UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VANESSA BERTOGLIO COMASSETTO ANTUNES DE OLIVEIRA

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A FORMAÇÃO PERMANENTE NO APRIMORAMENTO DA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

SÃO PAULO
2016

VANESSA BERTOGLIO COMASSETTO ANTUNES DE OLIVEIRA

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A FORMAÇÃO PERMANENTE NO APRIMORAMENTO DA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

SÃO PAULO
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___ /_____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de
Promoção do desenvolvimento infantil: a formação permanente no aprimoramento da prática dos enfermeiros/ Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira. São Paulo, 2016.
86 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de La Ó Ramallo Veríssimo
Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Educação permanente. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Saúde da criança. 4. Promoção da saúde. 5. Enfermagem pediátrica. I. Título.

Nome: Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira.

Título: Promoção do desenvolvimento infantil: a formação permanente no aprimoramento da prática dos enfermeiros.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo privilégio de testemunhar de sua graça ao longo dos dias tão incertos. Também, por ter me dado a chance de desenvolver essa pesquisa. Obrigada por ter abençoado dias difíceis com momentos inesquecíveis e pessoas especiais. Obrigada por me suprir de forças para alcançar esse objetivo, esse sonho.

Aos meus pais, pelo incentivo nas horas de cansaço, nas horas de ânimo e de desanimo. Pelo apoio em cada viagem. E principalmente por terem me ensinado tantos valores sobre a vida. Um amor indescritível.

Às minhas companheiras, minhas irmãs, pela lealdade e disposição em ajudar.

Às minhas avós, exemplos de vida, pelas orações e palavras de apoio.

Ao meu companheiro, que escolhi para compartilhar os momentos de angústia e de alívio.

Às grandes amizades conquistadas no Grupo de Pesquisa – Grucria.

À professora Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, uma grande orientadora no projeto do mestrado e no projeto de vida pessoal e profissional. Um grande exemplo.

Aos enfermeiros que construíram esse trabalho comigo e dedicaram dias de reflexão e estudo com muito comprometimento.

A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade. (Paulo Freire)

Oliveira VBCA. Promoção do desenvolvimento infantil: a formação permanente no aprimoramento da prática dos enfermeiros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: O presente estudo teve por objeto a incorporação das tecnologias para o acompanhamento do desenvolvimento infantil (DI) na prática dos enfermeiros, por meio da formação permanente de caráter emancipatório. Entende-se o DI comum processo de construção da identidade humana, que resulta da interação entre as características biológicas, próprias da espécie e do indivíduo, e sua história de vida, contexto social e cultural. Assim, apoiar e promover DI demanda o uso de tecnologias apropriadas que possibilitem ao enfermeiro apreender essa interação e atuar como um agente favorecedor do desenvolvimento das crianças atendidas por ele. Contudo, diversos estudos, assim como a observação da prática, têm mostrado que esses profissionais ainda não incorporaram o acompanhamento do DI com o rigor que a ação merece. **Objetivo Geral**: sistematizar uma ação educativa para sensibilizar enfermeiros para o aprimoramento do acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. **Objetivos Específicos**: mapear e sistematizar as tecnologias que os enfermeiros podem utilizar para aprimorar sua formação no acompanhamento da promoção do DI; identificar os conhecimentos e as práticas de enfermeiros da ESF voltadas ao DI; apresentar e discutir com os enfermeiros as tecnologias disponíveis para o acompanhamento do DI; discutir com os enfermeiros a aplicação de tecnologias para o fortalecimento do acompanhamento e da promoção do DI. **Método**: Pesquisa-ação, com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família num Distrito Sanitário do município de Curitiba-PR. Amostra intencional, oriunda da população de 35 enfermeiros do local do estudo, mediante aceitação voluntária. As atividades educativas e de pesquisa ocorreram em oficinas educativas emancipatórias, planejadas em conjunto com o grupo de participantes e registradas em atas e em áudio. A análise dos registros foi elaborada segundo a técnica de análise temática de conteúdo. O projeto seguiu a Portaria 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da SMS de Curitiba. **Resultados**: Participaram 12 enfermeiros em sete oficinas, divididas em três fases: caracterização da prática do enfermeiro, teoria como embasamento da práxis e implementação das ações. A atividade permitiu que os sujeitos reconhecessem e problematizassem as ações do acompanhamento do DI como insuficientes (fase 1). Na imersão teórica (fase 2), estudaram a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e as Necessidades Essenciais das Crianças, atualizando e aprimorando seus conhecimentos. Decidiram elaborar e uma nova tecnologia, para o aperfeiçoamento da prática, criando um *checklist* de acompanhamento do DI. Após testarem o checklist no atendimento, consideraram-no um instrumento capaz de incorporar as ações de acompanhamento do DI e acolher as famílias das crianças de modo satisfatório. Entretanto, os enfermeiros identificaram ser necessária compreensão maior sobre as teorias estudadas e sobre intervenções em casos de risco ao DI. **Conclusão**: a Teoria da Formação Permanente e a Pesquisa-Ação possibilitaram o aprimoramento das ações de enfermagem no acompanhamento do DI.

Descritores: Educação Permanente; Desenvolvimento infantil; Saúde da criança; Promoção da saúde; Enfermagem pediátrica.

Oliveira VBCA. Promotion of children's development: through permanent in the improvement of nurses' pratice [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The present study aims at analyzing the incorporation of technologies for the monitoring of infant development in nurses' practice, through permanent emancipatory training. Infant Development (ID) is understood as a process by which human identity is stablished; it is a result of biological characteristics (proper both to the species and to the individual), as well as life history, social and cultural contexts. Thus, supporting and promoting ID demands the use of appropriate technologies that enable nurses to understand this interaction and to act as a facilitating agent for the development of the children they serve. However, several studies (and practice observation) have shown that these professionals have not yet incorporated ID in their practice with the consistency that the action deserves. **General Objective**: To structure an educational action in order to sensitize nurses for the improvement of infant development care. **Specific Objectives**: To map and systematize technologies that nurses can use to improve their training in monitoring the promotion of ID; to identify nurses' knowledge and practices directed to ID; to present and discuss with nurses the available technologies for ID care; to discuss with nurses the application of specific technologies to both monitoring and promotion of ID. **Method**: Action research, with nurses of the "Estratégia Saúde da Família" (Family Health Strategy) in a Sanitary District in the city of Curitiba, in the State of Paraná. Intentional sampling: 35 nurses from the study site, according to voluntary acceptance. Educational and research activities took place in educational emancipatory workshops, planned together with the participants and recorded both in minutes and in audio. Record analysis was elaborated in accordance to the thematic content analysis technique. The project followed the National Regulation 466/2012, with approval of both the Research Ethics Committee from the Nursing School of the University of São Paulo (USP) and the Municipal Health Secretary of Curitiba. **Results**: Twelve nurses participated in seven workshops, which were divided in three phases: 1) characterization of the nurse practice, 2) theory as basis for praxis and 3) implementation of actions. The activities allowed the subjects to recognize and problematize the actions related to ID care, concluding that they are currently insufficient (phase 1). During theoretical immersion (phase 2), the focus was on the Bioecological Model of Human Development and Children's Essential Needs, as a means for updating and improving professional knowledge. During this phase, the debate was centralized on a new technology for the improvement of nurses' practice, which resulted on anID-care checklist. After putting the checklist into practice, the participants considered it a valuable instrument to be incorporated in treatment, considering not only the children but also their families in a satisfactory way. However, the nurses identified the need for a better understanding of such theories in cases of ID interventions with considerable risk for the children. **Conclusion**: Permanent Training Theory and Action Research enabled the improvement of nursing actions related to ID care.

Keywords: Permanent Education; Infant Development; Child Health; Health Promotion; Pediatric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: O modelo PPCT de UrieBronfenbrenner. A *Pessoa* (P) ativa engajada em *Processos Proximais* com pessoas, símbolos e objetos dentro de um microssistema, em interação com outros *Contextos*, incluindo tanto continuidade quanto mudança ao longo do *Tempo*[17] 17

FIGURA 2: Distritos Sanitários do município de Curitiba, 2014 36

FIGURA 3: Categorias e temas geradores emergidos na análise da roda de conversa sobre: "Como o acompanhamento do DI está inserido na minha rotina?" 45

FIGURA 4: O "Jardim Perfeito" elaborado pelos enfermeiros 46

FIGURA 5: Dificuldades e limitações na aplicação do *checklist* de acompanhamento do desenvolvimento nas consultas de enfermagem à criança 59

FIGURA 6: Vantagens e Contribuições na aplicação do *checklist* de acompanhamento do desenvolvimento nas consultas de enfermagem à criança 60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

1.1 O DESENVOLVIMENTO HUMANO POR BRONFENBRENNER – CONCEITOS E IMPLICAÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DO DI 14

1.2 AS NECESSIDADES ESSENCIAIS DA CRIANÇA COMO UM MEIO PARA A PLENITUDE DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 18

1.3 O USO DE TECNOLOGIAS NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR ENFERMEIROS 22

1.4 TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS PARA A AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 24

2 OBJETIVOS 27

2.1 OBJETIVO GERAL 28

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 28

3 CAMINHO METODOLÓGICO 29

3.1 MÉTODO DE ABORDAGEM 30

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO 32

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA 35

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA 37

3.5 COLETA DE DADOS 38

3.6 ANÁLISE DOS DADOS 39

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 40

4 RESULTADOS 41

5 DISCUSSÃO 62

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 69

REFERÊNCIAS 72

ANEXOS 80

ANEXO I–TCLE 81

ANEXO II – *CHECKLIST* DE ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA CRIANÇA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 83

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo a incorporação de tecnologias para o acompanhamento do desenvolvimento infantil (DI) na prática dos enfermeiros. Dadas as evidências de que tal prática não tem se efetivado de forma adequada às muitas demandas envolvidas nessa ação. Estudos relatam a ausência do acompanhamento do DI nas consultas de puericultura e sugerem algumas ações que possam alterar essa realidade, como os processos educativos com os enfermeiros[1]. Assim, o estudo partiu da questão: pode o processo de educação emancipatória, por meio da pesquisa-ação, aprimorar os conhecimentos e práticas do enfermeiro sobre a promoção do desenvolvimento infantil?

O desenvolvimento humano é definido segundo a teoria bioecológica como "o fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupo, (...) que se estende ao longo do ciclo da vida nas sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico"[2].

É durante os primeiros anos de vida que grande parte do desenvolvimento ocorre, tornando esta fase mais suscetível a agravos[3], bem como constituindo-se como o momento favorável ao cuidado promotor do DI e às intervenções adequadas para sua recuperação.

Assim, acompanhar o desenvolvimento da criança nesse período é fundamental, e constitui-se em uma das ações pertinentes à Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que o acompanhamento em saúde está associado a um atributo da Atenção Primária à Saúde, a longitudinalidade[4].

Esta abrange a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde, os pacientes e as famílias e demais profissionais, como professores. A aplicação dessa nomenclatura para o cuidado com o DI fortalece particularmente a ação do enfermeiro inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF). Visto que, garantir a longitudinalidade é uma

das razões da proposição da ESF como modelo assistencial na Atenção Básica[5]. A ESF tema responsabilidade do cuidado ao DI de forma longitudinal, mantendo relações constantes com a criança e sua família, ao longo da infância, e isso deve ocorrer independente da presença de doença, garantindo-se o cuidado integral[4].

O acompanhamento do DI faz parte do conjunto de ações básicas de saúde da criança, formulado inicialmente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, em 1984, ação essa que se manteve como eixo central nos programas de saúde da criança que se seguiram em nível nacional[5]. Ele compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas no desenvolvimento, entendendo que seja um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos enfermeiros, dos demais profissionais de saúde, dos professores, entre outros[6].

No que tange às atividades específicas do enfermeiro, a consulta de enfermagem é um importante meio para o alcance das ações programáticas. O acompanhamento do DI, o qual pode ser realizado alicerçado nas etapas do processo de enfermagem[7]. Sendo assim, o enfermeiro tem condições de analisar de forma integrada a situação de saúde da criança, com enfoque no DI, com vista à ação resolutiva de promoção à saúde. Para tanto, pressupõe-se que o enfermeiro compreenda que é necessário abranger os componentes essenciais da Atenção Primária, ou seja, a equidade, a participação da comunidade e da família, a intersetorialidade e a acessibilidade[7], o que pode ser alcançado mediante aplicação das tecnologias educativas de saúde[1].

Portanto, evidencia-se a necessidade de qualificação dos enfermeiros para a realização do acompanhamento do DI, visto que todas as crianças que frequentam as unidades de saúde precisam dessa atenção e, ainda, muitas encontram-se em risco para atraso no desenvolvimento[1].

Estudos revelam fragilidade no acompanhamento do desenvolvimento infantil pelo enfermeiro, indicando que a consulta na APS centra-se na aferição de peso, verificação do esquema de vacinação e orientação nutricional[1,8]. É incomum a aplicação de ações no acompanhamento do DI durante o atendimento prestado às crianças na Atenção Primária[1]. Nas vivências de aulas práticas, observa-se que as orientações costumam ser realizadas baseadas nas experiências particulares das enfermeiras, ou no senso comum, e não há sistematização na coleta e interpretação de dados, nem na proposição dos cuidados. Essa realidade é confirmada por estudos que afirmam que, além da ausência de orientações sistematizadas e fundamentadas sobre o DI, os enfermeiros não registram, através das anotações de enfermagem, os achados durante o atendimento e tampouco as orientações prestadas[1,8,9].

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado faz parte das ações de cuidado à criança e precisa ser desenvolvido por profissionais de áreas como a saúde e educação. Nas suas especificidades, cada profissional deve abranger a promoção do DI em suas atividades a fim de apoiar a criança como um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, apto a incorporar-se ao meio que o cerca, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da sociedade[1].

Quanto às ações do enfermeiro, destaca-se a consulta de enfermagem para o acompanhamento do DI como uma atividade abrangente, visto que deve ser realizada sistematicamente por meio das etapas do processo de enfermagem[7]. Sendo assim, compreende-se a entrevista para a coleta de dados, o exame físico e a avaliação do desenvolvimento, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas detectados[7].

É importante considerar que a consulta do enfermeiro pode ser feita também no ambiente domiciliar, no qual é favorecida a observação da realidade da família e de outros

membros familiares que nem sempre podem ir até a Unidade de Saúde[7]. Segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento da criança deve ser realizado com frequência regular nos dois primeiros anos, intercalando consultas médicas e de enfermagem[10].

O atendimento do enfermeiro, focando o acompanhamento do DI, prevê a análise e a identificação dos riscos para o DI adequado, a verificação de avanços da criança em relação a novos aprendizados, e a parceria com a família no processo de cuidado[7], mediante ações de educação em saúde. Além disso, é fundamental que o enfermeiro compreenda e reconheça os momentos adequados para o melhor potencial de desenvolvimento das crianças, também conhecidos como "janela de oportunidades" a fim de que sejam fortalecidos pelo cuidado integral, incorporando aspectos biológicos, afetivos e socioambientais[11].

A pesquisa partiu da premissa que, a partir do momento em que o enfermeiro compreende todas as dimensões do DI, ele pode propor ampliar e aprimorar suas intervenções, a fim de contribuir para o desenvolvimento da criança. Com o domínio destas informações, o enfermeiro está apto para incorporar tecnologias que visem a identificação das pessoas que podem apoiar a manutenção da saúde da criança e o acompanhamento do seu desenvolvimento.

Por fim, a compreensão das necessidades essenciais da criança pode favorecer a utilização de tecnologias para ações de orientação aos familiares a ponto de torná-los sujeitos capazes de estimular a criança a atingir o melhor do seu desenvolvimento.

1.1 O DESENVOLVIMENTO HUMANO POR BRONFENBRENNER – CONCEITOS E IMPLICAÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DO DI

A compreensão dos conceitos elaborados por Urie Bronfenbrenner favorece a realização desta pesquisa, pois estes enriquecem e ampliam as definições correntes de desenvolvimento

humano. A principal contribuição do autor foi demonstrar a importância de considerar o contexto para a compreensão do desenvolvimento, numa época em que os estudiosos privilegiavam os fatores individuais, genéticos e maturacionais, nos estudos sobre esse processo[12].

Além disso, para Bronfenbrenner, o ser humano cria o ambiente que dá forma ao seu desenvolvimento: "Suas ações influenciam os diversos aspectos físicos e culturais que modelam sua ecologia, sendo este esforço o que faz os seres humanos produtores ativos do seu próprio desenvolvimento"[13].

Focando no desenvolvimento infantil, entende-se que o acompanhamento do DI com foco ampliado no ambiente em que a criança está inserida é de grande relevância, visto que é o reconhecimento de que os processos de desenvolvimento humano são influenciados por eventos e condições do meio ambiente, inclusive das políticas públicas[14]. Consequentemente, estes eventos geram efeitos significativos sobre o desenvolvimento das crianças, em suas famílias, na escola ou em outros contextos.

Sendo assim, enfatiza-se a necessidade, por parte dos enfermeiros como profissionais de saúde, da compreensão de como as variáveis referentes ao meio ambiente influenciam na capacidade das famílias, das escolas e de outros locais de socialização de funcionarem eficazmente como contexto de desenvolvimento infantil[15].

Parte-se do pressuposto que conhecer a concepção de desenvolvimento por parte dos cuidadores, suas dúvidas e as compreensões das relações estabelecidas entre as variáveis, permite, de certa forma, definir o cuidado prestado à criança e caminhos que visem aprimorar este atendimento.

A teoria bioecológica de Bronfenbrenner tem como núcleos essenciais o **processo**, a **pessoa**, o **contexto** e o **tempo**. Sendo, portanto, também chamada de modelo PPCT. Estes

núcleos são inter-relacionados, caracterizam e determinam o desenvolvimento da pessoa, em destaque a criança, como também sua família[2].

O Processo se refere às interações recíprocas entre a pessoa, no caso a criança, em desenvolvimento e as outras pessoas, objetos e símbolos presentes no ambiente que a circunda. Essas relações podem ser das mais variadas intensidades e complexidades, sendo que as contínuas e com um tempo longo de duração são definidas como processos proximais, pois são as que podem influenciar as características do desenvolvimento da criança, de acordo com as especificidades pessoais dela e do ambiente em interação[2,16].

O autor define que a pessoa é um sujeito ativo no processo do seu desenvolvimento. Fatores intrínsecos, como a genética, influenciam este processo, assim como atributos considerados pessoais, como a curiosidade, recursos cognitivos e emocionais, como a inteligência e as habilidades, e fatores temperamentais, como a disposição, a persistência e o engajamento[2,16].

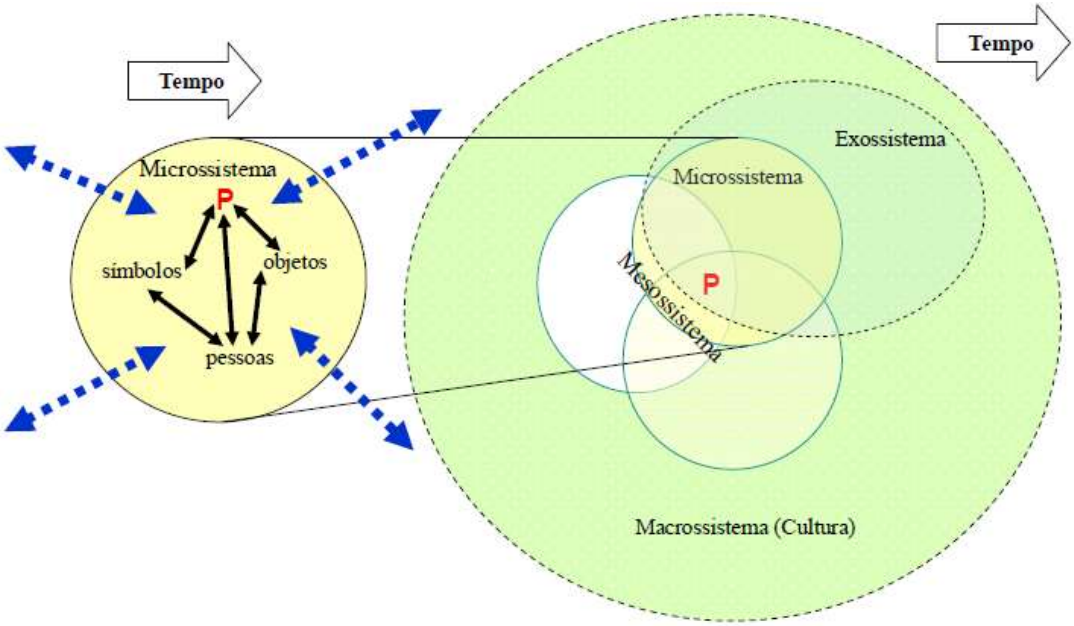
No que se refere ao Contexto, pode-se considerar qualquer acontecimento, ou condição extrínseca ao sujeito, que potencialmente influencia o ser em desenvolvimento. Não apenas os mecanismos proximais geram consequências no processo de desenvolvimento, mas também os distais, ao atuar sobre a força e direção dos processos proximais[2,16]. Os contextos são compreendidos em quatro níveis, definidos pelo autor como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema[2,16].

Conforme a figura 1, nota-se que o microssistema abrange as relações de interação face a face, como lar, a creche, a escola. Considera-se o contexto primário de desenvolvimento no qual a criança se engaja em atividades com interlocutores com os quais tem relações afetivas e ocorrem influências em ambos os sentidos. Quando há um conjunto de microssistemas, compreendendo os vínculos entre dois ou mais ambientes, define-se mesossistema, por exemplo, entre a família e a escola da criança. O exossistema é compreendido pelas relações

que também influenciam o desenvolvimento da criança, mas sem a inserção dela nesse contexto, por exemplo, o trabalho dos pais. Por fim, o macrossistema é composto por cultura, crenças, valores e ideologias, além de sistemas sociais, políticos e em que a criança está inserida.

A dimensão do tempo pode ser entendida na forma micro e macro. Quando visualizada de forma micro, trata-se da estrutura que capta as mudanças do meio, como o grau de estabilidade ou mudança das crianças face aos eventos que ocorrem durante a sua existência, produzindo diretamente condições que afetam seu desenvolvimento. Na forma macro, determina-se o período de tempo do indivíduo em relação a sua geração.

FIGURA 1: O modelo PPCT de UrieBronfenbrenner. A *Pessoa* (P) ativa engajada em *Processos Proximais* com pessoas, símbolos e objetos dentro de um microssistema, em interação com outros *Contextos*, incluindo tanto continuidade quanto mudança ao longo do *Tempo*[17]



Fonte: Tudge, J. A Teoria de Bronfenbrenner: uma teoria contextualizada?

1.2 AS NECESSIDADES ESSENCIAIS DA CRIANÇA COMO UM MEIO PARA A PLENITUDE DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

As crianças, assim como todas as pessoas, têm certas necessidades consideradas essenciais para atingirem seu desenvolvimento adequado. Essas necessidades precisam ser compreendidas e interpretadas com base nas peculiaridades do processo de desenvolvimento, assim como, também, nas condições concretas da vida[18].

O referencial das necessidades essenciais de Brazelton e Greenspan enfoca e fornece ferramentas próprias para as particularidades da criança objetivando o alcance do seu potencial de desenvolvimento infantil[19]. Os conceitos abordados na sequência estão associados ao desenvolvimento integral de todas as crianças, de qualquer origem étnica, classe social, condição física e mental.

Segundo Brazelton e Stanley[20], as necessidades essenciais das crianças são: necessidades de relacionamentos sustentadores contínuos; necessidade de proteção física, segurança e regulamentação; necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais; necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento; necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas e, por fim, necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural.

As necessidades mínimas aqui expostas demandam experiências e tipos de cuidados aos quais todas as crianças têm direito e que são consideradas vitais para seu desenvolvimento intelectual e emocional[18].

NECESSIDADE DE RELACIONAMENTOS SUSTENTADORES CONTÍNUOS

São os cuidados e as experiências que promovem a aquisição da segurança emocional, ou seja, o relacionamento entre o cuidador (adulto) e a criança precisa ser permeado por atenção e amorosidade[19].

Essa interação pode ocorrer nas mais variadas situações, como durante o banho, a alimentação, a troca de roupa, entre outros. É fundamental a interação amorosa entre as partes e pode ser realizada por meio de conversa, toques, carinho e brincadeiras[18].

> Os relacionamentos sustentadores são construídos pelas interações contínuas. A criança e o cuidador conhecem um ao outro e desenvolvem formas de interações afetivas, com sintonia entre a manifestação das necessidades e seu atendimento. Assim, estabelece-se um vínculo entre eles. A criança se apega ao adulto, que se torna sua fonte de segurança e objeto de amor. Por este motivo, a possibilidade de estabelecimento de vínculos afetivos na infância é restrita a poucas pessoas de convívio mais permanente e íntimo. Tais relacionamentos apoiam a conquista de cada uma das competências do desenvolvimento psicossocial na infância: a confiança básica, a autonomia, a iniciativa e a industriosidade[19].

O enfermeiro precisa saber que, no segundo semestre de vida, a criança já conhece bem seu cuidador principal, por isso a identificação deste adulto e a relação com ele deve ser próxima para apoiar no acompanhamento do DI. Além disso, a orientação profissional permite que o adulto compreenda a importância do seu papel no desenvolvimento da criança como sujeito que fornece segurança emocional.

NECESSIDADE DE PROTEÇÃO FÍSICA, SEGURANÇA E REGULAMENTAÇÃO

Segundo Brazelton e Greenspan[19], as necessidades de proteção física, segurança e regulamentação podem ser supridas das mais variadas maneiras, tais como: fornecimento de alimentos para o sustento, promoção do sono e repouso da forma mais adequada possível, manutenção da higiene corporal, através de banhos, trocas de fraldas, higiene oral, cuidado para a prevenção de agravos como acidentes comuns na infância, proteção contra doenças transmissíveis e infecções, busca por tratamento precoce quando do aparecimento de qualquer sintoma de doença ou incômodo, participação ativa no programa de vacinação, entre outros.

Embora possam parecer cuidados inerentes à infância, os enfermeiros e os cuidadores da criança precisam saber que estas ações são fundamentais para o aprimoramento do DI, justamente por atenderem as necessidades essenciais das crianças[18].

NECESSIDADE DE EXPERIÊNCIAS QUE RESPEITEM AS DIFERENÇAS INDIVIDUAIS

Cada criança tem suas necessidades peculiares e é fundamental que os cuidadores, bem como o enfermeiro, compreendam esta informação[18]. Dessa forma, é possível entender que a maneira como a criança é cuidada também pode influenciar as suas características, amenizando ou acentuando dificuldades. Por isso, é preciso estar atento não somente às características particulares de cada criança como também à assimilação de respostas dela ao contexto familiar e social[20].

> Assim, ao conviver com a criança e cuidar dela, é importante estar atento à sua reação aos diferentes estímulos ambientais e situações, para adaptar o modo de cuidá-la, de forma que isso pode variar nos diferentes modelos de vida. Isso quer dizer, por exemplo, que as crianças não são somente introvertidas ou extrovertidas. Em geral, ainda que predomine uma característica de temperamento, diferentes situações podem suscitar comportamentos diversos. Desta forma, é importante não classificar a criança em um ou outro 'tipo', mas apenas acompanhá-la e ajudá-la no que for necessário para proporcionar o alcance de todas as suas potencialidades de desenvolvimento[20].

Considera-se, dessa forma, a importância de o enfermeiro orientar a família e os cuidadores que cada criança tem sua particularidade, embora as mesmas necessidades, ou seja, em uma família com mais de um filho, cada um precisa ser tratado e cuidado na sua singularidade, evitando comparações e preferências com modos de comportamento[18].

NECESSIDADE DE EXPERIÊNCIAS ADEQUADAS AO DESENVOLVIMENTO

O ser humano se desenvolve durante todas as fases de sua vida. Entretanto, na infância verificam-se os marcos no DI. Todos os profissionais que convivem com as crianças precisam compreender estes marcos com o intuito de identificar, estimular e orientar as famílias na percepção desta fase. Além disso, é preciso considerar as vulnerabilidades a que o DI está sujeito, o que pode servir de dificuldades para o alcance do potencial de desenvolvimento de cada criança[20].

É fundamental que o enfermeiro aborde esta temática no acompanhamento do DI de forma fundamentada, pois a criança precisa de oportunidades para a aprendizagem de novas habilidades (motoras, cognitivas, afetivas, sociais e de linguagem) e novos comportamentos. Por isso, os cuidadores precisam conhecer a importância de seu papel para auxiliar a criança a viver novas e diferentes experiências para aprender a dominar os próprios movimentos, identificar relações entre fatos, relacionar-se e formar vínculos sociais[20].

NECESSIDADE DO ESTABELECIMENTO DE LIMITES, ORGANIZAÇÃO E EXPECTATIVAS

A disciplina é uma condição favorável para o DI, pois, de forma gradativa, a criança se torna capaz de tomar decisões adequadas e se responsabilizar pelas suas atitudes. Além disso, oportuniza a criança aprender a entender a si e aos outros, considerando não só as ações em si, mas também as razões que orientam os comportamentos[20].

Com a imposição de limites adequados, de desenvolvimento de expectativas positivas a partir dos seus relacionamentos sustentadores e do estímulo à organização, estimula-se que a criança apresente um comportamento social mais adequado. Além de desenvolver a capacidade de empatia, ou seja, considerar o outro em sua individualidade. Outra consequência é o equilíbrio das expectativas das crianças, aprendendo a lidar com os impulsos e as vontades[20].

O enfermeiro precisa orientar o cuidador sobre essa necessidade e informar sobre as diferenças que existem entre as maneiras de impor limites. Não se pode confundir essa definição de disciplina com a aplicação de castigos físicos e verbais, ameaças, chantagens e humilhações, pois estes são exemplos de violência contra a criança, e não aplicação de disciplina[18].

NECESSIDADES DE COMUNIDADES ESTÁVEIS E AMPARADORAS E DE CONTINUIDADE CULTURAL

Assim como visto anteriormente, quando se discutiu a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, a criança pertence a uma família (com laços sanguíneos ou não) e se relaciona com parentes, amigos, vizinhos e instituições, como unidade de saúde, escola, igreja.

As relações entre estes sujeitos e as crianças são de duplo sentido e favorecem a criação de uma identidade social, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores que fazem parte do desenvolvimento da criança[19]. A construção e identificação de uma rede de cuidados à criança demanda a consolidação de uma interação saudável e propícia ao desenvolvimento adequado, permeada por troca, tolerância e confiança entre famílias, profissionais, amigos e demais pessoas que possam fazer parte da rede da criança[19].

1.3 O USO DE TECNOLOGIAS NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR ENFERMEIROS

Toda prática profissional é realizada com base num rol de competências e habilidades específicas, para o desempenho de funções próprias da profissão. No caso do enfermeiro, tais funções próprias incluem as práticas assistencial, gerencial, investigativa e educativa. Em cada uma de suas práticas ele deve utilizar tecnologias adequadas que apoiem e garantam a efetividade de suas ações e intervenções[21].

As discussões que embasam o tema das tecnologias usadas nas práticas em saúde são abordadas predominantemente por autores inseridos na política social, pois estão relacionadas à infraestrutura produtiva da sociedade. Sugerem que o processo de trabalho em saúde é baseado na intermediação entre o trabalhador e o usuário[22].

Merhy[23] propõe que esta relação entre os trabalhadores e os usuários é construída por meios materiais e não materiais. Segundo Merhy,

> o mundo do trabalho em saúde, no encontro do trabalhador com o objeto de sua intervenção (usuário, paciente, cliente), a produção se dá no instante em que é consumido o que é denominado de 'trabalho vivo' em ato e essa dimensão tecnológica é denominada **tecnologia leve** ou relacional.[23]

Um exemplo de tecnologia leve voltada ao acompanhamento do DI pelo enfermeiro pode ser a relação proximal com a família da criança, a qual pode conter aspectos que favoreçam, ou não, o desenvolvimento da criança, por meio da educação em saúde.

A dimensão do conceito de tecnologia leve surgiu após as primeiras ideias do autor, que inicialmente definiu as tecnologias materiais (máquinas, equipamentos, protocolos, entre outros) como **tecnologias duras**[22]. Merhy incorpora esta ideia a uma caixa de ferramentas, na qual é possível incluir as ferramentas que permitem o manuseio do estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitem perscrutar, acessar os dados físicos, exames laboratoriais e de imagem necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos usados para intervenções terapêuticas[24]. Focando para o acompanhamento do DI, pode-se considerar os instrumentos de medição antropométrica (régua, balança e fita métrica) como tecnologias duras que permitem a avaliação da criança, comumente utilizados na consulta de enfermagem durante exame físico.

> "Em outra caixa de ferramentas se pode processar o olhar do profissional sobre o usuário, como objeto da sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia (trabalho morto), mas no momento em concreto de agir do profissional, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (singular), há uma mediação imposta – pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio do profissional. Como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (os processos mais estruturados) ou a leveza (os processos mais maleáveis). Aos componentes desta caixa de ferramentas denominamos **tecnologias leve-duras**"[23].

Essas tecnologias definidas como leve-duras podem ser exemplificadas com os Manuais para acompanhamento do DI publicados pelo Ministério da Saúde, além das cadernetas de

saúde da criança, as quais podem fortalecer as orientações dadas para a criança ou sua família. Acrescenta-se ainda que o enfermeiro pode utilizar os diagnósticos de enfermagem a fim de fundamentar as suas intervenções.

Vale ressaltar que as três dimensões de tecnologias estão inter-relacionadas e fazem parte do cuidado, exigindo que nos estabelecimentos de saúde essas diversas estratégias sejam constantemente ampliadas para satisfazer as necessidades dos usuários[25].

A aplicação das tecnologias para o acompanhamento do DI como ação do enfermeiro na APS é privilegiada. Visto que, por ser incorporada à saúde coletiva, congrega em torno de si os saberes da clínica, epidemiologia, planejamento e filosofia[24].

1.4 TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS PARA A AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Foi realizado um levantamento bibliográfico objetivando identificar as tecnologias disponíveis aos enfermeiros para o acompanhamento e a avaliação do DI. Como essa ação é multiprofissional, ou seja, outros profissionais também podem realizá-la, não foi encontrada uma tecnologia específica para o enfermeiro acompanhar o DI. Os instrumentos encontrados na literatura foram principalmente roteiros de avaliação de comportamentos e habilidades das crianças que evidenciam a evolução na aquisição dessas habilidades. São eles: Exame Neurológico do Bebê a Termo, Escala de Avaliação do Comportamento do Neonato – NBAS, Avaliação Neurológica de Bebês Prematuros e a Termo, Avaliação neurológica do Recém-Nascido e do Bebê, Avaliação Neurocomportamental do Bebê Pré-termo, Teste de Gesell, Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley II, Teste de Denver, Inventário Portage Operacionalizado, Teste de Triagem sobre o Desenvolvimento de Milani-Comparetti, Gráfico de Desenvolvimento Motor de Zdanska-Brincken, Avalição dos Movimentos da Criança –

MAI, *PeabodyDevelopmental Motor Scale*- PMDS, Medida de Função Motora Ampla – GMFM, *Test of Infant Motor Performance* – TIMP e Escala Motora Infantil de Alberta – AIMS[26].

Observou-se que as pesquisas sobre tecnologias para a avaliação e acompanhamento do DI centram-se em exames neurológicos e de neurocomportamento criados para avaliar a integridade do sistema nervoso. Assim como, definir o comportamento do recém-nascido e crianças pequenas, principalmente destinados a diagnósticos médicos. Existem também instrumentos que determinam o grau de desenvolvimento de crianças em vários domínios de função, como por exemplo o teste de triagem de desenvolvimento de Denver e instrumentos que focam apenas em uma única área funcional, como a Escala Motora Infantil de Alberta – AIMS[26].

Assim, tais tecnologias, disponíveis em forma de testes ou escalas, facilitam e auxiliam tanto na triagem quanto no acompanhamento, caso alguma anormalidade seja detectada.

Os instrumentos citados nesses estudos são de produção internacional, geralmente disponíveis em Língua Inglesa e apenas alguns estão validados no Brasil, mas utilizados somente em atividades de pesquisa.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), criada pelo Ministério da Saúde brasileiro, é o principal recurso disponível para monitorar o desenvolvimento da criança no país. Estudos vão ao encontro da proposta do Ministério da Saúde, afirmando que a CSC traz os principais marcos do desenvolvimento infantil. Por isso, pode ser uma tecnologia importante para apoio do acompanhamento do DI pelos enfermeiros[10,27]. Destaca-se que a caderneta apresenta o "instrumento de vigilância do desenvolvimento" que traz uma lista de marcos do desenvolvimento por faixas etárias, do nascimento até 3 anos. Bem como quadros que apresentam os principais fatores de risco e as formas de classificação dos achados da

avaliação e condutas indicadas para cada classificação[10]. Nesse sentido, considera-se que a utilização da caderneta já se constituiria num recurso valioso para os enfermeiros atuarem.

Outra tecnologia disponível para que o enfermeiro possa acompanhar o DI é o Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. Constituiu-se como uma intervenção inovadora dada à necessidade de novas tecnologias de atenção, na ótica da Promoção à Saúde da criança[28]. O projeto visou integrar ações relacionadas ao desenvolvimento da criança a partir do cuidado diário e das oportunidades que ela recebe no cotidiano, com vistas ao seu desenvolvimento integral, complementando a abordagem tradicional, centrada na avaliação de marcos do desenvolvimento. Um dos pilares do Projeto Janelas é a importância do DI no escopo do monitoramento da saúde[29]. Com essa tecnologia, os enfermeiros puderam organizar sua atenção às famílias para reforçar aspectos favoráveis e promover a melhoria dos cuidados necessários. Além disso, com a implantação dessa tecnologia, observou-se a valorização dos conteúdos sobre a promoção da saúde e desenvolvimento infantil pelos profissionais e pelas famílias[29].

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Sistematizar e analisar uma ação educativa para o acompanhamento do Desenvolvimento Infantil por enfermeiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear e sistematizar conteúdos e estratégias para a realização de uma ação educativa para fortalecer o acompanhamento e a promoção do DI pelo enfermeiro.
- Identificar os conhecimentos e as práticas em saúde dos enfermeiros na ESF voltadas ao DI.
- Apresentar e discutir com os enfermeiros as tecnologias disponíveis para o acompanhamento do DI.
- Discutir com os enfermeiros a aplicação de tecnologias para o fortalecimento do acompanhamento e da promoção do DI.

3 Caminho metodológico

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Numa etapa preliminar, foi realizada uma imersão do pesquisador, apoiado por alunos de iniciação científica, para conhecimento das práticas dos enfermeiros relativas ao DI, visando adequar e delimitar o objeto de pesquisa. Para isso, foi realizado um acompanhamento dos enfermeiros com intuito de observar as práticas e ações realizadas por eles nas Unidades de Saúde determinadas.

3.1 MÉTODO DE ABORDAGEM

A pesquisa configura-se como pesquisa qualitativa, tendo como abordagem metodológica a pesquisa-ação[30]. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante em que a identificação do problema e a formulação de soluções exigem um processo que integra pesquisadores e participantes da pesquisa, de maneira a atuarem deliberativamente durante todo o processo da pesquisa e cujas transformações da prática alcancem os envolvidos[31].

Segundo Thiollent:

> Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita relação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo[30].

Nesse método, o pesquisador torna-se um mediador e facilitador dos conhecimentos científicos e na formação de sujeitos ativos na prática. Diferentemente dos outros métodos de pesquisa, em que os participantes se limitam a fornecer informações ou declarações, na pesquisa-ação estes são sujeitos ativos na construção coletiva do conhecimento a partir de um problema da realidade dos próprios participantes[31]. Sendo assim, a pesquisa-ação possibilita o envolvimento dos participantes de “dentro para fora”, ou seja, “busca a transformação da

práxis pela mediação do conhecimento teórico, alcançando a "politização dos sujeitos" envolvidos, que passam a ter condições de desenvolver práxis criativas e emancipatórias"[31].

A pesquisa-ação pode ter a práxis como um dos seus fundamentos. Vásquez (1968) define esse termo como "atividade humana que produz objetos"[32], em grego, o termo práxis significa "ação para levar a cabo algo, mas uma ação que tem seu fim em si mesma e que não cria ou produz um objeto alheio ao agente ou atividade"[32]. Compreende-se, portanto, que esta pesquisa tratou da práxis, pois teve como meta que o objeto produzido fosse incorporado no próprio meio em que foi planejado.

O método em questão não conta com etapas rígidas a serem seguidas, pois o envolvimento dos participantes com o pesquisador gera a possibilidade de criação de etapas e fases próprias para cada problema emergido. Entretanto, há a possibilidade de sugerir uma programação própria para uma pesquisa-ação, a qual pode facilitar na organização da pesquisa, desde que sejam considerados em sua flexibilidade e adequação a cada caso[30]:

> "1) Reconhecimento de uma dada prática social; 2) Problematização da realidade que contextualiza a prática problematizada; 3) instrumentalização dos sujeitos envolvidos no processo educativo, em função das necessidades levantadas para a compreensão da prática problematizada; 4) catarse, que significa incorporação do conhecimento, ou seja, percepção abstrata do que está na dimensão concreta; 5) elaboração e desenvolvimento de novas práticas."

Ressalta-se que a pesquisa-ação se desenvolve em "um processo integrador entre pesquisa, reflexão e ação"[30], portanto, o autor sugere que o hífen entre a palavra pesquisa e ação deveria ser substituído por uma flecha de duplo sentido, denotando que é pesquisa com ação e ação com pesquisa, num processo de correlação com teoria e prática, fatos e valores, ciência e empirismo, pesquisador e pesquisado.

As características do pesquisador, como a formação, experiências anteriores, concepções e aprofundamento da situação investigada podem influenciar o processo da pesquisa, o que não reduz a qualidade do estudo, pois isso pode marcar a cientificidade e não a neutralidade da pesquisa[31].

Nesta pesquisa, o processo investigação-educação ocorreu mediante oficinas emancipatórias, consideradas um importante instrumento do processo de aprimoramento das práticas. Com elas, pretendeu-se ampliar o conhecimento dos sujeitos, trazendo o indivíduo como autor da ação, por meio da participação crítica e que valoriza os saberes oriundos da prática sobre o tema abordado[33].

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Optou-se neste estudo pelo referencial teórico da Formação Permanente[34], pois entende-se que seja um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este referencial interage não somente no que diz respeito à educação em saúde, mas também no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão e na participação social em saúde, adequando-se, portanto, à ação do pesquisador na pesquisa-ação.

Essa opção foi motivada por suas bases que sustentam que grupos e indivíduos podem exercitar seu potencial criativo vivenciando experiências relativas ao seu cotidiano, constituindo-se sujeitos do processo de educação. Nesse sentido, esta teoria é própria para o método da pesquisa-ação, que é considerado um tipo de pesquisa social no qual os pesquisadores e os sujeitos estão envolvidos de modo cooperativo e participativo na busca de uma solução trazida pela teoria em conjunto com a experiência prática[35].

A teoria de Paulo Freire foi, a princípio, idealizada para a alfabetização de adultos, para um potencial mobilizador político e social para a transformação da sociedade em que os oprimidos estavam inseridos. Dessa forma, a adaptação e utilização de Paulo Freire na educação e na pesquisa em saúde tornou-se uma inovação, de inestimável valor, sendo

imprescindível seu compartilhamento[36]. Entende-se que a perspectiva dialógica de Freire consolida uma prática mais humanizada e aponta uma formação continuada do enfermeiro como um profissional que busca diálogo, senso crítico e acolhimento.

Dessa forma, a Teoria da Formação Permanente, abordada por Paulo Freire, pode ser compreendida como uma perspectiva teórica capaz de orientar a prática educativa para um caráter emancipatório, direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica e à cidadania participativa em caráter horizontal[37].

Freire sugere uma forma de repensar e reestruturar a natureza da atividade docente ao enxergar os profissionais como sujeitos da sua prática. O sujeito, na concepção freireana, é constituído a partir das relações sociais, do encontro entre os sujeitos[38]. O fundamento da formação permanente no pensamento de Freire implica a compreensão de que o ser humano é um ser "inconcluso e inacabado, que está em permanente movimento de procura"[38]. A Educação Permanente dos profissionais se faz, preponderantemente, mediante reflexão e sensibilização sobre a prática, ações essas consideradas por Freire como o ponto central do processo.

Portanto, a prática educativa deve ser crítica, libertadora, conscientizadora, científica, ética e humanista, e o ato educativo precisa ser dialógico[39]. Por isso, a construção dos significados se dá pelo debate, pelo diálogo, democrático e horizontal entre orientador e orientando, visto que ambos estão em simetria de poder.

Para Freire, o educador deve ser um animador de oficinas ou debates, pois tem o papel de coordenar e problematizar as discussões para que as ideias, opiniões e relatos apareçam espontaneamente no grupo. Nesses momentos de interação, a realidade da prática dos educandos é o ponto de partida a ser discutido, para permitir uma maior percepção dos aspectos da práxis e o desenvolvimento de uma nova visão, que promova a análise crítica e possibilite a intervenção com potencial de transformar a realidade[37].

Nesse contexto, a mudança é capaz de acontecer quando o sujeito compreende a realidade e não está reduzido a um mero espectador ou objeto, cumpridor de ordens pré-determinadas, a fim de operacionalizar o cuidado em uma visão problematizadora[40].

A participação ativa dos sujeitos é priorizada, pois é a partir do "contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico, o que requer curiosidade, problematização, criatividade, diálogo, vivência da práxis e o protagonismo dos sujeitos na busca da transformação da realidade"[38].

Para Freire,

> a problematização é um elemento central que pressupõe a leitura crítica da realidade com todas as suas contradições buscando explicações que ajudem a transformá-la. Sua ênfase é no sujeito práxico, que se transforma na ação de problematizar, possibilitando a formulação de conhecimento com base na vivência de experiências significativas como potências de transformação do contexto vivido, produzindo conhecimento e cultura[40].

Os princípios teórico-metodológicos da Teoria da Formação Permanente são:

- Diálogo: deve ser compreendido como uma colaboração, troca e interação que se faz numa relação horizontal em que se estabelece vínculo de confiança entre as partes. É uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva[34].
- Problematização: é a existência de relações dialógicas alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade. Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições[34].
- Construção compartilhada do conhecimento: consiste em processos pedagógicos entre os sujeitos na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas[34].
- Emancipação: é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos, que fortalece o sentido da coletividade cujos envolvidos são protagonistas

por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da criatividade e autonomia, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas[34].

A experiência de promover os princípios da Formação Permanente (diálogo, emancipação, problematização e construção compartilhada do conhecimento) na educação profissional de enfermeiros é fundamental, pois contribui para o fortalecimento da dimensão pedagógica da enfermagem[38].

Além disso, a vivência do enfermeiro como sujeito "educando" inserido na Formação Permanente favorece que amplie sua consciência crítica sobre seu processo de trabalho como "educador", permitindo-lhe ressignificar sua prática para além do trabalho prescritivo[41].

Dessa maneira, a teoria pedagógica freireana da Educação Permanente justifica-se como o referencial para as práticas educativas deste estudo, firmando o método da pesquisa-ação e valorizando a práxis dos enfermeiros que atuam no cuidado à criança na Atenção Primária em Saúde[42].

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo ocorreu em um distrito sanitário pertencente ao município de Curitiba. A cidade conta com 109 Unidades de Saúde, sendo que 65 já atuam na Estratégia Saúde da Família, com 241 Equipes de Saúde da Família. Atualmente 52% da população conta com a cobertura da ESF[43].

As Unidades de Saúde estão divididas em 9 Distritos Sanitários de acordo com sua localização. Este projeto abrangeu o Distrito Sanitário do Bairro Novo, por este ser o único contemplado com todas as unidades atuantes na ESF, o que favoreceu o desenvolvimento do

estudo. O estudo abrangeu onze Unidades de Saúde com 3 Equipes de Saúde da Família em cada uma[43].

FIGURA 2: Distritos Sanitários do município de Curitiba, 2014

Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba, Plano Municipal de Saúde 2010-3013, 2009

As Unidades de Saúde que integram o Distrito do Bairro Novo são: US Bairro Novo, US João Candido, US Nossa Senhora Aparecida, US Osternak, US Parigot de Souza, US Sambaqui, US Salvador Allende, US São João Del Rey, US Umbará, US Umbará II e US Xapinhal[43].

Considerou-se o cenário favorável para o acontecimento da pesquisa, pois o município de Curitiba é acolhedor e compreende a necessidade de aprimoramentos para a assistência na Atenção Primária. Além disso, o distrito selecionado para a prática compreendia uma quantia significativa de enfermeiros atuantes na ESF, o que potencialmente contribuiria para a obtenção de uma amostra de voluntários para a realização deste estudo. Adicionalmente, o distrito de aplicação desta pesquisa não coincidia com o local de atuação da pesquisadora em suas atividades docentes, evitando assim potenciais conflitos de interesse ou de poder entre a pesquisadora e os participantes.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família que trabalhavam nas unidades do Distrito do Bairro Novo.

Os gestores das equipes que compõem o Distrito Bairro Novo promoveram um encontro com todos os 35 enfermeiros do distrito e a pesquisadora foi autorizada a participar deste momento para apresentar o estudo em questão. Todos foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e a maneira como o estudo e as oficinas emancipatórias seriam conduzidas. Pontuando as vantagens da participação nas etapas do processo do estudo, como o aperfeiçoamento das suas práticas voltadas ao acompanhamento do DI e certificação pelo grupo de pesquisa de origem da pesquisadora. Destacou-se que não haveria quaisquer prejuízos, caso houvesse a recusa na participação.

Com essas medidas, buscou-se atender às recomendações do método. Como preconiza o método da pesquisa-ação, o critério de representatividade dos grupos pesquisados não é necessariamente quantitativo, pois considera-se primordial a inserção dos sujeitos da pesquisa[31]. O interesse em participar pode representar o reconhecimento, por parte dos

enfermeiros, da sua necessidade de pensar sobre a temática proposta, o que é uma condição importante para a realização da pesquisa-ação. Isto é, ainda que o tema da pesquisa não tenha sido proposto por eles, como preconiza o método, sua adesão ao trabalho investigativo é um indicativo de que se trata de tema de seu interesse.

No momento do encontro com os gestores, todos os enfermeiros receberam uma carta convite contendo as informações da pesquisa e um email e telefone para comunicarem o interesse na participação da pesquisa. Durante um prazo de duas semanas, previamente combinado, doze enfermeiros se manifestaram e propuseram datas para o primeiro encontro. A coordenadora da pesquisa realizou contato pessoal com todos e, em comum acordo, ficou estabelecida a data e horário para a primeira oficina.

Dessa forma, a amostra foi composta por enfermeiros que aceitaram a participação voluntária, mediante a assinatura e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver anexo I).

3.5 COLETA DE DADOS

Adaptando as etapas sugeridas por Thiollent[30], a investigação ocorreu em oficinas emancipatórias, durante as quais todas as atividades consistiram em dados que foram coletados para posterior análise. A estrutura geral das oficinas foi proposta com as seguintes fases: caracterização da prática do enfermeiro, a teoria como estratégia de embasamento da práxis e implementação das ações.

> As oficinas de trabalho baseadas na vertente da educação emancipatória constituem uma relação processual entre pesquisadores e sujeitos, que leva, ao mesmo tempo, à coleta dos dados referentes às concepções iniciais dos sujeitos a respeito do tema, e ao seu aprofundamento, em momentos posteriores, quando são introduzidas, pelos coordenadores da pesquisa, temas geradores baseados no foco do estudo. Ao abrir mão de juízos de valores e incentivar os sujeitos à superação das contradições, cria-se um ambiente propício para a ampliação da consciência crítica, direito inalienável de todo cidadão[44].

As atividades com oficinas são apropriadas em pesquisas cujo método é a pesquisa-ação, pois uma condição essencial para caracterizá-las é a de que as oficinas devem ser um trabalho aceito pelos sujeitos, nunca imposto[45].

Os dados de cada oficina foram organizados pela coordenadora da pesquisa juntamente com acadêmicos de enfermagem que acompanharam todas as etapas. Os encontros foram gravados e os dados foram registrados por meio de preenchimento de uma ata a qual descreveu com detalhes os acontecimentos de cada oficina, a fim de relacioná-las entre si.

As datas, horários e locais dos encontros foram definidos pelos participantes. Ao final de cada oficina os enfermeiros estabeleciam quando ocorreria o encontro seguinte. O intervalo entre eles foi de 2 semanas aproximadamente, considerando assim que ocorriam duas oficinas em um mês.

Os materiais usados nas oficinas foram providenciados pela pesquisadora e os participantes não tiveram nenhuma despesa.

As oficinas foram planejadas e elaboradas seguindo os princípios da Teoria da Educação Permanente, com a finalidade de garantir e favorecer os pressupostos da pesquisa ação. Cumprindo as características da pesquisa-ação, a quantidade de encontros não foi pré-definida, mas sim estabelecida de acordo com o andamento das atividades, com a participação dos enfermeiros nessa decisão.

Os nomes das oficinas foram definidos pelos enfermeiros ao final de cada encontro.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada no decorrer das atividades, bem como ao final de todo o processo.

As informações coletadas nas oficinas foram analisadas utilizando categorias analíticas conforme o método sugerido por Bardin[46]. Considera-se que a cada encontro realizado obtinham-se novos resultados, desta forma a analise foi realizada concomitantemente à realização dos encontros e correlação com as fases da pesquisa-ação e os princípios teórico metodológicos da Educação Permanente.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento do estudo seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[47]. Os participantes foram informados quanto aos objetivos e estratégias de registro e análise da pesquisa, sobre a divulgação das informações em veículos científicos com a garantia do anonimato, da autonomia para aceitarem compor o trabalho, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi apreciado e aprovado na instância competente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com o número CAAE: 41501014.8.0000.5392.

4 Resultados

4 RESULTADOS

O grupo que compôs esse estudo é formado por doze enfermeiros, que aceitaram participar voluntariamente do estudo. A caracterização dos sujeitos está descrita na Tabela 1:

TABELA 1: Caracterização dos Enfermeiros integrantes das oficinas.2016

Enfermeiros Participantes	Sexo	Idade	Experiência em APS	Especialização em Saúde da Criança ou áreas afins?	Quantidade de oficinas que participou
Rosa	Feminino	56 anos	22 anos	Não	7
Hortência	Feminino	51 anos	19 anos	Não	6
Margarida	Feminino	49 anos	17 anos	Sim	7
Dália	Feminino	44 anos	17 anos	Sim	4
Jasmim	Feminino	41 anos	10 anos	Não	6
Lírio	Feminino	39 anos	7 anos	Não	7
Alecrim	Masculino	39 anos	7 anos	Não	7
Flor de Lis	Feminino	34 anos	7 anos	Não	5
Girassol	Masculino	33 anos	2 anos	Não	6
Íris	Feminino	33 anos	2 anos	Sim	6
Cravo	Masculino	30 anos	2 anos	Não	6
Violeta	Feminino	29 anos	2 anos	Sim	7

Fonte: A pesquisa, 2016.

No que se refere às oficinas, obteve-se como resultado a realização de 7 encontros organizados conforme as 5 etapas da pesquisa-ação: 1 - reconhecimento de uma dada prática social, 2 - problematização da realidade que contextualiza a prática problematizada, 3 - instrumentalização dos sujeitos envolvidos no processo educativo em função das necessidades levantadas para a compreensão da prática problematizada, 4 - incorporação do conhecimento e, por fim, 5 - elaboração e desenvolvimento das novas práticas. Para favorecer a

compreensão, optou-se por sistematizar as 5 etapas da pesquisa-ação em 3 fases: **Caracterização da prática do enfermeiro** – unindo as duas primeiras etapas, **A teoria como estratégia de embasamento da práxis** – juntando as etapas 3 e 4 e a **Implementação das ações** – definida pela 5ª etapa. Na Tabela 2, observa-se a distribuição das oficinas de acordo com as fases da pesquisa-ação.

TABELA 2: Distribuição das oficinas de acordo com as fases da pesquisa-ação

FASE 1 **Caracterização da prática do enfermeiro**	**FASE 2** **Teoria como embasamento da práxis**	**FASE 3** **Implementação das ações**
1º Oficina: "Identificando minhas práticas no acompanhamento do DI"	*3º Oficina:* "Eu conheço as necessidades essenciais das crianças?"	*6º Oficina:* "Um novo olhar para a caderneta de saúde da criança"
2º Oficina: "O desenvolvimento infantil como um jardim perfeito"	*4º Oficina:* "Focando e desfocando o olhar para o desenvolvimento infantil"	*7º Oficina:* "Nossos resultados"
	5º Oficina: "Fixando meus saberes sobre o novo olhar ao DI"	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

FASE 1 – CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

O momento de captação dos dados referentes à caracterização da prática do enfermeiro foi realizado por oficinas emancipatórias introdutórias, conduzidas com o objetivo de identificar a prática do acompanhamento do DI. A caracterização da prática dos enfermeiros no acompanhamento do DI constituiu a etapa inicial do trabalho, pois é quando se identificou, pelo grupo, os pontos fortes dessa prática e os desafios que ainda precisam ser superados para sua efetividade. A identificação e o reconhecimento por parte dos profissionais acerca das próprias demandas de conhecimentos e habilidades que podem aprimorar sua prática permitiu o estabelecimento do contrato grupal para a continuidade das atividades.

A fase inicial foi definida pelo primeiro diagnóstico das situações, em que apareceram os problemas mais relevantes e práticos referentes ao objeto estudado. De acordo com Thiollent[30], trata-se da fase de reconhecimento de uma determinada prática social.

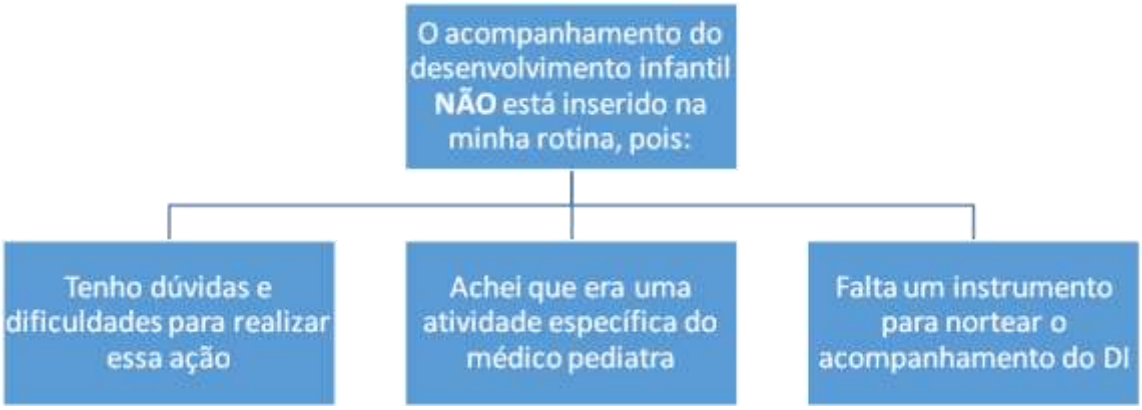
O primeiro encontro foi realizado nas dependências do Distrito Sanitário, local onde os funcionários costumam se encontrar para reuniões com os gestores. Contou com a participação de 12 enfermeiros e durou 90 minutos. Inicialmente, foi realizada a apresentação pessoal dos participantes, eram eles: a coordenadora da pesquisa, duas alunas de graduação em enfermagem – as quais apoiaram o coordenador no andamento do encontro, e doze enfermeiros. Todos os participantes optaram por escolher codinomes, definidos por eles como desejaram, sendo chamados por: Margarida, Violeta, Lírio, Rosa, Flor de Lis, Jasmim, Acácia, Azaléia, Girassol, Hortênsia, Íris, Alecrim, Cravo, Camélia e Dália.

Em seguida, a coordenadora da pesquisa retomou o objetivo da pesquisa e o foco dos encontros: o acompanhamento do desenvolvimento infantil por enfermeiros. Em torno do foco, escolheu-se os temas geradores, ou seja, temas que geraram no grupo a motivação, a associação com a práxis, o conhecimento prévio do assunto, crenças e representações, dúvidas e questões, necessidade de informações específicas entre outras coisas[44]. Além disso, foi esclarecido que as oficinas seriam construídas coletivamente, conforme proposição do método escolhido – a pesquisa ação.

Os participantes se apresentaram e expuseram ao grupo suas expectativas em relação às oficinas emancipatórias e os interesses na associação com a experiência de cada um, o conhecimento sobre crenças e representações, dúvidas e questões relacionadas ao foco. Na sequência, os participantes descreveram suas práticas especificamente a respeito do acompanhamento do desenvolvimento infantil, comparando as realidades, dificuldades e facilidades encontradas por cada um.

Foi realizada uma roda de conversa com o tema: “Como o acompanhamento do DI está inserido na minha rotina? ”E todos os enfermeiros contribuíram. As falas da roda de conversa foram gravadas e analisadas na sequência pela pesquisadora. A análise de conteúdo[46] evidenciou que a categoria “O acompanhamento do desenvolvimento infantil **NÃO** está inserido na minha rotina”, explica as razões pelas quais o acompanhamento do DI não está inserido na rotina daqueles enfermeiros:

FIGURA 3: Categorias e temas geradores emergidos na análise da roda de conversa sobre: “Como o acompanhamento do DI está inserido na minha rotina?”



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ao final, os participantes definiram o nome da primeira oficina: “Identificando minhas práticas no acompanhamento do DI” e agendaram a data do próximo encontro, marcado para 15 dias depois.

A segunda oficina foi realizada no mesmo local, durou 60 minutos e teve a participação de 11 enfermeiros, sendo que o ausente em relação ao primeiro encontro estava em férias e justificou sua ausência.

Para essa oficina, foi realizada a técnica de dinâmica em grupo denominada “Jardim Perfeito”. Objetivou-se despertar nos participantes a correlação entre a manutenção de um jardim perfeito e o acompanhamento do DI. Essa correlação teve o seguinte enfoque: o jardim

perfeito é o adequado acompanhamento do DI, sendo assim, são necessários certos esforços para atingir o objetivo. O passo inicial foi a definição do que o grupo considera como “Jardim perfeito”, relacionando, na sequência, com o que os participantes entendem por um acompanhamento do DI perfeito. Em seguida, foram discutidas as dificuldades para a manutenção adequada do jardim - pestes que podem atrapalhar o crescimento das plantas, falta de adubo, sol forte ou ausência de chuvas, ventos fortes, entre outros. Os participantes relacionaram estes eventos a situações que dificultavam o acompanhamento do DI. Essa proposta se identifica como uma estratégia de sensibilização, mediante transposição da realidade para algo simbólico, o que favorece a mobilização de outras áreas do cérebro para se obter visões variadas do foco[48].

Os enfermeiros desenvolveram o jardim perfeito coletivamente e, para isso, foram discutindo sobre quais imagens deveriam inserir no painel (Figura 4).

FIGURA 4: O “Jardim Perfeito” elaborado pelos enfermeiros

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Observa-se a presença de ilustrações que compõem o jardim, tais como árvores, folhas, frutos, flores, sol, chuva, vento, nuvens, pássaros, minhocas, adubos, besouros e ratos. Ao final da montagem, ocorreu uma discussão sobre a composição final. Os enfermeiros

relataram que, para existir um jardim perfeito, é preciso que nele tenham todos os componentes da imagem.

Para eles, existem aspectos fundamentais para que o jardim seja considerado perfeito, como a existência de arvores, frutos, folhas, flores e pássaros. Correlacionando com o acompanhamento do DI, destacaram que tais componentes seriam os próprios enfermeiros, as crianças e suas famílias integradas no serviço de saúde, ou seja, sem a existência desses componentes não seria possível existir um acompanhamento do DI perfeito.

Outro aspecto destacado na dinâmica foi a colocação de componentes que podem facilitar ou dificultar a manutenção do "Jardim Perfeito", tais como o vento, o sol, a chuva, o adubo, as minhocas e os besouros. De acordo com os enfermeiros, a intensidade e a quantidade desses componentes em um jardim podem comprometer a perfeição dele. O vento favorece a polinização, mas se estiver em excesso pode destruir as árvores, o sol em grande intensidade pode ressecar a terra e a chuva em grande quantidade pode inundar o jardim. Entretanto, se eles não estiverem presentes o jardim também se desfaz. A presença das minhocas e dos besouros, em grande quantidade pode estragar as folhas das árvores e a adubação da terra, mas se estiver na quantidade adequada é um excelente meio de adubar o jardim. A correlação feita por eles com o acompanhamento do DI referiu-se ao compromisso do enfermeiro e da família da criança, e educação continuada pelos profissionais, para aperfeiçoamento da prática. Para eles, a intensidade e a quantidade desses aspectos podem favorecer ou comprometer a ação do acompanhamento do DI.

A dinâmica do Jardim Perfeito foi fundamental para a compreensão da realidade que contextualiza a prática problematizada, bem como o reconhecimento da prática profissional dos enfermeiros, pois os estimulou a identificar aspectos necessários para o aprimoramento da prática.

Os participantes, juntamente com o pesquisador, consideraram as situações elencadas no primeiro encontro e ajustaram os problemas que precisam ser resolvidos, ou seja, trata-se de procurar soluções para se alcançar o objetivo e realizar uma possível transformação dentro do problema observado.

A oficina foi denominada de “O Desenvolvimento Infantil como um Jardim Perfeito” e o próximo encontro foi agendado para 15 dias depois.

Em síntese, a FASE 1 foi composta por duas oficinas que objetivaram a caracterização da prática do enfermeiro no acompanhamento do DI. Tal prática educativa teve características conscientizadoras e críticas, a fim de estarem relacionadas com os princípios da Formação Permanente de Paulo Freire. Foi realizado um reconhecimento de uma dada prática, bem como sua rotina. Sendo assim, foram cumpridas as primeiras etapas propostas pela pesquisa-ação.

FASE 2 - A TEORIA COMO ESTRATÉGIA DE EMBASAMENTO DA PRÁXIS

O papel da teoria na pesquisa-ação consiste em gerar ideias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa, as interpretações e as propostas de soluções para os problemas encontrados. No caso deste estudo, era fundamental que os enfermeiros compreendessem e assimilassem alguns dos marcos teóricos e variadas interpretações referentes ao Desenvolvimento Infantil. Além disso, os resultados da primeira fase mostraram ser necessário apresentar ou relembrar aos participantes recursos e estratégias para o acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, a fim que eles pudessem discernir entre marcos teóricos e instrumentos para nortear suas práticas.

Uma pré-seleção dereferenciais teóricos a serem apresentados para os participantes foi elaborada pela pesquisadora, com base nos estudos do grupo de pesquisa Cuidado em Saúde e Promoção do Desenvolvimento Infantil. Dadas as evidências atuais sobre o processo de

desenvolvimento humano, dois referenciais considerados potentes para a abordagem do DI são as necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento (Brazelton, Greespan 2002) e a teoria bioecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner 2011), ambos descritos na introdução desta tese.

A oficina 3 contou com a participação de 10 enfermeiros, durou 95 minutos e ocorreu no mesmo local dos demais encontros. Nesse encontro, os enfermeiros foram estimulados pela pergunta direcionadora inicial – "Vocês conhecem as necessidades essenciais das crianças? Na sequência, os enfermeiros escreveram suas respostas em papeis não identificados que foram guardados em uma caixa, sem serem lidos ou compartilhados. A caixa com as respostas ficou com a pesquisadora, para ser utilizada posteriormente.

A seguir, a pesquisadora entregou ao grupo uma segunda caixa contendo frases com descrições sobre as necessidades essenciais das crianças, segundo o referencial de Brazeltone Greenspan (2002).

As frases contidas nas caixas foram:

Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação

- Cuidados para a prevenção de agravos, como acidentes comuns na infância, proteção contra doenças transmissíveis e infecções, busca por tratamento precoce quando do aparecimento de qualquer sintoma de doença ou incômodo, e participação ativa no programa de vacinação.
- Fornecimento de alimentos para o sustento.
- Promoção do sono e repouso da forma mais adequada possível.
- Manutenção da higiene corporal, com banhos, trocas de fraldas, higiene oral.

Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos

- São os cuidados e as experiências que promovem a aquisição da segurança emocional, ou seja, o relacionamento entre o cuidador (adulto) e a criança precisa ser permeado por atenção e amorosidade.
- É fundamental a interação amorosa entre a criança e seus cuidadores e isso pode ser realizado por meio de conversa, toques, carinho e brincadeiras.
- A criança se apega ao adulto, que se torna sua fonte de segurança e objeto de amor.

Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais

- A maneira como a criança é cuidada também pode influenciar as suas características, amenizando ou acentuando dificuldades, por isso é preciso estar atento não somente às características particulares de cada criança como também à assimilação de respostas dela ao contexto familiar e social.
- Cada criança tem sua particularidade, embora as mesmas necessidades, ou seja, em uma família com mais de um filho, cada um precisa ser tratado e cuidado na sua singularidade, evitando comparações e preferências com modos de comportamento.

Necessidade de experiências adequadas ao seu desenvolvimento

- É necessário conhecer a importância da criança viver novas e diferentes experiências para aprender a dominar os próprios movimentos, identificar relações entre fatos, relacionar-se e formar vínculos sociais.
- A criança precisa de oportunidades para a aprendizagem de novas habilidades (motoras, cognitivas, afetivas, sociais e de linguagem) e novos comportamentos.

Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas

- Oportunizar a criança saber criticar a si e aos outros de maneira construtiva.
- Com a imposição de limites, de desenvolvimento de expectativas positivas a partir dos seus relacionamentos sustentadores e do estímulo à organização, estimula-se que a criança apresente um comportamento social mais adequado, além de desenvolver a capacidade de empatia, ou seja, considerar o outro em sua individualidade.
- Lidar com o equilíbrio das expectativas das crianças, aprendendo a lidar com os impulsos e as vontades.
- A disciplina é uma condição favorável para o Desenvolvimento Infantil, pois, de forma gradativa, a criança se torna capaz de tomar decisões adequadas e se responsabilizar pelas suas atitudes.

Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural

- As relações entre estes sujeitos e as crianças são de duplo sentido e favorecem a criação de uma identidade social, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores que fazem parte do desenvolvimento da criança.
- A construção e identificação de uma rede de cuidados à criança demanda a consolidação de uma interação saudável e propícia ao desenvolvimento adequado.
- A percepção de que a criança pertence a uma família (com laços sanguíneos ou não) e se relaciona com parentes, amigos, vizinhos e instituições, como unidade de saúde, escola, igreja favorece a construção de um desenvolvimento adequado.

Todas as frases foram lidas e discutidas no grupo, a fim de aprofundar a compreensão sobre as necessidades essenciais das crianças. A pesquisadora esteve amparada com artigos e livros para esclarecer eventuais dúvidas no decorrer da discussão. Todos os envolvidos participaram livremente, dando opiniões e correlacionando os temas com as situações práticas que já vivenciaram.

O nome escolhido pelo grupo para definir a terceira oficina foi: “Eu conheço as necessidades essenciais das crianças? ” O encontro seguinte ficou agendado para um mês depois.

A oficina 4 deu continuidade ao aprofundamento teórico sobre aspectos que fundamentam a prática do acompanhamento do DI, enfocando a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner[(2)]. O encontro foi realizado com a mesma dinâmica da oficina 3, a pedido dos participantes. Participaram 7 enfermeiros e o encontro durou 110 minutos. A redução de enfermeiros foi justificada pela necessidade do distrito, visto que o município passava por uma epidemia de dengue naquele momento, o foco dos profissionais estava nas ações de bloqueio para o controle da doença.

A pergunta norteadora do encontro foi: “O que eu sei sobre o Desenvolvimento Humano, seu contexto e seu conceito?” Os enfermeiros escreveram suas respostas e as depositaram na mesma caixa usada para este fim na oficina anterior.

Em seguida, a pesquisadora iniciou a discussão da teoria com base na leitura de trechos referentes ao conteúdo. Para facilitar a compreensão, a pesquisadora optou por iniciar com trechos introdutórios à teoria:

Devemos considerar a importância do contexto para a compreensão do desenvolvimento humano.

Os seres humanos são produtores ativos do seu próprio desenvolvimento.

Criar e manter o ambiente apropriado para o processo de DI tem grande relevância.

Importância da compreensão de como as variáveis referentes ao meio ambiente influenciam na capacidade das famílias, das escolas e de outros locais de socialização de funcionarem eficazmente como contexto de desenvolvimento infantil.

O esclarecimento aos indivíduos sobre a condição de dar forma ao seu desenvolvimento e as inter-relações com outros fatores pode favorecer uma otimização para este processo que é complexo e contínuo na vida das pessoas.

Alguns participantes relataram que imaginavam haver relação entre o ser humano e o ambiente em que está inserido para a determinação do processo saúde doença, mas não para influenciar o seu desenvolvimento.

Após a participação de todos os enfermeiros, foi iniciada a discussão mais aprofundada da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano[2]. A pesquisadora explicou sobre a existência dos núcleos essenciais da teoria: PROCESSO, PESSOA, CONTEXTO E TEMPO. A sala onde ocorria a reunião foi demarcada e dividida em 4 quadrantes, como demonstrado a seguir:

Pessoa	Processo
Contexto	Tempo

Logo em seguida, os participantes leram frases que conceituavam os núcleos e as classificavam. À medida que os participantes definiam, direcionavam-se ao quadrante que achavam estar relacionada a frase. Quando todos estavam posicionados, a pesquisadora corrigia se o núcleo estava correto e ocorria então a discussão sobre a compreensão da frase.

As frases que compuseram a atividade foram:

Pessoa

- Sujeito ativo no processo do seu desenvolvimento. Fatores intrínsecos, como a genética, influenciam este processo, assim como atributos considerados pessoais, como a curiosidade, recursos cognitivos e emocionais, como a inteligência e as habilidades, e fatores temperamentais, como a disposição, a persistência e o engajamento.

Processo

- Refere-se às interações recíprocas entre a criança em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos presentes no ambiente que acircunda. Estas relações podem ser das mais variadas intensidades e complexidades, sendo que as contínuas e com um tempo longo de duração são definidas como processos proximais, as quais podem influenciar as características do desenvolvimento da criança de acordo com as especificidades pessoais dela e do ambiente em interação.

Contexto

- Qualquer acontecimento, ou condição extrínseca ao sujeito, que potencialmente influencia o ser em desenvolvimento.
- São compreendidos em quatro níveis, definidos pelo autor como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.
- O microssistema abrange as relações de interação face a face, como lar, a creche, a escola.
- Quando há um conjunto de microssistemas, compreendendo os vínculos entre dois ou mais ambientes, define-se mesossistema, por exemplo, entre a família e a escola da criança.
- O exossistema é compreendido pelas relações que também influenciam o desenvolvimento da criança, mas sem a inserção dela nesse contexto, por exemplo, o trabalho dos pais.
- O macrossistema é composto por cultura, crenças, valores e ideologias, além de sistemas sociais, políticos e em que a criança está inserida.

Tempo

- Quando visualizada de forma micro, se trata da estrutura que capta as mudanças do meio, como o grau de estabilidade ou mudança das crianças face aos eventos que ocorrem durante a sua existência, produzindo diretamente condições que afetam seu desenvolvimento.
- Na forma macro, determina-se o período de tempo do indivíduo em relação à geração dela.

Os enfermeiros relataram dificuldades em assimilar a teoria. Por isso, ao final do encontro, solicitaram referências de artigos para melhor compreensão.

A oficina foi denominada “Focando e desfocando o olhar para o Desenvolvimento Infantil” e a quinta oficina ficou programada para ocorrer no mês seguinte.

A oficina 5 contou com a participação de 9 enfermeiros, durou 95 minutos. O objetivo foi fixar os conteúdos teóricos obtidos nas oficinas 3 e 4 e discutir mais aprofundadamente os

saberes e suas relações com as práticas dos enfermeiros. Para isso, o encontro foi dividido em dois momentos:

Momento 1: a pesquisadora questionou sobre os novos conhecimentos adquiridos durante a leitura individual dos materiais de apoio sobre a Teoria de Bronfenbrenner. Dos nove enfermeiros presentes, seis relataram que leram os materiais e informaram que a leitura complementar dos artigos foi essencial para a melhor compreensão do tema, um relatou que ainda sentia dificuldades para a assimilação da teoria e dois disseram não terem lido os materiais.

Em grande roda, cada enfermeiro comentou sobre suas compreensões e os temas que mais se destacaram em seus pontos de vista. Os relatos mostraram um avanço no nível de entendimento por parte dos participantes em relação à teoria de Bronfenbrenner e as necessidades essenciais das crianças. A discussão foi muito enriquecedora visto que trouxe inúmeras assimilações com casos vivenciados nas suas práticas.

Momento 2: A pesquisadora disponibilizou a caixa onde os enfermeiros depositaram seus papeis com as respostas das perguntas norteadoras das oficinas 3 e 4. Os papéis foram lidos aleatoriamente (afinal não estavam identificados), envolvendo os temas referentes às duas oficinas. Considerando que as respostas foram escritas antes do aprofundamento teórico dos enfermeiros, os mesmos demonstraram admiração e satisfação em ampliar suas visões e conhecimentos.

No que se refere às Necessidades Essenciais das Crianças, as respostas escritas nos papeis foram muito semelhantes e se repetiram várias vezes. Algumas delas:

Pergunta norteadora: “Vocês conhecem as Necessidades Essenciais das Crianças? ”

- *“Sim, são aquelas indispensáveis para manter as crianças vivas, como alimentação, hidratação, higiene, roupas para manter a temperatura do corpo.”*

- *"Penso que seja a alimentação principalmente, mas também uma casa para abrigá-la."*
- *"São várias as necessidades que uma criança apresenta, como vacinas, medicações quando estiver doente, alimentos e preparo da mãe para o cuidado. "*

Nota-se que as respostas se detiveram aos cuidados com alimentação, abrigo, higiene, sono e cuidado da mãe. Correlacionando com o contexto das Necessidades Essenciais das Crianças, observa-se que os enfermeiros destacaram apenas itens voltados aos cuidados que fornecem segurança emocional e cuidados para a proteção física e da saúde da criança.

Com relação à Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, cuja pergunta norteadora foi: "O que eu sei sobre o Desenvolvimento Humano, seu conceito e contexto? ", a maioria relatou não saber a resposta; os que responderam algum conteúdo, apresentaram tópicos isolados ou superficiais/genéricos:

- *"Eu desconheço."*
- *"Penso que as pessoas se desenvolvem até o final da vida e significa a mudança do comportamento de cada um."*
- *"Cada um se desenvolve de acordo com sua genética. Uns falam mais rápido, outros demoram mais."*
- *"Precisamos um do outro para que possamos desenvolver, as crianças dependem dos pais."*
- *"Desenvolvimento humano significam as mudanças do comportamento e das habilidades. O contexto varia de pessoa para pessoa."*

Os relatos mostram a correlação incompleta e superficial com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, pois foram destacados itens em relação ao núcleo Pessoa (fatores genéticos) e Contexto (microssistemas, correspondem às famílias).

Na sequência da leitura de cada frase, os enfermeiros relacionavam as informações com as teorias estudadas. Muitas vezes, não houve identificação de erros, mas sim complementações. Isso demonstra que os enfermeiros possuíam conhecimentos sobre o assunto, mas não de maneira ampla, e sim superficial e não fundamentada.

O encontro foi finalizado com a definição do nome da oficina 5 como: "Fixando meus saberes sobre o novo olhar ao Desenvolvimento Infantil". A oficina 6 ficou agendada para o mês seguinte.

Sintetizando, a FASE 2 foi composta por 3 oficinas, as quais possibilitaram a instrumentalização dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Sendo assim, as etapas intermediárias da pesquisa-ação foram cumpridas.

FASE 3 – IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

Na pesquisa-ação, a fase correspondente ao plano de ação é uma exigência fundamental. Nela, os participantes são os próprios sujeitos ativos das ações propostas. Segundo Thiollent[30], a elaboração do plano de ação consiste em definir com precisão:

a) Quem são os atores ou as unidades de intervenção?

b) Como se relacionam os atores e as instituições?

c) Quem toma as decisões?

d) Quais os objetivos (metas) da ação?

e) Como dar continuidade às ações, apesar das dificuldades?

f) Como incorporar as ações propostas na prática?

g) Como avaliar os resultados?

Em todas estas perguntas, os participantes precisam estar cientes de que as ações propostas correspondem sempre ao que precisa ser feito (ou transformado) para a solução dos problemas ditos.

A oficina 6 aconteceu com a presença de 11 enfermeiros e teve 145 minutos de duração.

Para incorporar os novos conhecimentos na prática do acompanhamento da saúde da criança, com foco no Desenvolvimento Infantil, a pesquisadora indicou caderneta de saúde da criança (CSC) como uma tecnologia importante que possa favorecer o acompanhamento do DI pelos enfermeiros.

Todos os participantes receberam uma caderneta de saúde da criança e, inicialmente, foi realizada uma leitura coletiva do material completo. À medida que alguém tinha algum comentário ou consideração a fazer, a leitura era interrompida para a colocação e discussão.

Ao final da discussão e a leitura da CSC, os enfermeiros concluíram que a CSC poderia ser um importante instrumento de apoio para o acompanhamento do DI. Entretanto sugeriram a criação de um *checklist* para acompanhamento do DI das crianças, incorporado à CSC em páginas sequenciais aos gráficos de crescimento. Além disso, destacaram a importância em fortalecer o vínculo com as famílias e destacar a importância do acompanhamento do DI junto a eles, através de uma atividade compartilhada.

Deram, então, início à criação coletiva do *checklist*. Uma das participantes ficou responsável pela digitação do material enquanto todas, em uma espécie de *brainstorm*, mencionavam aspectos necessários para a composição do instrumento, que ao final foi denominado de ***Checklist de análise das condições da criança para promoção do Desenvolvimento Infantil***, o qual foi baseado nas Necessidades Essenciais das Crianças e na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

O instrumento, conforme pode ser visto no Anexo 2, é composto por questões fechadas de respostas dicotômicas (Sim ou Não), perguntas abertas e sugestões de ações dos

enfermeiros junto à família e ao cuidador principal diante de cada item apresentado no *checklist*.

Os enfermeiros decidiram por unanimidade que aplicariam o *checklist* com o material impresso durante o período de teste e execução, que foi definido para 60 dias. Durante o período de teste, ficou acordado que os participantes poderiam entrar em contato com a pesquisadora para eventuais dúvidas ou problemas.

A oficina 6 foi chamada pelos enfermeiros de *"Um novo olhar para a caderneta de saúde da criança"*. O encontro seguinte ficou agendado para ocorrer em 60 dias. Foi criado um grupo no aplicativo *Whatsapp* com os enfermeiros e a pesquisadora, para eventuais contatos para dúvidas, sugestões e problemas neste período de aplicação do instrumento. Entretanto não houve intercorrências durante esses dias.

Após 64 dias de aplicação do *checklist*, os enfermeiros se reuniram para a Oficina 7, a fim de discutirem suas experiências. O propósito do encontro foi compartilhar as dificuldades, facilidades, contribuições de vantagens na aplicação instrumento elaborado por eles. Nela estavam presentes 12 enfermeiros e teve duração de 90 minutos.

Essa etapa é fundamental, pois trata da descoberta empírica das ações que visam a melhoria, ou seja, os participantes vivenciaram na sua rotina as ações e transformações sugeridas por eles mesmos após a compreensão mais aprofundada da teoria.

O encontro foi gravado e realizado em mesa redonda com livre participação dos enfermeiros. Foi possível constatar que todos aplicaram o *checklist* durante as consultas de enfermagem à criança. A fim de guiar os comentários, a pesquisadora realizou os seguintes questionamentos ao grupo:

a) Observou-se um retorno positivo do acompanhamento do DI da criança?
b) Você se sentiu seguro para realizar essa ação?
c) Houve mudanças positivas no atendimento da criança em relação ao DI?

d) Os pais notaram melhoria nas suas ações?

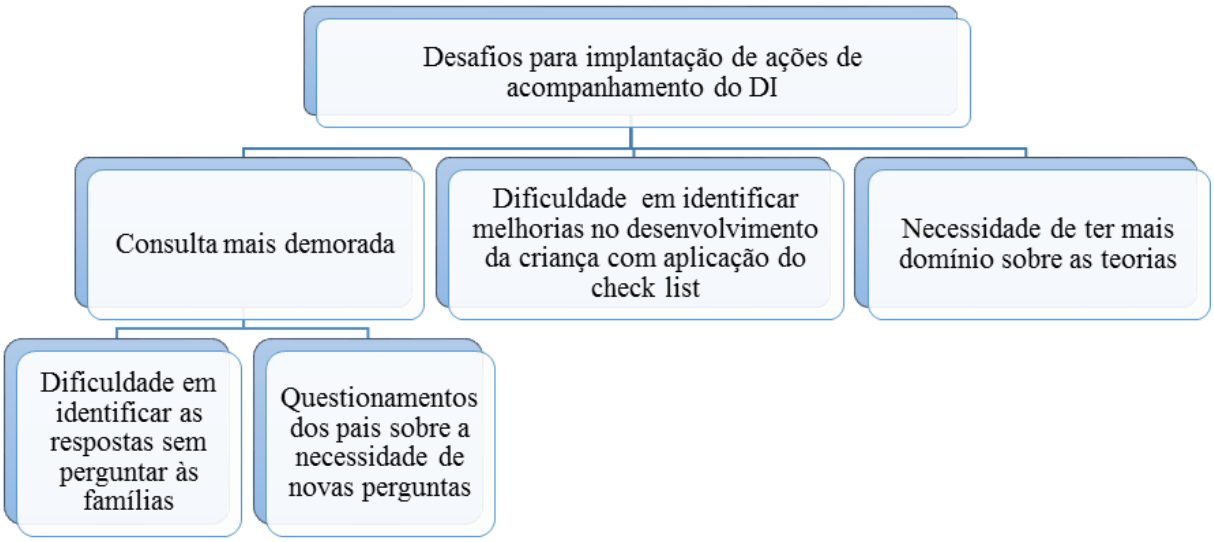
e) Houve maior precisão do acompanhamento do DI da criança?

f) Observou-se alguma falha ou impedimento da realização da ação proposta?

g) Foram necessários ajustes para a realização da prática? Quais?

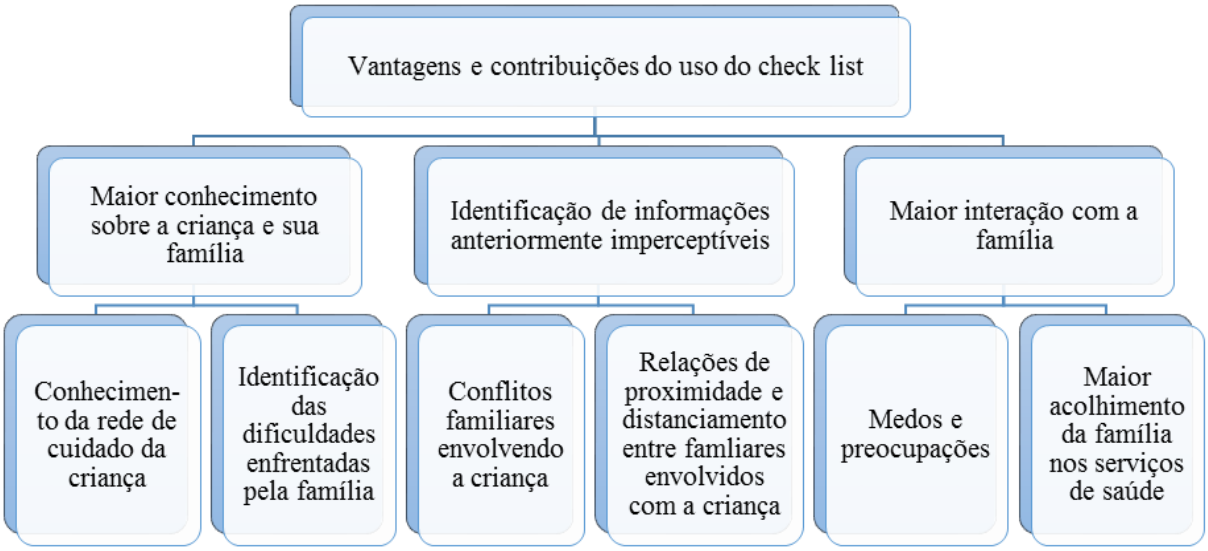
Após a análise das falas, a pesquisadora elencou as categorias e subcategorias, de acordo com Bardin, as quais demonstram as respostas dos questionamentos anteriores e as experiências na aplicação do *checklist*, conforme Figura 3 e Figura 4:

FIGURA 5: Dificuldades e limitações na aplicação do *checklist* de acompanhamento do desenvolvimento nas consultas de enfermagem à criança



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

FIGURA 6: Vantagens e Contribuições na aplicação do *checklist* de acompanhamento do desenvolvimento nas consultas de enfermagem à criança



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Os profissionais destacaram ter havido intensificação em observações e informações que passavam despercebidas durante o atendimento à criança, como conflitos familiares que afetam diretamente o desenvolvimento da infantil, relacionamentos próximos ou distantes que interferem no processo de desenvolvimento e nas necessidades essenciais dos pacientes. Foi relatado também, com a aplicação do *checklist*, o fortalecimento do vínculo com a criança e os membros familiares, uma vez que o enfermeiro passou a conhecer e compreender melhor os elos familiares, as dificuldades, os medos e preocupações enfrentados pela família.

Os encontros foram finalizados com confraternização e todos os enfermeiros agradeceram a participação na pesquisa.

A oficina 7 recebeu o nome "*Compartilhando nossos resultados".* Os encontros foram finalizados com confraternização e todos os enfermeiros agradeceram a participação na pesquisa.

Sintetizando, as oficinas 6 e 7 compuseram a FASE 3, cuja essência foi a elaboração e o desenvolvimento de novas práticas, a última fase da pesquisa-ação. O diálogo se manteve como princípio essencial da Teoria da Formação Permanente e esteve presente nesses encontros, bem como a construção compartilhada do conhecimento e a emancipação, como um processo compartilhado de conquista da pessoa e do grupo. Isso foi o que fortaleceu a coletividade em que todos foram protagonistas da elaboração de uma tecnologia para a ação de enfermagem para o aprimoramento do acompanhamento do DI.

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Os pressupostos da pesquisa-ação definem que os próprios sujeitos da pesquisa estabeleçam o tema da investigação de acordo com as necessidades por eles enfrentadas na prática. Entretanto, para a realização deste estudo delimitou-se o acompanhamento do DI como tema central, dado ser a pesquisa uma demanda da doutoranda que atua na área da saúde infantil e cujo programa de pós-graduação tinha um tempo previsto para realização.

Para aproximar a pesquisa dos pressupostos do método, foi fundamental que a pesquisadora procurasse aproximar sua demanda da demanda dos participantes, ou seja, avaliar se o foco do estudo era necessário em vista das necessidades dos sujeitos, verificar se as propostas poderiam ser eficazes dentro das condições de atendimento existentes. Além de decidir a proposta de acordo com a realidade vivenciada na práxis dos sujeitos. Adicionalmente, a opção pela estratégia de oficinas emancipatórias contribuiu para que as demandas dos sujeitos emergissem, dado que as necessidades trabalhadas com essa estratégia, são ao mesmo tempo, coletivas e individuais.

Durante as primeiras oficinas foi possível observar que o tema central proposto foi ao encontro de uma das necessidades apresentadas pelos sujeitos em sua prática profissional, o que se corroborou com sua adesão voluntária ao trabalho durante todo o percurso realizado. Em suma, considera-se que não houve desvio dos pressupostos do método proposto, uma vez que as necessidades dos sujeitos foram atendidas e orientaram a definição do percurso da pesquisa.

Considera-se que a sistematização das oficinas emancipatórias seguiu as características da pesquisa-ação. Nas oficinas, os sujeitos reconheceram as próprias práticas no acompanhamento do DI como insuficientes ou insatisfatórias e realizaram a problematização da realidade, apontando razões e aspectos a serem considerados que os levavam enfermeiros a

não realizarem a ação de acompanhamento do DI. Eles foram capazes de diagnosticar os problemas vividos, o que foi de suma importância para sensibilizá-los quanto a necessidade de aprimorar suas práticas. A aplicação da dinâmica em grupo definida por "Jardim Perfeito", considerada uma técnica de projetiva, possibilitou transpor a realidade vivida pelos enfermeiros para algo simbólico, identificando fatores que poderiam passar despercebidos em uma discussão simples. As técnicas projetivas possibilitam que apareçam significados das relações subjacentes entre os seres humanos e suas relações com o mundo e são recomendadas quando o objeto da investigação implica na obtenção de informações que não poderiam ser acessadas diretamente por pessoas ou grupos [(49)]. Por isso, considerou-se que a técnica do "Jardim Perfeito" foi um instrumento valioso para a coleta de dados considerando que nela os enfermeiros mencionaram aspectos referentes às suas práticas que merecem um aprimoramento, sem que houvesse constrangimento ou medo de serem mal avaliados. Observou-se que o uso dessa discussão em grupo favoreceu a sensibilização, a expressão, a comunicação e a re-significação das experiências através do dialogo entre os participantes. Além disso, as narrativas trazem a possibilidade de sistematização e comparação de pontos de vista, conflitos, diferenças e semelhanças de pensamentos [(50)], o que favoreceu a compreensão e a problematização da rotina dos atendimentos dos enfermeiros às crianças.

Na FASE 2, em que os enfermeiros foram instrumentalizados com bases teóricas que mostraram complementar e aprimorar o conhecimento deles, que era voltado ao conhecimento superficial e de senso comum. De acordo com a caracterização dos enfermeiros participantes, observa-se que apenas 4 são especialistas em saúde da criança, o que acredita-se favorecer a realidade de necessidade de aprofundamento teórico. A discussão e análise os conteúdos teóricos das Necessidades Essenciais das Crianças e a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano foi de suma importância, pois foi o momento em que os

participantes começaram o processo de desfocar o olhar superficial e a rever seus conhecimentos a respeito do DI.

O dialogo, princípio base da Teoria da Formação Permanente, foi fundamental para a associação dos conhecimentos entre os participantes, compondo uma construção compartilhada dos saberes. Foi possível também notar a compreensão dos aprendizados entre os participantes durante os encontros, observar o engajamento e o comprometimento dos participantes num aprendizado ativo, com a leitura de materiais complementares aos discutidos nas oficinas, com as participações durante a imersão na teoria e o interesse em aprimorar o conhecimento. A ampliação do conhecimento, que até então era baseado no senso comum, foi notada e referida pelos enfermeiros que discorriam os temas estudados com maior facilidade e os relacionavam com as práticas de atendimento à criança. O tempo de experiência no atendimento à criança na Atenção Primária beneficiou o andamento da oficina, pois as considerações e os relatos de experiências vividas durante a prática profissional foram enriquecedores componentes das oficinas.

Os enfermeiros foram capazes de olhar com senso de propriedade ao discutir a caderneta de saúde da criança e propor seu aprimoramento, com a incorporação do *checklist* do acompanhamento do DI, considerando a utilização de uma tecnologia leve dura já existente e a elaboração de uma nova. Entretanto, os enfermeiros destacaram a necessidade da utilização de tecnologias leves, principalmente a orientação nas consultas de enfermagem aos pais e familiares no sentido de mobilizá-los quanto a importância do acompanhamento do DI e do fortalecimento do vínculo entre a família e o profissional de enfermagem.

A sensibilização inicial acontecida nas primeiras oficinas, juntamente com a instrumentalização teórica e a construção compartilhada do conhecimento, foram capazes de mobilizar os enfermeiros para novas ações e até para proporem novas tecnologias para o fortalecimento do acompanhamento do DI.

Um estudo realizado com pediatras e enfermeiros, em Gujatat, Índia, mostrou um comportamento semelhante, embora avaliasse apenas o conhecimento teórico em que a atividade educativa proposta foi capaz de elevar a média de acertos de questões sobre marcos de desenvolvimento[51]. Resultados de um estudo realizado em Connecticut, EUA, apontam para a mesma direção, ao evidenciar que a intervenção educativa promoveu mudança de práticas profissionais, aumentando o número de crianças identificadas com problemas no desenvolvimento psicomotor e referidas para serviços de estimulação precoce[52]. Na Jamaica, um estudo demonstrou que os profissionais que acompanham crianças no domicílio incorporaram as atividades de promoção do desenvolvimento saudável ao serviço de atenção primária, com consequente melhora no DI e aumento dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e das famílias por eles orientadas[53].

Durante a problematização da realidade, os enfermeiros relataram não realizar o acompanhamento do DI com as seguintes justificativas: existência de dúvidas e dificuldades para a realização da prática, desconhecimento sobre se tratar de uma ação integrante à consulta de enfermagem à criança e necessidade de apoio de um instrumento que norteasse o acompanhamento do DI. A realização das oficinas emancipatórias planejadas com base nos pressupostos da Teoria da Educação Permanente segundo o método da Pesquisa-Ação atingiu as justificativas que fragilizavam o acompanhamento do DI. Ocorreu o fortalecimento dos conhecimentos que os enfermeiros tinham, sustentando suas práticas fundamentadas. Assegurou a atividade de acompanhamento do DI como ação pertencente à consulta de enfermagem, restrita ao enfermeiro, e firmou a construção de um instrumento específico para o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Vale ressaltar que também estimulou o uso da caderneta de saúde da criança para esse fim e tonificou o fortalecimento do vínculo com a família para um trabalho em conjunto.

Considera-se, portanto, que as atividades propostas de formação permanente foram efetivas para o aprimoramento das práticas dos enfermeiros no que se refere à manutenção do DI, ao uso de tecnologias leve duras – a CSC, de tecnologias leves – a orientação nas consultas de enfermagem e a formação de vínculos com as famílias, que são existentes e conhecidas na Atenção Primária, e a criação de uma tecnologia leve dura específica para o acompanhamento do DI – o *checklist*, para ser incorporado à CSC.

Após a aplicação do checklist nas consultas, os enfermeiros destacaram as vantagens da incorporação dessa nova tecnologia, como a intensificação do vínculo com as famílias envolvidas, o que deixou notório o aprimoramento do acolhimento das crianças e os que as rodeiam.

O *feedback* da aplicação do *checklist* também trouxe aspectos que precisam ser revistos, como a necessidade de maior aprofundamento nas teorias vistas durante as oficinas – Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e as Necessidades Essenciais das Crianças. Segundo os enfermeiros, é preciso uma imersão maior nesses conteúdos, para que haja maior segurança na interpretação de situações questionadas no instrumento.

Além disso, as oficinas não abordaram as intervenções as quais demandam também um aporte de conhecimentos e habilidades dos enfermeiros, como se viu em seu questionamento sobre a atuação em caso de diagnóstico de situação de risco para o desenvolvimento infantil. Ao mencionarem insegurança em decidir por ações quando percebiam ausência de resposta às necessidades essenciais, ou problemas referentes aos núcleos que permeiam o desenvolvimento infantil, evidenciaram não ter elementos, até o momento, que os subsidiassem para a prática. Mostra-se, portanto, ser essencial a continuidade de estudos e reflexões a fim de empenhar mais tempo para a imersão teórica e complementar com diagnósticos e intervenções apropriadas em casos de risco ou tratamento. Essa é uma premissa da educação permanente, que tem por objetivo capacitar profissionais por meio de uma

educação contínua, baseada no ambiente rotineiro de suas atividades, favorecendo o senso crítico sobre suas práticas em benefício de uma assistência de qualidade[54].

Nesse sentido, cabe ainda ressaltar que a promoção do desenvolvimento infantil é um processo complexo e, portanto, não pode ser alcançada com medidas simples e ações isoladas do enfermeiro em sua consulta. Porém, as mudanças iniciadas podem ser consideradas valiosas para inserir o enfermeiro como parte da rede que pode responder às demandas de atenção que o DI requer.

O estranhamento por parte de alguns dos familiares com relação aos "novos questionamentos" durante as consultas, assim como a insatisfação pelo fato de prolongar o tempo de atendimento, pode ser devido tanto à incompreensão das razões desse novo olhar, como pela falta de complementaridade de respostas adequadas aos pontos abordados. Ao ampliar sua abordagem, o enfermeiro cria expectativas na família de que haverá alguma medida relacionada ao que foi abordado; se não houver esse retorno, a família pode passar a entender tal abordagem como perda de tempo. Assim, é fundamental que o enfermeiro também compartilhe os novos conhecimentos orientando e justificando suas questões aos familiares, para que estes compreendam os benefícios dessa ação detalhada.

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer dessa produção, considera-se que a realização de oficinas baseadas nos princípios da Formação Permanente foi capaz de sensibilizar enfermeiros para o aprimoramento das suas práticas no acompanhamento do Desenvolvimento Infantil.

O diálogo, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento e a criação de tecnologias para o aprimoramento da prática estiveram presentes durante o processo da sensibilização dos enfermeiros, entretanto não é possível afirmar que a realidade seja transformada por completo, uma vez que se considera a necessidade de firmar o conceito de educação permanente e tornar constante o processo de reflexão e aprimoramento das ações.

Sugere-se que a sensibilização aqui criada seja expandida por toda rede de atenção à saúde da criança, visto que o Desenvolvimento Infantil é de responsabilidade de uma rede de profissionais juntamente com a família da criança.

Observou-se a necessidade de repensar a utilização da caderneta de saúde da criança, como uma tecnologia já implantada e de possível apoio para as ações de acompanhamento do DI, por meio de reforços a respeito da relevância do cuidado integral à criança, voltado não apenas aos gráficos de crescimento, mas também ao acompanhamento do desenvolvimento infantil. Apesar do conjunto de subsídios que a CSC disponibiliza, é imprescindível que seus registros sejam completos e preenchidos corretamente, alem de informar as famílias acerca dessas anotações realizadas para que esse instrumento cumpra seu papel de educação, vigilância e promoção da saúde infantil. Destaca-se a importância de agrupar à CSC o *checklist* desenvolvido pelos enfermeiros neste estudo. Enfatiza-se, portanto, a conveniência de promover educação continuada com enfermeiros e demais profissionais que se responsabilizam pela saúde da criança, com objetivos de aprimorar seus conceitos e fornecer subsídios teóricos para suas práticas.

É um grande desafio implantar novas tecnologias para apoiar os profissionais nas suas ações, entretanto com este estudo foi possível obter resultados satisfatórios em um período de testes da aplicação do *checklist* de acompanhamento do DI embora se saiba da necessidade de ampliação da utilização do material.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Reichert, APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [acesso em 20 out 2016]; 23(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf

2. Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

3. Olusanya BO. Priorities for early childhood development in low-income coutries. J Dev Behav Pediatr. [Internet]. 2011 [acesso em 20 out 2016]; 32(6). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21654509

4. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Rev Anna Nery [Internet]. 2011 [acesso em 12 ago 2014]; 15(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400020&script=sci_arttext

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

6. Monteiro FPM, Araujo TL, Ximenes LB, Vieira NFC. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Cienc y Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 3 mar 2015]; 1 (20). Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_09.pdf

7. Oliveira VBCA, Veríssimo MLÓR. Consulta de enfermagem e a participação da família no cuidado à criança. In: Programa de Atualização em Enfermagem – Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2014.

8. Lima LG, Nobre CS, Lopes ACM, Rolim KMC, Albuquerque CM, Araujo MAL. The use of the child's health handbook for healthcare follow-up. Rev. Bras. Ciên. Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 20 out 2016]; 20(2). Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.phb/rbcs

9. Silva FB, Gaiva MAM, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 23 out 2016]; 24(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00407.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

11. Veríssimo MLOR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família. I Oficina Nossas Crianças: Janelas de oportunidades – Textos resumidos. São Paulo; 2012.

12. Bennetti IC, Vieira ML, Crepaldi MA SD. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Pensando Psicol [Internet]. 2013 [acesso em 20 nov 2014]; 9(16). Disponível em: http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/620

13. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. Making humans being humans: Bioecological perspectives on human development. [Internet]. 2005 [acesso em 22 ago 2015]. Disponível em: https://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%202005.pdf

14. Zillmer JCV, Schwartz E, Muniz RM, Meinke SMK. Urie Bronfenbrenner's bioecological model and ecological insertion: a methodology to investigate rural families. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 20 nov 2014]; 20(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400004

15. Lemos RA, Veríssimo MLOR. Desenvolvimento das crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à Luz da Teoria Bioecológica. Rev Esc Enferm USP [Internet]; 2015 [acesso em 20 set 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0899.pdf.

16. Bronfenbrenner U. The Bioecological theory of human development. New York: Elsevier; 2001.

17. Tudge J. A teoria de UrieBronfenbrenner: uma teoria contextualista? 2007. Disponível em: https://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Tudge,%202008.pdf

18. Veríssimo MLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Silva-Ohara CV, Fugimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica. São Paulo: Manole, 2009

19. Brazelton TB, Greenspan S. As necessidades essenciais das crianças – o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Trad. Porto Alegre: Artmed; 2002.

20. Brazelton TB, Stanley I. As necessidades essenciais da criança. Porto Alegre: Artmed; 2000.

21. Pereira CDFD, Pinto DPRS, Tourinho FSV, Santos VEPS. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. Rev Bras Inov Tecn em Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 13 mar 2015]; 2(4). Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331

22. Mehry EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2007.

23. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

24. Mehry EE. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

25. Oliveira AAP, Chiesa AM, Moreira RL. Tecnologias sociais para a Promoção da Saúde na primeira infância em municípios paulistas. Rev Brasil Inov Tecnol em Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 13 mar 2015]; 4(3). Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/5696

26. Vieira MEB, Ribeiro FV, Formiga CKMR. Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. Revista Movimenta [Internet]. 2009 [acesso em 11 maio 2016]; 2(1). Disponível em: http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/199/189

27. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca EM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão Sistemática de Literatura. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2016 [acesso em 06 junho de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf

28. Veríssimo MLOR, Chiesa AM. A promoção do Desenvolvimento Infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: Fujimori E, Ohara CVS (Org.). Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica. Barueri: Manole, 2009. p. 328-53.

29. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MLOR, Zoboli ELCP, Avila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção á saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [acesso em 11 novembro 2016]. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3768/art_CHIESA_A_construcao_de_tecnologias_de_atencao_em_2009.pdf?sequence=1

30. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez; 2003.

31. Franco M. Pedagogia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Educação e Pesquisa; 2005.

32. Vásquez AS. Filosofia da Práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1968.

33. Lugarinho RPM. Relatório final da oficina metodologias ativas como estratégia de formação para a integralidade do cuidado. Fórum Nacional de Educação dos profissionais de saúde. 2008.

34. Freire. P. A Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

37. Coscrato G, Bueno SMV. Postura profissional do enfermeiro à luz de Freire: entrelaces com o Sistema Único de Saúde. Saude Transf. Soc. [Internet]. 2012 [acesso em 21 mar 2015]; 3(1). Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/658.

38. Oliveira AAP, Germani ACCG, Chiesa AM. Leitura freireana de um processo de capacitação de equipes da estratégia saúde da família no município de São Paulo: em foco o desenvolvimento infantil e a promoção da saúde. Espaço para Saúde. [Internet]. 2014 [acesso em 11 abr 2015]; 1(15). Disponível em: http://www.inesco.org.br/eventos/forum/anais/REpS_ANAIS%20DO%20VII%20FORUM%20NACIONAL.pdf.

39. David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 01 abr 2015]; 63(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000100021&script=sci_arttext.

40. Freire P. A Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1978.

41. Vasconcelos EM, Cruz PJSC, Prado EV. A contribuição da educação popular para a formação profissional em saúde. Interface [Internet]. 2016 [acesso em 24 out 2016]; 20(59). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835.

42. Prado M, Schmidt K. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: U PEN; 2016.

43. Plano municipal de saúde 2010-2013 - Secretaria Municipal de Saúde - Curitiba. 2009.

44. Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.

45. Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde e debate [Internet]. 1995 [acesso em 10 abr 2014]; (46). Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=161758&indexSearch=ID.

46. Bardin L. Analise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

47. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

48. Romana MA. Psicodrama Pedagógico – método educacional psicodramático. 2nd ed. São Paulo: Papirus; 1987.

49. Coutinho MPL, Nobrega SM, Catão MFM. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: Coutinho MPL, Lima AS, Fortunato ML, Oliveira FB, organizadores. Representações Sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2003. p. 50-66.

50. Afonso MLM. Brincadeira tem hora? Uso e abuso das técnicas em processos grupais. In: Afonso MLM e organizadores. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013. p. 230-49.

51. Desai PP, Mohite P. An exploratory study of early intervention in Gujarat State, India: pediatricians' perspectives. J Dev Behav Pediatr.[Internet]. 2011 [acesso em 03 novembro 2016]; 32(1). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160440.

52. McKay K. Evaluating model programs to support dissemination. An evaluation of strengthening the developmental surveillance and referral practices of child health providers. J Dev Behav Pediatr. [Internet]. 2006 [acesso em 03 novembro 2016]; 27(1). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16715788.

53. Powell C, Backer-Henninghan H, Walker S, Gernay J, Grantham-McGregor S. Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial. BMJ. [Internet]. 2004 [acesso em 03 novembro 2016]; 329(7457). Disponível em: http://www.bmj.com/content/329/7457/89.

54. Gonçalves CA, Souza ENC, Campos RB, Almeida ML, Zilly A. Educação Permanente em saúde para profissionais de enfermagem na região da tríplice fronteira de Foz do Iguaçu – Paraná. Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa. [Internet]. 2016 [acesso em 09 novembro 2016]; 3(1). Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/amp/article/view/3878/2111.

Anexos

ANEXO I–TCLE

TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE EESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Infantil: uma proposta de prática emancipatória para enfermeiros

Convido você a participar de estudo sobre **Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil** por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Os objetivos são: Aprimorar a formação do enfermeiro no acompanhamento da promoção do Desenvolvimento Infantil por meio da educação emancipatória; mapear e sistematizar as tecnologias que os enfermeiros podem utilizar para fortalecer o acompanhamento e a promoção do DI pelo enfermeiro; identificar os conhecimentos e as práticas em saúde dos enfermeiros na ESF voltadas ao DI; apresentar e discutir com os enfermeiros as tecnologias disponíveis para o acompanhamento do DI e acompanhar e descrever a aplicação de tecnologias para o fortalecimento do acompanhamento e da promoção do DI com enfermeiros.

O estudo será desenvolvido com enfermeiros.

Sua participação nos ajudará a compreender os conhecimentos e as práticas do enfermeiro da ESF voltadas ao Desenvolvimento Infantil, com o intuito de, junto com vocês, aprimorarmos essa prática e, consequentemente, o cuidado à saúde da população infantil sob a responsabilidade das UBS.

Ao final dessas oficinas será proposta a construção de estratégias de fortalecimento da prática do enfermeiro em relação ao DI, que poderão ser usadas pelos enfermeiros da ESF no município.

Julga-se que não há riscos associados à sua participação na pesquisa, considerando-se que:

- Sua participação será em oficinas grupais, para discussão de temas associados ao trabalho em saúde da criança, com duração aproximada de 2horas. A atividade será gravada em áudio e você tem todo o direito de revisar a gravação e excluir parcial ou totalmente a gravação, se assim o desejar.
- As informações que obtivermos serão sempre expressas como sendo as do grupo, nunca aparecerão como contribuições individuais; seu nome nesta etapa da pesquisa não será divulgado sob nenhuma hipótese, em qualquer apresentação ou publicação baseada em nosso estudo.
- Sua participação no estudo é totalmente voluntária e você pode se recusara participar ou retirar suas informações a qualquer momento, mesmo após o término das oficinas, sem qualquer penalidade.

Se estiver esclarecida (o) e concordar em participar, por favor preencha e assine a seção que segue. Se você tiver dúvidas ou perguntas, em qualquer momento da pesquisa, entre em contato comigo, Vanessa ((41) 3053-1238 ou vcomassetto@usp.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP ((11) 3061-7548 ou edipesq@usp.br).

Você receberá uma cópia deste documento, que ficará em seu poder. Nós agradecemos a sua colaboração e o seu interesse em participar desta pesquisa.

Atenciosamente,

.....

Pesquisador Responsável

Declaro que estou esclarecida(o) e concordo em participar da pesquisa descrita.

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: .....

ANEXO II – *CHECKLIST* DE ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA CRIANÇA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Consigo identificar o cuidador principal? ( ) Sim ( ) Não

É o mesmo relatado pela família? ( ) Sim ( ) Não

Houve alteração de cuidador principal desde a última consulta? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o motivo? _____

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Explicar que acariciar o bebê, pegá-lo no colo e conversar, usando uma linguagem clara e simples, são formas de comunicação que facilitam a construção de um vínculo afetivo positivo. ( )
- Conversar sobre as aquisições e as competências da criança, mesmo que seja recém-nascido. Isso ajuda a valorização da criança como um ser único e competente, estimulando o cuidador nesta mesma percepção. ( )
- Explorar os conhecimentos e as expectativas dos cuidadores, ajudando-os a entender os comportamentos da criança e a encontrar formas para estimular, de forma adequada, o seu desenvolvimento. ( )
- Conversar sobre a necessidade de rotinas estáveis e da manutenção de cuidadores fixos atenciosos às necessidades das crianças. ( )

Condições de alimentação adequadas? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo? _____

Promoção de sono adequada? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo? _____

Condições de higiene adequadas? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo? _____

Número de consultas de puericultura adequadas para a faixa etária? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo? _____

Ocorrência de algum acidente doméstico envolvendo a criança? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o motivo? _____

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Orientar que as rotinas para o estabelecimento de sono e repouso podem ser muito benéficas para a criança.( )
- Estimular as famílias a interação com a criança no momento do banho, da troca de fraldas e de qualquer outra higiene,.( )
- Estimular as famílias a questionarem os profissionais de saúde sobre quaisquer dúvidas, mesmo que possam parecer simples.( )
- Verificar, regularmente, na carteira de saúde da criança, se as vacinas estão atualizadas e orientar o cuidador a realizar a mesma verificação.( )
- Elogiar e valorizar o cuidado adequado prestado pelo cuidador.( )
- Observar como os cuidadores consideram as queixas e manifestações da criança no que se refere ao reconhecimento de agravos físicos ou emocionais.( )
- Conversar sobre como os cuidadores evitam as doenças e como agem quando elas ocorrem. ( )

A criança tem irmãos ou convive com outras crianças na mesma família? ( ) Sim ( ) Não

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Orientar sobre as diferenças e particularidades de cada criança.( )
- Informar sobre quão prejudicial é a comparação entre modelos de comportamento entre as crianças. ( )
- Respeitar as individualidades, entendendo o potencial de cada criança. ( )

A criança está se desenvolvendo de acordo com os marcos para a idade? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o sinal em atraso? _____

O cuidador tem acesso aos marcos de desenvolvimento adequados para a idade?
( ) Sim ( ) Não

A criança tem alguma dificuldade para aprender alguma habilidade nova? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, existe algum fator genético ligado a essa dificuldade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
( ) Na família tem, mas na criança não é confirmado

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Explicar ao cuidador sobre os marcos de desenvolvimento adequados para a criança nas respectivas idades.( )
- Orientar sobre a importância de estimular para o pleno desenvolvimento adequado para a idade da criança. ( )
- Oportunizar aprendizagens e habilidades novas para a idade. ( )
- Explicar sobre a importância em persistir na aprendizagem de novas habilidades. ( )

A criança já é capaz de tomar decisões? ( ) Sim ( ) Não

A criança recebe imposição de limites? ( ) Sim ( ) Não

A criança tem todas as suas vontades atendidas? ( ) Sim ( ) Não

A criança já lidou com alguma frustração? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, como foi a experiência? _____

A criança é cobrada quanto à necessidade de organização? ( ) Sim ( ) Não

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Explicar ao cuidador sobre a necessidade de estabelecimento de limites para a criança.( )
- Orientar sobre as maneiras adequadas e inadequadas de se impor limites. ( )
- Orientar sobre a necessidade de equilibrar as condições de impulsos e vontades das crianças. ( )
- Explicar a importância da exigência sobre a organização juntamente com as crianças. ( )

A criança conhece e reconhece sua família de forma ampla? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo? _____

A criança frequenta outros ambientes fora da sua casa, por exemplo, igrejas, grupos de comunidades juntamente com sua família? ( ) Sim ( ) Não

A criança tem amizades ou se relaciona em outros ambientes além do domiciliar?
( ) Sim ( ) Não

A criança e sua família têm o habito de mudar de residência, bairro ou cidade?
( ) Sim ( ) Não

Ações do enfermeiro junto à família e ao cuidador principal:

- Explicar ao cuidador sobre a importância em consolidar relações fora do ambiente domiciliar.( )
- Orientar sobre a importância em repassar valores e culturas próprias da família às crianças. ( )