motores frequentemente associam-se a

prejuízos secundários de ordem psicológica e social, como baixa autoestima, isolamento, hiperatividade entre outros, que dificultam a socialização de crianças e o seu desempenho escolar (OLIVEIRA; FLORES; SOUSA, 2012).

Constatou-se, na presente pesquisa, que a maioria das mães referiu não receber orientações sobre as formas e estratégias para a estimulação dos filhos por parte dos profissionais de saúde, especificamente os da enfermagem. Ademais, àquelas que afirmaram ter recebido informações sobre a estimulação do desenvolvimento da criança consideraram-nas como não satisfatórias para o aprendizado e implementação da estimulação da criança. Conforme as mães, as abordagens realizadas pelos profissionais ocorreram de forma exposição individual, não havendo realização de oficinas coletivas ou o compartilhamento de materiais impressos.

Para Pereira, Cesarini e Bilbão (2009), as oficinas, podem ser caracterizadas como espaços de elaboração da experiência pessoal e coletiva as quais devem acontecer em grupos, uma vez que os objetivos destas, também dependem da espontaneidade de participação e envolvimento das pessoas do grupo. Além disso, é possível promover a inserção dos pais numa rede de troca, fazê-los se autoconhecer e pensar acerca de suas possibilidades. Trata-se de um espaço de expressão e reflexão de sentimentos proporcionado impactos positivos no desenvolvimento dessas crianças.

Sabe-se que o principal objetivo da vigilância do desenvolvimento infantil é monitorar as crianças de maneira a detectar precocemente problemas do desenvolvimento e encaminhá-las, com maior brevidade possível, para tratamento a fim de evitar danos posteriores (REICHERT et al., 2015). Além disso, segundo os autores, é fundamental a prática de intervenções imediatas e simples, incluindo a orientação à família para estimulação adequada ao problema como importantes para a prevenção de atrasos no desenvolvimento.

Neste sentido, evidencia-se uma necessidade em ampliar o acesso as mães à informação e ao conhecimento, pois a medida que isso ocorre, as mesmas passarão a compreender, associar e identificar fatores de risco, relacionando-os com as ações de suas práticas diárias. Desta forma, passam a se constituírem em efetivos "triadores", com base no suporte informativo e de conhecimento e neste caso sobre o tema aqui abordado, o desenvolvimento motor infantil (POTERIKO; YAMAZAKI, 2010).

Tabela 6: Opinião materna quanto as orientações recebidas a partir de profissionais de enfermagem acerca da estimulação do desenvolvimento da criança. Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Variáveis	n	%
Recebe orientações do profissional de enfermagem sobre como estimular o desenvolvimento do seu filho (a)		
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Estratégias utilizadas pelo profissional de enfermagem para orientar às mães acerca do desenvolvimento da criança		
Exposição oral individual	13	26,0
Exposição oral coletiva	0	0,0
Materiais educativos	0	0,0
Oficinas	0	0,0
As informações ofertadas pelos profissionais sobre estimulação do desenvolvimento da criança foram satisfatórias		
Sim	1	7,6
Não	12	92,4

Fonte: Dados da pesquisa, Cuité (2017).

Quanto ao conhecimento das mães acerca do desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança constatou-se que as questões que apresentaram maiores número de acertos foram da categoria saúde e segurança (36,0 %) e práticas de cuidado com a criança (30,0%) corroborando os achados de Cruz, Cavalcante e Pedroso (2014) e Eyken et al., (2015).

Conforme Cruz, Cavalcante e Pedroso (2014), um dos fatores que pode ter proporcionado um considerável número de acertos nesta questão foi a presença constante de campanhas de divulgação na mídia, seja por televisão, rádio, cartazes, outdoors, etc, sobre alguns aspectos que remetem a essa categoria a exemplo da importância da vacinação para a saúde da criança. Ao longo das últimas décadas tem havido divulgação desse tema através da mídia, com mensagens que chamam atenção da sociedade para a importância de se vacinar, tanto crianças como adultos, representando uma medida usual de promoção de saúde.

O mesmo raciocínio pode servir para explicar o ótimo desempenho das entrevistadas no enfrentamento da questão 31, que trata da importância do aleitamento materno para os bebês. Essa é hoje uma prática de cuidado constantemente valorizada pela mídia, que ressalta que as propriedades do leite materno contêm todos os nutrientes nas quantidades requeridas para o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

O estudo de Huang e outros (2005), sobre comportamento materno, apontam que o conhecimento sobre algumas capacidades do desenvolvimento infantil varia de acordo com as afiliações culturais e status socioeconômico das mães. Para Eyken et al., (2015), o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil está associado com a escolaridade materna e que o conhecimento deveria ser ampliado, ou seja, quanto maior o conhecimento mais realistas são as expectativas e melhor é a interação entre mães e filhos.

As variáveis escolaridade e ocupação da mãe também se mostraram relacionadas com seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil, conforme estudo realizado por Silva et al., (2005). Isto mostra que as mães que têm maior escolaridade podem ter melhores oportunidades de emprego e, por consequência, obter informações mais detalhadas sobre o desenvolvimento de suas crianças. Para os autores, oportunidades sociais que a mãe tem ou terá são grandes influenciadores do conhecimento e das atitudes da mãe em relação à criança.

Ademais, uma maior escolarização, muitas vezes conducente a um nível socioeconômico elevado, poderá contribuir para uma procura mais ativa da informação sobre o desenvolvimento da criança.

Outro estudo, realizado por Lima, Dias e Mendes (2012), também sugeriram que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento da criança difere segundo as variáveis nível socioeconômico e o número de filhos. Conforme os autores, os efeitos associados ao nível socioeconômico apontam para os pais de níveis mais elevados como tendo um conhecimento considerado mais adaptativo no campo do desenvolvimento infantil. Consequentemente, a precisão no próprio conhecimento é mais elevada, comparativamente com pais de nível socioeconômico baixo.

Àquelas questões com maior percentual de erros estiveram concentradas nas categorias Princípios e Normas e Marcos do desenvolvimento infantil, conforme mostra a Tabela 7, corroborando os achados de Silva et al., (2005). Contatou-se que a maioria das entrevistadas se manifestou de forma equivocada a respeito das questões que tratavam sobre o normas e marcos do desenvolvimento. Um exemplo, foi a grande quantidade de equívocos por parte das mães ao evidenciar desconhecimento de que antes dos quatro meses a criança já é capaz erguer sua cabeça sem qualquer forma de apoio. Todas as entrevistadas se pronunciaram de maneira equivocada sobre a questão, ou seja, as mães entrevistadas

pareceram desconhecer o fato de que mesmo antes dos quatro meses a criança já é capaz de executar esse movimento.

Além desse resultado, outros também evidenciaram desconhecimento materno quanto aos marcos do desenvolvimento da criança conforme faixa etária específica. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de se investir mais na difusão de informações e conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil para sejam realmente úteis ao modo como são orientadas e sustentadas do ponto de vista teórico as práticas de cuidado. Seja quando tais práticas são realizadas no contexto da família, sendo em geral a mãe a principal responsável pelas ações promotoras de saúde, segurança e bem-estar da criança, sendo orientadas e capacitadas para o domínio de um campo vasto de conhecimentos.

Neste sentido, saber o quanto as mães conhecem sobre o desenvolvimento infantil e práticas de cuidados são de suma importância para se compreender o que elas pensam acerca do modo como as crianças crescem e aprendem no ambiente físico e social, e pode levá-las a refletir sobre a importância de ser melhorar a qualidade do cuidado dispensado às suas crianças.

Tabela 7: Percentuais de acertos entre as mães entrevistadas por categorias do KIDI (N=53). Cuité. Brasil. Paraíba. 2016.

Questões	Acertou		Errou		Incerteza		Sem resposta	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Prática de cuidado	15	30,0	25	50,0	10	20,0	0	0,0
Saúde e Segurança	18	36,0	17	34,0	15	30,0	0	0,0
Normas e Marcos do desenvolvimento	10	20,0	29	58,0	11	22,0	0	0,0
Princípios	8	16,0	30	60,0	12	24,0	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa (2017)



5 Considerações finais

A partir da realização deste estudo é possível concluir que o desenvolvimento neuropsicomotor infantil é um processo de mudanças complexas e interligadas das quais participam todos os aspectos de crescimento e maturação dos aparelhos e sistemas do organismo. Além disso, é capaz de influenciar, significativamente, nos aspectos sociais, intelectuais e culturais futuros da criança.

Para haver um desenvolvimento adequado é necessário que a criança viva em condições favoráveis ao seu desenvolvimento, tendo em vista que fatores diferenciados, pré e pós-natais, identificados neste estudo, influenciam consideravelmente no desenvolvimento infantil, visto que as crianças expostas aos mesmos geralmente podem ter atrasos que comprometam o percurso natural do desenvolvimento futuro, trazendo impacto não só em suas vidas mais também várias mudanças no contexto familiar.

Ao considerarmos a mãe como a pessoa de maior e mais íntimo contato com seu filho(a) na fase inicial da vida é indispensável que a mesma possua conhecimento acerca das fases de desenvolvimento motor normal da criança a fim de que haja identificação precoce de possíveis atrasos, e o encaminhamento para serviços especializados possibilitando um trabalho preventivo.

Contudo, apesar de considerarmos a importância da família, especificamente da mãe, no processo de identificação de possíveis alterações do desenvolvimento da criança, pôde-se verificar que um percentual significativo delas apresentaram desconhecimento sobre os diferentes domínios analisados do KIDI, com destaque para as variáveis Princípios, Normas e Marcos do desenvolvimento, refletindo a necessidade de implementação de orientação aos pais quanto a cuidados, práticas de saúde e estimulação do desenvolvimento infantil.

Além disso, muitas mães consideraram o desenvolvimento dos filhos adequados, ratificando o desconhecimento sobre os marcos normais compreendidos em cada faixa de idade específica, visto que 38% das crianças apresentaram classificação entre provável e possível atraso do desenvolvimento.

Para promover condições adequadas para o desenvolvimento infantil também é necessário que os profissionais de saúde, em específicos, os de enfermagem estejam atentos a diferentes fatores que exponham a criança, seja por uma doença, o meio em que ela vive, dando importância a indagações que vão além das questões biológicas, dando a elas um cuidado humanizado e de forma integral, tendo em vista a criança em todos os seus contextos.

A forma que o profissional aborda as questões referentes ao desenvolvimento tem grande influência sobre a atitude que os pais irão tomar com seus filhos, tudo isto depende do modo que o profissional expõe as informações, além da capacidade que os pais tenham de entender e absorver as ideias expostas. Infelizmente, percebeu-se que a maioria dos profissionais não externaram informações satisfatórias sobre a estimulação infantil, conforme as respostas maternas.

É de relevante importância manter o foco na vigilância do desenvolvimento infantil, considerando-se os relacionamentos interpessoais e o suporte necessário aos pais para que esses possam participar diretamente no processo de estimulação do desenvolvimento. Sendo assim, esses profissionais têm papel e função fundamentais, juntamente, com as mães e demais familiares para identificar possíveis fatores de risco como também promover o desenvolvimento infantil de modo que diminua significativamente a quantidade de crianças com atrasos. Contudo, é importante que tudo isto ocorra diante das condutas apropriadas, como o planejamento e implementação de ações que promovam a saúde da criança de forma integral.

Assim, consideramos que os objetivos propostos por este trabalho foram cumpridos. No entanto, recomendamos a realização de outros estudos com amostra mais significativa e tratamento de testes estatísticos mais elaborados com o propósito de obterem-se resultados mais concretos e passíveis de análise mais aprofundada.



Referências

ALTAFIM E.R. P.; RODRIGUES O.M.P.R. Relacionamento mãe-bebê: estratégias utilizadas na educação e cuidados dos filhos. **Revista Movimenta**. V.6, n.3, 2013. Disponível em: <www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/download/696/513>. Acesso em: 5 de março de 2016.

ALVIM C.G., et al. A Avaliação do Desenvolvimento Infantil: um Desafio Interdisciplinar. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 52, n.36 (1 Supl. 1) : pp.51- 56. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a07.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2016.

ANDRADE. T.F, et al. Levantamento das concepções maternas acerca das habilidades sociocomunicativas de bebês. **Psicol. Argum**. V.32, n.76, pp.105-115, 2013. Disponível em: < <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=14566&dd99=view&dd98=pb>> Acesso em: 5 de janeiro de 2017.

ARAÚJO, A.P.; SANTOS, R.S.; PORTO M.A. **Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação**. *Jornal de Pediatria*. São Paulo v. 84, n. 4,p. 289-299, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400003> Acesso em 17 de fevereiro de 2017.

ARAÚJO, L.B. **Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a três anos em centros de educação infantil**. UFP- Curitiba, 2013. Disponível em: < http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPR_1add57d63dfb1c968f1f32f69cc4131b> Acesso em: 8 de fevereiro de 2017.

AZEVEDO, C.E.S. **Bases da pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2013. Disponível em: <https://issuu.com/editorarubio/docs/issuu_bases_da_pediatria>. Acesso em: 10 de março de 2016.

BITTENCOURT. F; VIEIRA. J.B; ALMEIDA. A.C.C.H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enferm**. V.18, n.3, pp.515-20, 2013. Disponível em< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33565>> Acesso em: 22 de janeiro.

BRANDÃO, I.C.A. **Atuação do enfermeiro na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. UFRN. Natal, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14776/1/IsabelCAB_DISSERT.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2016.

BRITO C.M.L.; VIEIRA G.O.; COSTA M.C.O.; OLIVEIRA, N.F. **Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares**. *Cad. Saúde pública*. Rio de Janeiro. V.27, n.7, pp. 1403-1414, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/15.pdf>>. Acesso em: 2 de abril de 2016.

BOAS, A, C, V, B, V; DESSEN, M.A; MELCHIORI, L, E. Conflitos conjugais e seus efeitos sobre o comportamento de crianças: uma revisão teórica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. V.62, n.2, 2010. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000200009>
Acesso em 1 de fevereiro de 2017.

BONOMO, L.M. M.; ROSSETTI, C.B. Aspectos percepto-motores e cognitivos do desenvolvimento de crianças com síndrome de Down. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** V.20, n.3, pp. 723-734, 2010. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n3/07.pdf>>. Acesso em: 7 de março de 2016.

BUSTAMANTE, V; TRAD, L.A.B. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde pública.* V. 21, n.6, pp. 1865-1874, 2005. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600036>
Acesso em: 4 de fevereiro de 2017.

CACOLA, P; BOBBIO, T.G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. **Rev. paul. pediatr.** V.28, n.1, pp.70-76, 2010. Disponível em: <
<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038932012.pdf>> Acesso em: 5 de fevereiro de 2017.

CAVALCANTE L.I. C.; CORREA L.S. **Perfil e trajetória de educadores em instituição de acolhimento infantil.** *Cadernos de pesquisa.* v.42, n.146, pp. 494-517, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cp/v42n146/10.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2016.

CID M.F.B. Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo. V.26, n.3. pp.428-38, 2015. Disponível em: <
<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104787>> Acesso em: 5 de janeiro de 2017.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R. G.; VIEIRA, C.S. **Manual de Enfermagem em Pediatria.** 2ª Ed. Goiânia, 2010. Disponível em: < <https://ebookinga.com/pdf/manual-de-enfermagem-em-pediatria-collet>>. Acesso em: 3 de abril de 2016.

CORRÊA. M. D, et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm, USP**; v.48, pp.24-32, 2014. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-024.pdf> Acesso em: 9 de fevereiro de 2017.

COSTA. D.O, et al. Consumo de álcool e tabaco por gestantes assistidas na estratégia de saúde da família. **Revista eletrônica gestão & saúde.** V.05, n. 03, pp.934-48, 2014 Disponível em:<
<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/572/0>> Acesso em: 1 de fevereiro de 2017.

CREPALDI, M.A, et al. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá. v. 11, n. 3, pp. 579-587, 2006. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a13.pdf>> Acesso em: 8 de janeiro de 2017.

CRESTANI A. H., et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev. CEFAC.** V.14, n.2, pp.350-360, 2012. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n2/07-10.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2016.

CRESTANI, A.H, et al. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. cefac**. V.15, n.4, pp.847-856, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000400013> Acesso em: 6 de fevereiro de 2017.

CRUZ, E.J. S.; CAVALCANTE, L.I. C.; PEDROSO, J.S. Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. **Rev. SPAGESP**. V.15, n.1, pp. 49-63, 2014. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n1/v15n1a05.pdf>>. Acesso em: 5 de abril de 2016.

CUNHA, A.R.R. **Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada as doenças prevalentes na infância**. UFPB. João Pessoa, 2012. Disponível em: < http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5088?locale=pt_BR>. Acesso em: 1 de março de 2016.

CUNHA, A.C. B.; SANTOS, C.; GONCALVES, R.M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. Psicol.** V.64, n.1, pp.139-155, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v64n1/v64n1a11.pdf>>. Acesso em: 3 de março de 2016.

DEFILIPO, E. C, et al. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. **Rev. Saúde Pública**. V.46, n.4, pp. 633-641, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/3410.pdf>>. Acesso em: 8 de maio de 2016.

DELVAN, J.S.; BECKER, A.P. S.; BRAUN, K. Fatores de risco no desenvolvimento de crianças e a resiliência: um estudo teórico. **Revista de Psicologia da IMED**. V.2, n.1, pp. 349-357, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/cliente/Downloads/Dialnet-FatoresDeRiscoNoDesenvolvimentoDeCriançasEAResilie-5155017%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/Dialnet-FatoresDeRiscoNoDesenvolvimentoDeCriançasEAResilie-5155017%20(5).pdf)>. Acesso em: 3 de março de 2016.

DE PAULA, L.I. C., et al. Percepção da associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal por mães de crianças nos três primeiros anos de vida. **Rev. paul. pediatr.** V.31, n.2, pp.211-217, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/12.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2016.

ESCARCE, A.G., et al. Escolaridade materna e desenvolvimento da linguagem em crianças de 2 meses à 2 anos. **Rev. CEFAC**. V.14, n.6, pp.1139-1145, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n6/43-11.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2016.

EYKEN, E.B.B.O, et al. Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **23 HU Revista**, Juiz de Fora. V. 41, n. 1 e 2, pp. 23-31, 2015. Disponível em: < <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2466>> Acesso em 14 de janeiro de 2017.

FALBO, B.C.P., et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V.65, n.1, pp.148-54, 2012.

Disponível em; < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810022>>. Acesso em: 7 de abril de 2016.

FONSECA, E.M.G.O. Desenvolvimento Normal de 1 a 5 anos. **Revista de Pediatria SOPERJ** - suplemento, pp.4-8, 2011. Disponível em: < http://www.soperj.org.br/download/Revista_soperj_consoperj_versao_2.pdf>. Acesso em: 6 de março de 2016.

FORTI, C.D.; CASTILHO, L.V. **Desenvolvimento motor típico, desenvolvimento motor atípico e correlações na paralisia cerebral**. Fisioterapia em neuropatia. Editora Omnipax Curitiba. Cap 1, pp.338, 2011. Disponível em: <<http://omnipax.com.br/livros/2011/FNP/FNP-livro.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2016.

FREITAS, M., et al. **Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional**. Einstein. V.8, n.2, pp.180-6, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0180.pdf>. Acesso em: 2 de abril de 2016.

FROTA, M.A., et al. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento infantil. **RBPS**, Fortaleza. V.24, n.3, pp.245-250, 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2078>>. Acesso em: 9 de março de 2016.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. Porto Alegre: AMGH, 2013. Disponível em< <file:///C:/Users/cliente/Downloads/10831-45695-1-PB.pdf>>. Acesso em: 1 de março de 2016.

GAUTERIO, D.P.; IRALA, D.A.; CEZAR-VAZ, M.R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, V.65, n.3, pp.508-13, 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267024789017.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2016.

GERZON. L. R, et al. Frequência semanal de um programa de intervenção motora para bebês de berçário. **Fisioter Pesqui**. V. 23, n.2, pp.178-84, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502016000200178&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 3 de fevereiro de 2017.

GRAVENA. A.A.F, et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm**. V.26, n.2, pp.130-5, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005> Acesso em: 6 de fevereiro de 2017.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8ª Ed, 2011. Disponível em: < https://issuu.com/elsevier_saude/docs/esample_wong> . Acesso em: 3 de abril de 2016.

HOLDERBAUM, G.G. Fatores que afetam o desenvolvimento. EFDeportes.com, **Revista Digital**. Buenos Aires - Año 17 - Nº 170 - Julio de 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd170/fatores-que-afetam-o-desenvolvimento.htm>> Acesso em: 7 de fevereiro de 2017.

HUANG et al. Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers. *Applied Developmental Psychology*, v. 26, n. 2, pp. 149–170, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019339730400142X>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2017.

LIMA, A.K. P.; LIMA, A.O. Perfil do desenvolvimento neuropsicomotor e aspectos familiares de crianças institucionalizadas na cidade de Recife. **Revista CES psicologia**. V.5, n.1, pp.11-25, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051>>. Acesso em: 3 de março de 2016.

LIMA, L.N; DIAS, M.L.V; MENDES, T.F.V. Crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, **Revista de Psicologia**, V.1, n.1, pp: 53-62, 2012. Disponível em: <<http://dehesa.unex.es/xmlui/handle/10662/2520?locale-attribute=pt>> Acesso em: 1 de fevereiro de 2017.

LIMA, P.A. P.; BARBALHO, E.V. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção a saúde da criança. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. V.5, n.2, pp.134-142, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/506>>. Acesso em: 4 de abril de 2016.

LOPES, R.C.S., et al. **Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança entre 24 e 28 meses**. Estudos de psicologia. Campinas. V.29, pp.737-749, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000500010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 17 de março de 2016.

LUCENA, C.T., et al. Crescimento e desenvolvimento infantil sobre a ótica de mães. EFDeportes.com, **Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 18, n.186, 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd186/desenvolvimento-infantil-sobre-a-otica-de-maes.htm>>. Acesso em: 8 de março de 2016.

MAGALHÃES, C. M. C., COSTA, L. N., CAVALCANTE, L. I. C. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. V. 21, n.1, pp.14, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/08.pdf>>. Acesso em: 3 de maio de 2016.

MAIA, A.B.O. **Desenvolvimento neuropsicomotor: importância da vigilância na atenção primária**. UFPE, Recife, 2013. Disponível em: <https://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_cisertacoes/antonelli.pdf>. Acesso em: 8 de março de 2016.

MAIA, P.C., et al. Desenvolvimento motor de crianças prematuras e a termo - uso da Alberta Infant Motor Scale. **Acta Paul Enferm.** V.24, n.5, pp.670-5, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023877012.pdf>>. Acesso em: 1 de março de 2016.

MARCONDES, E.; VAZ, C. F.A.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria Básica Pediatria geral e neonatal.** 9 ed. Editora Sarvier, 2010.

MOREIRA, M.D.S.; GAÍVA, M.A.M. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **R. pesq.: cuid. Fundam.** V.5, n.2, pp.3757-66, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/cliente/Downloads/Dialnet-MonitoringOfChildGrowthAndDevelopment-5090951.pdf>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

NAZARETH, I.V.; SANTOS, I.M.M.; GONÇALVES, A.P.O., et al. Risco para o desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Rev enferm UFPE**, Recife. V.7, n.2, pp.328-36, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/cliente/Downloads/3376-35048-1-PB.pdf>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

NETO, F, R, et al. A Importância da avaliação motora em escolares: análise da confiabilidade da Escala de Desenvolvimento Motor. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.** V.12, n.6, pp. 422-427, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-00372010000600005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 3 de fevereiro de 2017.

NICARETTA, F.M.R, et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do sistema único de saúde em um município do Vale do Taquari – RS. **Destaques Acadêmicos**, Lajeado. V. 8, n. 3, pp. 7-19, 2016. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/1052/1025>> Acesso em: 3 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, A. A. P., et al. Temas relevantes para a formação profissional em desenvolvimento infantil: um estudo de caso à luz da promoção da saúde. **Revista Medicina (USP).** V. 92, n. 2, pp. 113-118, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/zeroseis/article/view/1980-4512.2015n31p317/30330>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

OLIVEIRA, D.K. S.; NASCIMENTO, D.D. G.; MARCOLINO, F.F. **Percepção de cuidadores familiares e profissionais da estratégia saúde da família em relação ao cuidado e desenvolvimento neuropsicomotor da criança.** Journal of Human Growth and Development. V.22, n.2, pp.142-150, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_04.pdf>. Acesso em: 9 de março de 2016.

OLIVEIRA, L.D.; FLORES, M.R.; SOUZA, A.P.R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, São Paulo. V.14, n.2, pp.333-342, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1693/169322281006.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2016.

OLIVEIRA, L.L., et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. Revista Paulista de

Pediatria. V.30, n.4, pp.479-85, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038964004.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

PADILHA, J.F.; SEIDEL, E.J.; COPETTI, F. **Análise do desenvolvimento motor e qualidade do ambiente domiciliar de crianças pré-escolares.** *Revista de Saúde Santa Maria*. V. 40, n. 1, pp.99-108, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/viewFile/10763/pdf>>. Acesso em: 9 de março de 2016.

PARANHOS, V.D.; PINA, J.C.; MELLO, FALLEIROS, D. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. V.19, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_27.pdf>. Acesso em: 3 de março de 2016.

PEDRAZA D.F, et al. Índices antropométricos de crianças assistidas em creches e sua relação com fatores socioeconômicos, maternos e infantis. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.21, n.7, pp.2219-2232, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702219&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 17 de janeiro de 2017.

PEREIRA A.M.F., et al. **Consulta de enfermagem em puericultura segundo a visão materna: uma revisão integrativa.** *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits. Maceió*, V. 1, n.1, pp. 55-66, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/cliente/Downloads/457-1504-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/457-1504-1-PB%20(4).pdf)>. Acesso em: 5 de abril de 2016.

PEREIRA, A.C; CESARINI, M.M ; BILBAO,G. Oficina de criatividade de com pais de crianças deficientes. *Rev. abordagem gestalt*. v.15, n.2, pp. 169-178, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672009000200013> Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

PEREIRA, M.M., et al. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. *Revista Cogitare Enfermagem*. V.20, n.4, pp. 767-774, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41649>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

PONTES, P.B; COSTA, P.S; REZENDE, M.A. O desenvolvimento infantil em creches e pré-escolas segundo o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD II). *Anais*. São Paulo: USP, 2004. Disponível em: <http://repository.usp.br/single.php?_id=002350637> Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

POTERIKO, J.F; YAMAZAKI, A.L.S. **Conhecimento materno sobre o desenvolvimento motor normal no primeiro ano de vida.** *Anais eletrônicos, CESUMAR, Maringá-PR*, 2010. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/janaina_fatima_poteriko.pdf> Acesso em 9 de fevereiro de 2017.

RAMOS, D.D; SALOMÃO, N.M.R. Desenvolvimento infantil: concepções e práticas de educadoras em creches públicas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. V. 15, n.3, pp.200-213, 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1938/193829739015.pdf>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

REÉ, A.H.N. Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: Implicações para o esporte. **Motri**. V.7, n.3, pp.55-67, 2011. Disponível em: < http://www.revistamotricidade.com/arquivo/2011_vol7_n3/v7n3a08.pdf>. Acesso em: 2 de março de 2016.

REICHERT, A.P.S., et al. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**. V.46, n.5, pp.1049-1056, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/03.pdf>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

REICHERT A.P. S.; ALMEIDA, A.B.; SOUZA, L.C.; SILVA, M.E.A.; COLLET N. Vigilância do crescimento infantil: Conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Rene**. Fortaleza. V.13, n.1, pp.114-26, 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980014.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

REICHERT, A.P.S, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 23, n.5, pp.954-62, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf>. Acesso em: 2 de maio de 2016.

REICHERT A.P.S, et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.21, n.1, pp.119-127, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0119.pdf>> Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

RIBEIRO, A.M.; SILVA, R.R.F.; PUCCINI, R.F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**. V.28, n.2, pp. 208-214, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a13.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2016.

RODRIGUES, O.M.P.R.; ALTAFIM, E.R.P.; SCHIAVO, R.A. **Práticas parentais de mães adultas e adolescentes com bebês de um a doze meses**. Aletheia. N.34, pp. 96-108, 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115022577008.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2016.

RODRIGUES,O.M.P.R.; BOLSONI-SILVA, A.T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. V.21, n.1, pp. 111-121, 2011. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n1/11.pdf>>. Acesso em: 5 de março de 2016.

RODOVALHO, J.C.; BRAGA, A.K.P.; FORMIGA, C.K.M.R. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de

Goiânia/GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V.14, n.1, pp.122-32, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/issue/view/1249>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

SABÓIA. R.C. B; SANTOS. M.M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. V.24, n.3, pp.749-758, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00749.pdf>> Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

SANTOS M.E.A.; QUINTÃO N.T.; ALMEIDA R.X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Esc Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. V.14, n.3, pp.591-598, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715324022.pdf>>. Acesso em: 5 de abril de 2016.

SCHLITTLER, D.X., et al. Efeito da intervenção em esteira motorizada na aquisição da marcha independente e desenvolvimento motor em bebês de risco para atraso desenvolvimental. **Rev. paul. pediatri**. V.29, n.1, pp.91-99, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n1/15.pdf>>. Acesso em: 4 de março de 2016.

SERVILHA, B.; BUSSAB, V.S.R. Interação Mãe-Criança e Desenvolvimento da Linguagem: A Influência da Depressão Pós-Parto. **Psico, PUCRS**, Porto Alegre. V. 46, n. 1, pp. 101-109, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17119>>. Acesso em: 13 de março de 2016.

SILVA. A.C. D, et al. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. V.31, n.9, pp.1881-1893, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901881> Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

SILVA. A.G. **Acesso à assistência ao parto hospitalar de risco habitual: uma revisão integrativa**. UFF, Niterói, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/handle/1/2427>> Acesso em: 9 de janeiro de 2017.

SILVA, A.K. et al. Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**. V.15, n.3, pp. 1-10, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000300002> Acesso em 8 de janeiro de 2017.

SILVA D.I.; CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V.47, n.6, pp.1397-402, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01397.pdf>>. Acesso em: 2 de maio de 2016.

SILVA, J.L.G. V, et al. O Impacto da Escolaridade Materna e a Renda Per Capita no Desenvolvimento de Crianças de Zero a Três Anos. **Revista Ciências em Saúde**. V.1, n.2, 2011. Disponível em: <http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/viewFile/47/50>. Acesso em: 5 de março de 2016.

SILVA, N.C. B, et al. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas psicol.** V.16, n.2, pp. 215-229, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006> Acesso em 8 de fevereiro de 2017.

SILVEIRA, A.O, et al. Rede de apoio social familiar e a promoção do desenvolvimento infantil. **REFACS**. V. 4, n.1, pp.6-16, 2016. Disponível em:<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/1528/1319>>. Acesso em: 14 de março de 2016.

SINDER, C.B.; FERREIRA, M.C.P. **Oportunidades do ambiente domiciliar e desenvolvimento motor de lactentes entre dez e 18 meses de idade**. UFJF, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/02/Clarice-e-Mariana-.pdf>>. Acesso em: 2 de março de 2016.

SOARES, E.S, et al. **Avaliação das affordances presentes em diferentes tipos de residências para a promoção do desenvolvimento motor infantil**. Temas sobre Desenvolvimento. V.19, n.106, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257797906_Avaliacao_das_affordances_presentes_em_diferentes_tipos_de_residencias_para_a_promocao_do_desenvolvimento_motor_infantil>. Acesso em: 9 de abril de 2016.

SOUZA, E. S.; MAGALHAES, L. C. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo. V.30, n.4, pp. 462-470, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038964002.pdf>>. Acesso em: 7 de maio de 2016.

SOUZA, J.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.23, n.6, pp.1097-104, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf>. Acesso em: 7 de março de 2016.

VASCONCELOS, V.M.; FROTA, M.A.; MARTINS, M.C.; MACHADO, M.M.T. **Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família**. Esc. Anna Nery. V.16, n.2, pp. 326-331, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/17.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2016.

VIANA, et al. **Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos**. Cad. Saúde Pública. V.29, n.2, pp.349-356, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200021> Acesso em: 5 de janeiro de 2017.

ZANELLA, L.W.; REZE, C.R. O desenvolvimento motor e a influência do ambiente familiar e do nível socioeconômico. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas. V. 13, n. 3, pp. 101-113, 2015. Disponível em:<<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8640873/8410>>. Acesso em: 5 de março e 2016.

ZEPPONE, S.C.; VOLPON, L.C.; DEL CIAMPO, L.A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. V.30, n.4, pp. 594-599, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rpp/v30n4/19.pdf>>. Acesso em: 24 de abril de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****REQUERIMENTO**

Cuité, 02 de Maio de 2016.

Ilma Secretária de Educação do município de Cuité
Sra. **Micheline Palmeira Furtado Andrade**

É com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde**” da aluna **Julyana Karollyny Barros Faustino** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** para fins de conclusão do referido curso. Certa de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais de enfermagem e a sociedade principalmente, agradecemos desde já a vossa compreensão e apoio na concordância do pleito.

Certa da sua atenção agradece antecipadamente.

Isolda Maria Barros Torquato
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal de Campina Grande

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sra.

Você e seu filho (a) foram convidados para participarem da pesquisa intitulada **“Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde”** realizada pela acadêmica do Curso de Bacharelado em enfermagem **Julyana Karollyny Barros Faustino** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: - Verificar o conhecimento materno acerca do desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança. Sobre os objetivos específicos elencam-se: - Caracterizar o perfil das mães quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e reprodutivos; - Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento infantil; - Avaliar o desenvolvimento Infantil das crianças de 0 (zero) a 24 (vinte e quatro) do município de Cuité – PB no contexto da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); -Classificar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança de 0 (zero) a 24 meses conforme o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI);

Este estudo viabilizará contribuições significativas para a área da saúde para que possamos colaborar no que concerna a aquisição de subsídios acerca do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil e práticas de cuidado em saúde na criança. Atrelado a isso, almeja-se também subsidiar futuras pesquisas, na região, que abordem a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil como foco centralizador.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista estruturada guiada por um formulário contendo 41 questões envolvendo os aspectos sociodemográficos maternos, reprodutivos, saúde materna, satisfação conjugal e aspectos relacionados a criança como saúde da criança, estrutura familiar e redes de apoio, além de um questionário que avalia o seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde nomeado de Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI - Knowled-ge

of Infant Development Inventory). As crianças também serão avaliadas quanto ao desenvolvimento infantil a partir do formulário do Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, a qual contempla fichas de avaliação e classificação de risco de crianças de 0 (zero) a 24 (vinte e quatro) meses.

Ressaltamos que, sua identidade e privacidade assim como a da criança serão preservadas e que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos apenas mediante autorização.

A sua participação na pesquisa assim como a autorização para a participação da criança serão voluntárias e, portanto a Senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora.

Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando a senhora isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa.

A pesquisa atende aos aspectos éticos da Resolução 466/12, portanto, não acontecendo nenhum constrangimento diante dos participantes da pesquisa.

Informamos ainda que as pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a sua participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa assim como de meu filho(a) e concordo em participarmos da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 2016.

Prof^a. Isolda Maria Barros Torquato

Pesquisadora Responsável

Julyana Karollyny Barros Faustino

Pesquisadora Participante

Testemunha

Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.

Olho D'Água da Bica s/n – Centro. Cuité-PB. Cep: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. João Pessoa – PB. Cep: 58030-150.

Endereço Residencial e contato do Pesquisador Participante:

Rua Pedro Gondim, nº 319, Centro. Cuité. Paraíba. Telefone para contato: (84) 99844478

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande – PB. Telefone (83) 2101-5545.

APÊNDICE D**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: **“Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde”**.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2016.

Isolda Maria Barros Torquato
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE E**TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora (**Isolda Maria Barros Torquato**) e orientanda da pesquisa (**Julyana Karollyny Barros Faustino**) Intitulada “**Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada em 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2016.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

Julyana Karollyny Barros Faustino
Orientanda

APÊNDICE F**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Declaramos para os devido fins que a pesquisa intitulada “**Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde**” está sendo desenvolvida por **Julyana Karollyny Barros Faustino**, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato**. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Verificar o conhecimento materno acerca do desenvolvimento infantil e as práticas de cuidado em saúde na criança. Neste contexto, informamos que as pesquisadoras garantem encaminhar os resultados da referida pesquisa para publicação em periódico científico nacional e/ou internacional priorizando o que descreve a Resolução 466/2012.

Cuité, _____ de _____ de 2016.

Isolda Maria Barros Torquato

Orientadora da pesquisa
Contato: (83) 993822606

Julyana Karollyny Barros Faustino

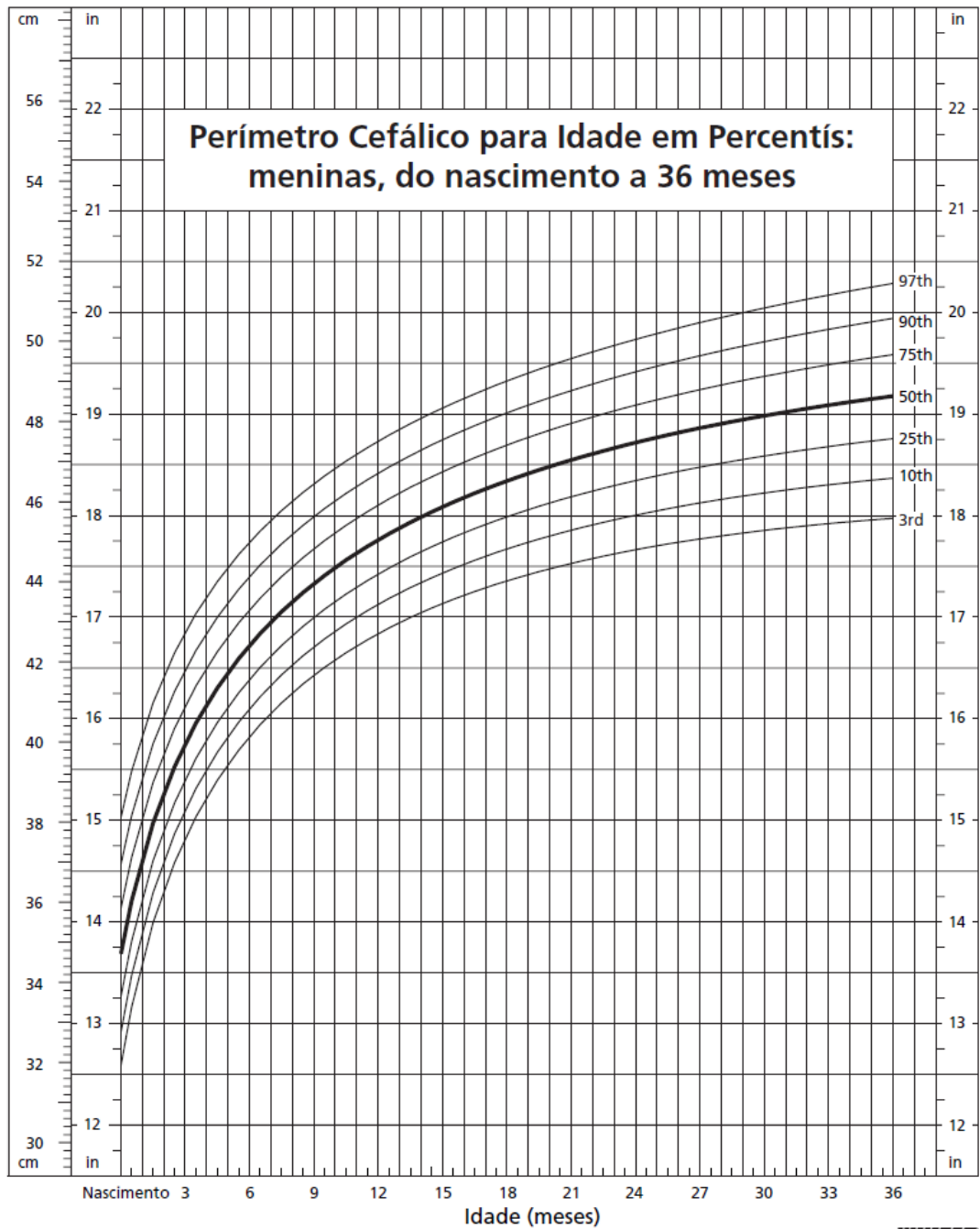
Orientanda
Contato: (84) 99844478

ANEXOS

ANEXO A

Gráficos de crescimento CDC-USA

< 51 >



FONTE: National Center for Health Statistics em colaboração com
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

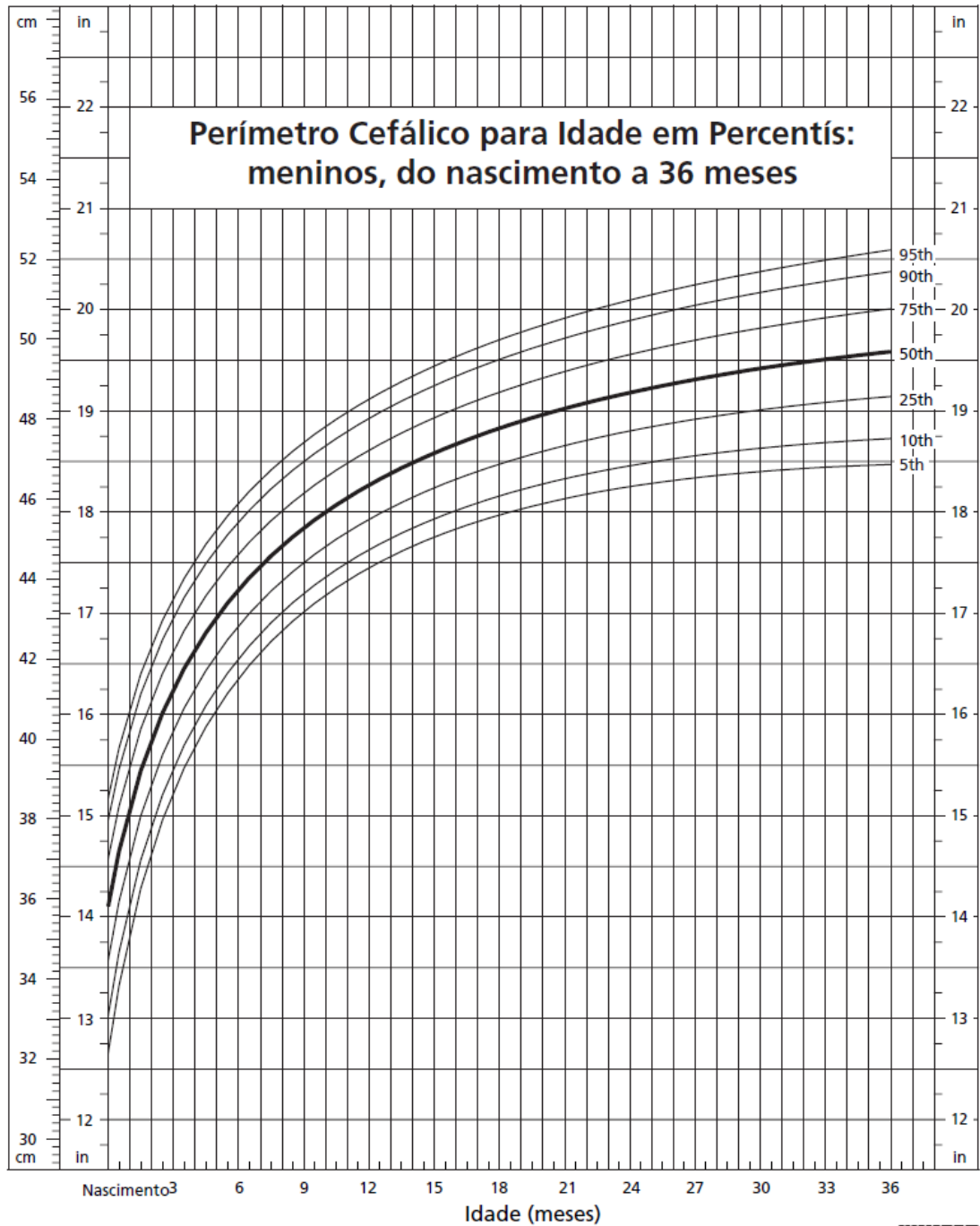


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

ANEXO B

< 52 >

Gráficos de crescimento CDC-USA



FORNTE: National Center for Health Statistics en colaboração con
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

ANEXO C

FICHA DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES

FICHA DE AVALIAÇÃO 1		CLASSIFICAR
VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A < 2 de MESES DE IDADE		
Nome: _____		Idade: _____
Peso: _____ Kg		Temperatura: _____ °C
PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? _____ Primeira consulta? _____ Consulta de retorno? _____		
AVALIAR		
Avaliar o desenvolvimento da criança de 1 semana a 2 meses de idade		
PERGUNTE	OBSERVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento? _____ • Quanto pesou quando nasceu? _____ • Qual a idade gestacional? _____ • Seu filho teve alguma doença grave como meningite, encefalite, traumatismo craniano, convulsões, etc...? _____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? <p>VERIFIQUE: Existem fatores de risco sociais (depressão materna, alcoolismo, drogas, violência, etc.)? _____ Examine se há alterações fenotípicas ou no perímetro.</p> <p>LEMBRE-SE: Se a mãe da criança disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento ou se existe algum fator de risco, fique muito atento na avaliação do seu desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração no perímetro cefálico: Sim _____ Não _____ • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas: Sim _____ Não _____ • Alteração de reflexos/postura/habilidades: Sim _____ Não _____ 	
R: _____ _____ _____ _____		

ANEXO D

FICHA DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE

FICHA DE AVALIAÇÃO 2	
VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE	
Nome: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C	
PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? _____ Primeira consulta? _____ Consulta de retorno? _____	
AVALIAR	CLASSIFICAR
Avaliar o desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade	
PERGUNTE	OBSERVE
<ul style="list-style-type: none"> • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento? _____ • Quanto pesou quando nasceu? _____ • Qual a idade gestacional? _____ • Seu filho teve alguma doença grave como meningite, encefalite, traumatismo craniano, convulsões, etc...? _____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? <p>VERIFIQUE: Existem fatores de risco sociais (depressão materna, alcoolismo, drogas, violência, etc.)? _____ Examine se há alterações fenotípicas ou no perímetro.</p> <p>LEMBRE-SE: Se a mãe da criança disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento ou se existe algum fator de risco, fique muito atento na avaliação do desenvolvimento.</p>	<p>Alteração no perímetro cefálico: Sim _____ Não _____</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas: Sim _____ Não _____</p> <p>Observe os marcos de desenvolvimento para a faixa etária a que pertence a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos estão presentes _____ • Pelo menos um ausente _____ <p>Em caso de ausência de um ou mais marcos para sua faixa etária, observe os marcos da faixa etária anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos estão presentes _____ • Pelo menos um ausente _____
R: _____	

ANEXO E

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES

Quadro 1

- Ausência de um ou mais reflexos/ posturas/ habilidades para sua faixa etária; ou
- Perímetro cefálico <p10 ou >p 90; ou
- Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas

**PROVÁVEL ATRASO NO
DESENVOLVIMENTO**

- Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária;
- Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;
- Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas;
- Existe um ou mais fatores de risco

**DESENVOLVIMENTO NORMAL
COM FATORES DE RISCO**

- Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária;
- Perímetro cefálico entre p 10 e p 90;
- Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas;
- Não existem fatores de risco

**DESENVOLVIMENTO
NORMAL**

ANEXO F

FICHA CLASSIFICAÇÃO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE

Quadro 3

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior • Perímetro cefálico <p10 ou >p 90; ou • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária • Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco 	POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes 	DESENVOLVIMENTO NORMAL

ANEXO H**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000
CNPJ: 08.732.174/0008-27

Estamos cientes da intenção da realização da pesquisa intitulada “**Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde**”, desenvolvida pela discente **Julyana Karollyny Barros Faustino** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) Campus Cuité sob a orientação da professora Mestre **Isolda Maria Barros Torquato**, estando autorizada a realização do referido estudo nas **Creches Municipais de CUITÉ – PARAÍBA**.

Cuité, ____ de _____ de 2016.

Micheline Palmeira Furtado Andrade.
Secretária de Educação do Município de Cuité - PB

ANEXO I**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **Julyana Karollyny Barros Faustino** intitulado **“Vigilância infantil: conhecimento materno acerca do desenvolvimento neuropsicomotor e práticas de cuidados em saúde”**, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, _____ de _____ de 2016.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

ANEXO G

INVENTÁRIO DE CONHECIMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (KNOWLED-GE OF INFANT DEVELOPMENT INVENTORY – KIDI)

Neste questionário são feitas perguntas a você sobre o desenvolvimento infantil normal e sobre cuidados em relação à saúde de crianças. Cada item descreve o que poderia ser o comportamento de uma criança comum ou o que poderia afetar o crescimento e o comportamento de um bebê. Marque em cada item se você concorda com a afirmação, se discorda dela, ou se não está seguro da resposta.

Por favor, responda cada pergunta baseando-se em seu conhecimento sobre as crianças de uma maneira geral - não como o bebê acolhido e cuidado pelo abrigo se comportou em uma determinada idade. Em outras palavras, nós desejamos saber como você pensa que se comportam a maioria dos bebês, como eles crescem, e como cuidar deles. Por favor, certifique-se de marcar apenas uma só resposta para cada item.

DADOS PESSOAIS:

- 1.1. Nome: _____
1.2. Data de Nascimento: _____ Idade: _____
1.3. Naturalidade: _____ Escolaridade: _____ (1) Completo (2) Incompleto
1.5. Formação profissional: _____
1.6. Possui filhos: (1) Sim (2) Não Número: _____
1.7. Telefone: _____ 1.8 Bairro: _____ 1.9. Município: _____

Por favor, marque em cada um dos próximos itens se:

(A) Você concorda; (B) Você discorda; (C) Você não está certo(a) da resposta

- | | |
|---|--|
| 1 A cuidadora (ou o cuidador) precisa apenas alimentar, limpar e vestir o bebê, para que ele fique bem.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) | 5 O bebê não deve ser carregado no colo quando é alimentado porque desta forma ele vai querer ter colo o tempo todo.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) |
| 2 Um bebê precisa ser visto por um médico, de meses em meses, no primeiro ano de vida.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) | 6 Se um bebê de nove meses quiser algo para beliscar, dê a ele amendoim, pipoca ou passas.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) |
| 3 Uma criança de dois anos que está atrasada dois ou três meses em relação a outras crianças de dois anos é retardada.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) | 7 Os bebês fazem algumas coisas somente para causar problemas para sua cuidadora ou seu pai. (Exemplo: chorar por muito tempo ou sujar suas fraldas).
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) |
| 4 As crianças muitas vezes continuarão usando uma palavra errada durante algum tempo, mesmo quando se diz para elas a forma correta de falar essa palavra (exemplo: em vez de dizer “pés”, diz “péses”)
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) | 8 Uma mesma coisa pode fazer uma criança chorar em um momento e rir em outro (Exemplo: um cachorro grande ou brincar de “Vou te pegar”).
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a) |
| | 9 Se você castiga o bebê que está sob seus cuidados no abrigo (ou filha) ou melhor, o bebê que está sob |

seus cuidados no abrigo por fazer algo errado, é certo dar a ele (ou a ela) um doce para que ele (ou ela) pare de chorar.

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

10 Você tem que ficar no banheiro enquanto seu bebê ou bebê que está sob seus cuidados no abrigo estiver na banheira.

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

11 Em geral, os bebês não podem ver e ouvir ao nascerem.

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

12 Bebês entendem apenas as palavras que eles podem falar

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

13 Se um bebê é tímido ou inquieto em situações novas, isso geralmente significa que existe um problema emocional

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

14 Falar com o bebê sobre coisas que ele está fazendo ajuda no seu desenvolvimento

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

15 Pode-se esperar para dar vacinas após um ano porque os bebês têm uma forma de proteção natural contra doenças no primeiro ano de vida

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

16 Uma criança de dois anos que diz "não" a tudo e tenta mandar em você, faz isso de propósito e está apenas tentando aborrecer você

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

17 O modo como se cria uma criança terá pouco efeito sobre sua inteligência

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

18 Um bebê com cólica pode chorar por 20 ou 30 minutos, não importando o quanto você tente confortá-lo.

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

19 Os pais (homens) são naturalmente sem jeito quando cuidam dos bebês

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

20 Todas as crianças precisam da mesma quantidade de sono

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

21 Uma criança pequena normalmente faz de 5 a 7 refeições por dia

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

22 A criança tem pouca influência sobre a maneira como a cuidadora (ou o pai) cuida dela e brinca com ela, pelo menos até a criança ficar mais velha

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

23 Cuidar de um bebê pode deixar uma cuidadora ou um pai cansado, frustrado, ou sentindo que a carga é demais para ele

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

24 Colocar um travesseiro macio no berço é uma forma boa e segura de ajudar o bebê a dormir melhor

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

25 Um bebê recém-nascido consegue ver um rosto a dois metros de distância, tão bem quanto um adulto

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

26 Uma irmã ou irmão pequeno pode começar a fazer xixi na cama ou chupar o dedo quando um novo bebê chega na família

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

27 Alimentos novos devem ser dados ao bebê, um de cada vez, com um intervalo de 4 a 5 dias entre um e outro

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

28 A noção de tempo de uma criança de dois anos é diferente da noção de tempo de um adulto

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

29 O Q.I. (a inteligência) de uma pessoa permanece o mesmo durante a infância

(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

30 A maioria dos bebês prematuros acaba sendo maltratada, mal cuidada ou mentalmente retardada

- (A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 31 Se um bebê é alimentado com leite em pó ele precisa de vitaminas extras e ferro.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 32 Alguns bebês saudáveis cospem quase todo novo alimento, até que se acostumem com ele.
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 33 A personalidade (individualidade) do bebê está formada aos 6 meses de idade
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 34 Um bebê de três meses faz xixi nas suas fraldas aproximadamente 10 vezes por dia
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 35 Uma criança está usando regras da linguagem, mesmo quando ela diz palavras e frases de um modo incomum ou diferente (Exemplo: "Eu fazi." ou "Ela quereu minha bola")
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 36 Algumas mães (ou algumas cuidadoras) não se envolvem realmente com seus bebês até que eles comecem a sorrir e olhar para elas
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 37 O modo com que a cuidadora (ou o cuidador) responde ao bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança crescerá contente e bem ajustada, ou mal-humorada e desajustada
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 38 Os dedos do pé de um recém-nascido se abrem quando você acaricia a planta do pé dele
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 39 As crianças aprendem tudo do seu idioma copiando o que elas ouviram os adultos falar
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 40 Quando um bebê com menos que 12 meses tem diarreia, os pais devem parar de alimentá-lo com comida sólida e dar a ele água com açúcar ou coca-cola sem gás
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 41 Um bebê pode parar de prestar atenção ao que acontece ao seu redor se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 42 Alguns bebês normais não gostam de ficar no colo
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 43 Se um bebê tem dificuldades para evacuar, deve-se dar a ele leite morno
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 44 Quanto mais você conforta seu bebê segurando-o e falando com ele, quando ele está chorando, mais você o estraga
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 45 Uma causa frequente de acidentes com crianças de 1 ano é quando elas puxam e cai sobre elas alguma coisa como uma panela, uma toalha de mesa, ou um rádio
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 46 Bebês meninas são mais frágeis e ficam doentes mais frequentemente, por isso, precisam ser tratadas com mais cuidados do que os meninos
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 47 Um bom modo para ensinar o bebê que está sob seus cuidados no abrigo ou melhor, o bebê que está sob seus cuidados no abrigo a não bater é reagir batendo
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 48 Alguns dias você precisa disciplinar seu bebê (ou melhor, o bebê que está sob seus cuidados no abrigo; outros dias você pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende de seu humor naquele dia
(A)Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
As perguntas a seguir são sobre a idade com que as crianças podem fazer determinadas coisas. Se você achar que a idade está certa, marque "Concordo". Se você não concordar, então decida se uma criança mais Jovem ou mais Velha poderia fazer isto. Se você não estiver seguro da idade, marque "não tenho certeza".

49 A maioria dos bebês pode ficar sentado no chão sem cair com 7 meses
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

50 Um bebê de 6 meses responderá a uma pessoa de forma diferente dependendo se a pessoa estiver contente, triste ou chateada
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

51 A maioria das crianças de 2 anos pode perceber a diferença entre uma história de faz-de-conta da televisão e uma história real
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

52 As crianças normalmente já estão andando por volta dos 12 meses de idade
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

53 Um bebê de oito meses comporta-se de forma diferente com uma pessoa conhecida e com alguém que nunca tenha visto antes
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

54 Um bebê precisa ter aproximadamente 7 meses para poder alcançar e agarrar coisas
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

55 Uma criança de dois anos pode raciocinar logicamente, tanto quanto um adulto poderia.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

56 Uma criança de 1 ano sabe distinguir o que é certo do que é errado
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

57 Um bebê de 3 meses muitas vezes sorrirá quando vir o rosto de um adulto
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

58 A maioria das crianças está pronta para ser treinada a ir ao banheiro com um ano de idade.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

59 Uma criança começará a responder a seu nome com 10 meses
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

60 Os bebês começam a rir das coisas ao seu redor em torno dos 4 meses de idade
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

61 Um bebê de 5 meses sabe o que significa um “não”
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

62 Um bebê de 4 meses deitado de bruços consegue levantar a cabeça
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

63 Balbuciar (“a-ba-ba” ou “bu-bu”) começa em torno dos 5 meses
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

64 Crianças de 1 ano frequentemente cooperam e compartilham coisas quando brincam juntas.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

65 Uma criança de 12 meses pode se lembrar de brinquedos que ela viu serem escondidos.
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

66 O bebê normalmente diz sua primeira palavra de verdade aos 6 meses
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

67 Os bebês têm percepção de profundidade em torno dos 6 meses de idade (podem perceber que estão em um lugar alto)
(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha
(D) Não tenho certeza

68 Um bebê de dois meses pode distinguir alguns sons da linguagem

(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

Por favor, faça uma linha em volta da melhor resposta para as próximas questões:

69. A melhor maneira de lidar com uma criança de um ano que continua brincando na sala com coisas que quebram é:

a. Manter ele (ou ela) num cercadinho e fora do alcance de tudo. b. Dar uma palmada na mão do bebê toda vez que ele tocar em algo. c. Falar "Não!" para a criança e esperar que ela obedeça você. d. Colocar as coisas fora do alcance até que a criança fique mais velha. e. Não tenho certeza

70. Selecione o brinquedo mais apropriado para uma criança de 1 ano:

a. Fazer um cordão com continhas. b. Recortar formas com tesouras. c. Rolar uma bola de um lado para outro com um adulto. d. Arrumar coisas por forma e cor. e. Não tenho certeza

71. Um bebê recém-nascido normal dorme um total de.

a. 22 horas por dia. b. 17 horas por dia. c. 12 horas por dia. d. 7 horas por dia. e. Não tenho certeza

72. Se uma criança de 2 anos não consegue o que quer e tem um acesso de birra, qual seria a melhor maneira de evitar problemas futuros com birras?

a. Dar para a criança um brinquedo novo. b. Ignorar a birra. c. Dar uma palmada no bumbum da criança. d. Deixar a criança conseguir o que quiser. e. Não tenho certeza

73. Ao todo, um bebê recém-nascido normal chora:

a. 1-2 horas de 24. b. 3-4 horas de 24. c. 5-6 horas de 24. d. 7-8 horas de 24. e. Não tenho certeza

74. É mais provável que um bebê de 8 meses se assuste com:

a. Sonhos. b. Bichos grandes. c. Ficar sozinho no escuro. d. Uma pessoa desconhecida usando uma máscara. e. Não tenho certeza

75. A melhor maneira de baixar a febre de um bebê é:

a. Colocar um pano frio na testa do bebê. b. Colocar mais roupas no bebê. c. Dar gotas de remédio contra a febre. d. Dar muita vitamina C para o bebê. e. Não tenho certeza

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

**VIGILÂNCIA INFANTIL: CONHECIMENTO MATERNO ACERCA DO
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE**

I – DADOS MATERNOS

A - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

1-Escolaridade materna:

- a) () 1 a 3 anos
- b) () 4 a 7 anos
- c) () 8 a 10 anos
- d) () 11 a 14 anos
- e) () Quinze anos 15 anos ou mais

2-Trabalho remunerado:

- a) () Sim. O que faz? _____
- b) () Não

3-Renda familiar:

- a) () \leq a 1 salário mínimo
- b) () 1,1 a 2 salários mínimos
- c) () 2,1 a 3 salários mínimos
- d) () $>$ 3 salários mínimos

4-Moradia com saneamento básico:

- a) () Sim
- b) () Não

5-Tipo de moradia:

- a) () Tijolo
- b) () Taipa
- c) () Madeira
- d) () Material aproveitado
- e) () Outro: _____

6-Número de cômodos no domicílio:

- a) () 1 a 2
- b) () 3 a 4
- c) () \geq 5

7-Meio de transporte:

- a) () Carro popular
- b) () Ônibus
- c) () Caminhão
- d) () Outro: _____

B – ASPECTOS REPRODUTIVOS

8-Idade materna:

- a) () $<$ 19 anos
- b) () 19 - 29 anos
- c) () 30 – 40 anos
- d) () $>$ 40 anos

9-Intervalo interpartal:

- a) () $<$ 12 meses
- b) () 12 – 18 meses
- c) () \geq 19 meses

10-Realização do pré-natal:

- a) () Sim
- b) () Não

11-Primeira consulta do pré-natal:

- a) () $<$ 3 meses
- b) () \geq 3 meses

12-Problemas de saúde na gestação:

- a) () Sim. Qual(ais)? _____
- b) () Não

13-Consumo alcoólico durante a gestação:

- a) () Sim
- b) () Não

14-Tabagismo durante a gestação:

- a) () Sim
- b) () Não

15-Consumo de drogas ilícitas durante a gestação:

- a) () Sim
- b) () Não

C – SAÚDE MATERNA

16- Apresenta problemas de Saúde

- a) () Sim. Qual(ais)? _____
- b) () Não

17-Utiliza medicação:

- a) () Sim. Qual(ais)? _____
b) () Não

D – SATISFAÇÃO CONJUGAL

18-Satisfação com o relacionamento conjugal:

- a) () Sim
b) () Não

19-Rejeição da última gravidez:

- a) () Sim
b) () Não

20-Presença de brigas conjugais:

- a) () Sim
b) () Não

II – DADOS DA CRIANÇA

A – CONDIÇÕES DO NASCIMENTO

21-Idade da criança: _____

22-Sexo da criança:

- a) () Feminino
b) () Masculino

23-Idade gestacional ao nascer:

- c) () < 37 semanas
d) () 37 semanas
e) () > 37 semanas

24-Peso ao nascer:

- a) () < 1000 gr
b) () 1000-1499gr
c) () 1500-2499gr
d) () ≥ 2500gr

25-Morbidade neonatal:

- a) () Sim. Qual(ais)? _____
b) () Não

B – SAÚDE DA CRIANÇA

26-Hospitalização:

- a) () Sim. Quantas vezes? _____
b) () Não

27-Vacinas atualizadas:

- a) () Sim
b) () Não

28-Consulta de puericultura no primeiro ano de vida:

- a) () Sim
b) () Não

29-Estado nutricional:

Peso: _____; Altura: _____; Idade: _____
IMC: _____

C – ATENÇÃO A CRIANÇA

30-Frequenta ou frequentou creche

- a) () Sim
b) () Não

31-Tempo disponível da mãe para a criança

- a) () ≤ horas 6 horas
b) () 7 a 12 horas
c) () >12 horas

32-Tempo disponível do pai para a criança

- a) () ≤ horas 6 horas
b) () 7 a 12 horas
c) () >12 horas

D – ESTRUTURA FAMILIAR

33-Pais residem juntos

- a) () Sim
b) () Não

34-Número de irmãos

- a) () 1 a 2 irmãos
b) () ≥ 3 irmãos

35 – Quantas pessoas residem na sua casa?

E – REDE DE APOIO

36-Recebe apoio do pai da criança no cuidado?

- a) () Sim. Qual: _____
b) () Não

37-Recebe apoio de familiares no cuidado a criança?

- a) () Sim
- b) () Não

38- Recebe assistência de outras redes de apoio no cuidado a criança?

- a) () Sim.

Qual: _____

- b) () Não

F- ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL

39- Você recebe orientações frequentes do profissional de enfermagem sobre a estimulação do desenvolvimento do seu filho(a)?

- a) () Sim
- b) () Não – Não Responder a questão 40 e 41.

40- Quais as estratégias utilizadas pelo profissional de enfermagem para as orientações?

- a) () Exposição oral individual
- b) () Exposição oral coletiva
- c) () Materiais educativos
- d) () Oficinas ou Demonstrações práticas
- d) () Outro: _____

41- Considera que as informações ofertadas pelos profissionais foram suficientes para suprir sua compreensão sobre a estimulação da criança?

- a) () Sim
- b) () Não