



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**



Livia Lessa de Oliveira Andrade

**INFLUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM  
FATORES DE RISCO BIOLÓGICO E SOCIOEMOCIONAIS.**

Jequié  
2024

LÍVIA LESSA DE OLIVEIRA ANDRADE

INFLUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM  
FATORES DE RISCO BIOLÓGICO E SOCIOEMOCIONAIS.

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para a realização da defesa de Tese

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

Orientadora: Ana Cristina Santos Duarte

Jequié

2024

LÍVIA LESSA DE OLIVEIRA ANDRADE

INFLUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM  
FATORES DE RISCO BIOLÓGICO E SOCIOEMOCIONAIS.

Trabalho de Conclusão de Tese apresentado a  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB) como requisito à obtenção de título  
de Doutor(a)

BANCA EXAMINADORA

Local: UESB

Horário: 14:30

Data: 16 de outubro de 2024

---

Prof. Dra. Ana Cristina Santos Duarte  
(orientadora)  
UESB

---

Prof. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela  
UESB

---

Prof. Dra. Ana Angélica Leal Barbosa  
UESB

---

Prof. Dra. Sumaia Midlej Pimentel Sá  
UNEB/ EBSP

---

Prof. Dr. Washington da Silva Santos  
UESB

Jequié

2024

Dedico este trabalho a Deus por iluminar os meus caminhos, assim como a Virgem Maria por ser a mãe do Salvador e exemplo de mulher, aos meus pais (meu pai no Céu), meus irmãos e sobrinhos e meu amado esposo e filha que sempre me apoiaram e ajudaram nas conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é contemplar a presença do outro na vida, e neste exato momento só tenho a agradecer aos que estiveram comigo na caminhada da vida de forma serena, como amizade e amor. Antes de tudo agradeço a Deus pelo dom da vida, por me guiar durante as tempestades, me acolhendo e me colocando no colo, como tão grandioso PAI. Continue conduzindo-me para os propósitos da minha vida, a ti senhor toda honra e glória. Juntamente, a imaculada, Virgem Maria, por interceder por mim sempre que necessário, me guie, mãe querida para eu possa ser sempre luz. Para que eu siga como instrumento de amor e luz por onde eu passar e na vida das crianças que tenho ajudado na forma de profissional – Fisioterapeuta.

Aos meus pais, Francisco Carlos e Regina Cele, por tanto sacrifício, mas que de forma honesta me apoiaram e me encorajaram nas minhas decisões. Aos meus irmãos pelo grande amor e irmandade. Ao meu esposo pelo seu amor e a minha filha, Cecília, que é a razão de eu ser melhor e buscar o melhor a cada dia. Amo muito vocês. Aos amigos, colegas de atuação profissional e do doutorado pelas lutas diárias.

Gratidão pela minha orientadora, a professora dra. Ana Cristina Santos Andrade, por ser exemplo de humanidade e competência durante a minha trajetória acadêmica, sempre me conduzindo aos meu melhor como pesquisadora. Ao Programa de Pós graduação em Enfermagem e Saúde, colaboradores, funcionários e professores nessa trajetória durante esses 4 anos e 6 meses. A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB por onde iniciei minha vida acadêmica desde a graduação em Fisioterapia. Por ser referência em educação científica, e neste momento pelo doutorado. E, assim aos colegas do Grupo de estudo GEPEC-SADI.

Aos professores da banca examinadora por dispor do seu tempo e conhecimento para participarem da banca de defesa da minha tese, contribuindo com um novo olhar sobre o trabalho. À CAPES, pelo fomento a minha pesquisa, pela qual permaneci como bolsista durante 2 anos do período do doutorado.

Agradeço a todos que contribuíram para que esta etapa fosse cumprida e mais uma vitória alcançada.

“Nada do que é feito por amor  
é pequeno”

Santa Teresinha do Menino Jesus

## RESUMO

O desenvolvimento neuropsicomotor é uma das principais etapas para a evolução humana, e compreende a maturação orgânica e psíquica para a função independente. A existência de algum fator que leve a alteração neste desenvolvimento pode comprometer a vida de um ser humano por toda a existência. Neste propósito o objetivo da tese é analisar os aspectos que influenciam no desenvolvimento de crianças com fatores de risco biológico e socioeconômico. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritivo, transversal e exploratório realizado em Jequié – Ba, com mães de crianças até 3 anos, nascidas com fatores de risco ao desenvolvimento. Foi realizada uma triagem de crianças nascidas no município e atendidas nas UBS e USF da zona urbana, após foram selecionadas 10 famílias e realizada uma entrevista semiestruturada sobre o relacionamento com o bebê, rotinas e medos e incertezas do prognóstico, em concomitância, foi realizada uma entrevista com os 10 enfermeiros que atendem essas famílias. A análise dos dados quantitativos foi realizada pelo software Epi-info, através das medidas frequência, média e desvio- padrão. Para os dados qualitativos, foi utilizado o Iramuteq no tratamento dos dados e Análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram apresentados na forma de três manuscrito: Fatores de risco biológicos para o desenvolvimento infantil; Afetividade materno-infantil diante do contexto de uma gestação de risco, a luz de Wallon; Atuação da equipe de enfermagem da atenção básica e a percepção da genitora sobre o acompanhamento de crianças com fatores de risco. Conclui-se que há a necessidade de se reduzir em números as ocorrências dos fatores de risco para as crianças, prevenindo os fatores controláveis através de um pré natal seguro, condições de parto e assistência neonatal de qualidade. Em adição para minimização destes fatores de risco e suas complicações, as crianças necessitam de um acompanhamento de *follow up* e de envolvimento familiar, através de estratégias de educação em saúde para estímulos, acolhimento e afeto associados ao suporte socioeconômico.

Palavras-chaves: desenvolvimento- crescimento; criança de risco; saúde; família.

## ABSTRACT

Neuropsychomotor development is one of the main stages of human evolution and involves organic and psychic maturation for independent function. The existence of any factor that leads to changes in this development can compromise the life of a human being for the rest of their existence. In this regard, the objective of this thesis is to analyze the aspects that influence the development of children with biological and socioeconomic risk factors. This is a quantitative-qualitative, descriptive, cross-sectional and exploratory study carried out in Jequié - Bahia, with mothers of children up to 3 years old, born with risk factors for development. A screening of children born in the municipality and treated at the UBS and USF in the urban area was carried out. After that, 10 families were selected and a semi-structured interview was conducted about their relationship with the baby, routines and fears and uncertainties about the prognosis. At the same time, an interview was conducted with the 10 nurses who serve these families. Quantitative data analysis was performed using Epi-info software, using frequency, mean and standard deviation measurements. For qualitative data, Iramuteq was used for data processing and Bardin's content analysis. The results were presented in the form of three manuscripts: Biological risk factors for child development; Maternal-child affection in the context of a high-risk pregnancy, in the light of Wallon; Performance of the primary care nursing team and the mother's perception about the monitoring of children with risk factors. It is concluded that there is a need to reduce the number of occurrences of risk factors for children, preventing controllable factors through safe prenatal care, delivery conditions and quality neonatal care. In addition to minimizing these risk factors and their complications, children need follow-up and family involvement, through health education strategies for stimulation, acceptance and affection associated with socioeconomic support.

Key words: development-growth; child at risk; health; family.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIMS – Escala Motora Infantil de Alberta

APS - Atenção Primária a Saúde

BAYLEY – Bayley Scale of Infant Development

CC – Caderneta da Criança

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor

DNV – Declaração de Nascidos Vivos

DUM – Data da Última Menstruação

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GR – Gramas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

KM – Quilometro

MS – Ministério da Saúde

NUPREJ – Núcleo de Prevenção e Reabilitação de Jequié

ODM – Objetivo do Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCD – Programa de Crescimento e Desenvolvimento

PEC – Prontuário Eletrônico

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PHPN – Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSF – Programa Saúde da Família

QI – Quociente de Inteligência

RAMI – Rede de Atenção Materno Infantil

RC – Rede Cegonha

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SNC – Sistema Nervoso Central

SpO2 – Saturação de Oxigênio no Sangue

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade  
TEA – Transtorno do Espectro Autista  
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
USF – Unidade de Saúde da Família  
USS - Ultrassonografia  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
UTIneo – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	15
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2.3	TESE	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1	Teorias do desenvolvimento	21
4.1.1	A teoria psicanalítica de Sigmund Freud	21
4.1.2	A teoria psicossocial de Erik Erikson	22
4.1.3	A epistemologia genética de Jean Piaget	22
4.1.4	A teoria sociointeracionista de Vygotsky	24
4.1.5	A teoria do apego de Bowlby	25
4.2	O desenvolvimento infantil na primeira infância;	26
4.2.1	Desenvolvimento neuromotor, cognitivo/ linguístico e afetivo.	28
4.3	Fatores que implicam em risco ao desenvolvimento infantil típico;	31
4.3.1	Fatores genéticos, gestacionais	32
5	METODOLOGIA	36
5.1	Delineamento do estudo	36
5.2	Cenário da pesquisa:	36
5.3	População Alvo	38
5.4	Instrumentos para obtenção de dados	40
5.4.3	Roteiro de entrevista	40

5.5	Análise dos dados:	41
5.6	Período do Estudo e aspectos éticos	41
6	RESULTADOS	43
	Manuscrito I	44
	Manuscrito II	56
	Manuscrito III	70
7	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
	APÊNDICE I	95
	APENDICE II	100
	ANEXO I	101
	ANEXO II	102
	ANEXO III	103
	ANEXO IV	103
	ANEXO V	108

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a fecundação até o nascimento, ocorrem diversos processos, como divisões celulares, diferenciações dos componentes e desenvolvimento das características genóticas e fenotípicas responsáveis por toda a funcionalidade do organismo e pelos processos cognitivos, para que o bebê se torne um adulto saudável. Tais fatores internos (carga genética e embriológica) e externo (sensoriais e ambientais) resultam na formação da personalidade e da imagética corporal colaborando com o desenvolvimento. Há, em adição, a formação de órgãos e amadurecimento corporal e neurológico, de modo que, com 40 semanas de gestação, ocorra a preparação deste bebê para a vida extrauterina (Guyton e Hall, 2017).

Uma intercorrência de natureza embriológica, maturacional ou infecciosa, pode gerar alterações na forma como esse bebê se desenvolve. Esses fatores podem comprometer o desenvolvimento infantil, estando diretamente relacionados ao período embrionário, parto e aos estímulos realizados do período pós-parto imediato até os 2 anos de idade. Este período é denominado, 1000 dias do bebê (Cavalcante, 2018).

Durante os mil dias ocorra maior formação neuronal, além da maior capacidade de aprendizado e desenvolvimento do cognitivo, emocional e motricidade. Neste contexto, o conhecimento acerca de cada fase do desenvolvimento é de suma importância para orientar e estimular a criança (Souza, 2015). As concepções familiares acerca do desenvolvimento infantil estão relacionadas a como essa criança é estimulada, os conhecimentos transmitidos por gerações, aspectos culturas, mídias, e informações científicas obtidas das orientações em saúde, formam um processamento e conjugação com o ambiente de como os pais podem auxiliar no desenvolvimento infantil (Santos et al., 2021).

Considera que o conhecimento dos pais, pode ser um fator de extrema importância na forma como a criança entende e responde aos estímulos ambientais. O rosto materno e paterno, o batimento cardíaco, a forma como os pais conversam com esta criança, o cheiro materno integram as primeiras formas de conhecer o mundo (Pessoa e Costa, 2014).

Segundo as Teorias do Desenvolvimento Infantil, os aspectos biológicos, físicos, culturais e sociais se relacionam e se conectam na forma como um indivíduo pensa, sente e se projeta no mundo. O aspecto biológico é considerado o ponto de partida de todo o desenvolvimento e o social como o ponto final, devendo ser compreendido de forma global, a partir de quatro aspectos básicos: físico-motor, intelectual, afetivo-emocional e social (Reis, 1991). Assim, o movimento e o comportamento deixam de ser reflexo/ reação a algum estímulo

e passam a ser resultado de um processamento sensorial e tomada de decisão para uma reação pensada e planejada (Crespi; Noro; Nobile 2020).

Porém, alguns fatores podem contribuir para o atraso nas aquisições motoras. Justifica-se, neste trabalho, a importância da intervenção precoce e da estimulação orientada em ambiente doméstico, pelos familiares próximos e de forma lúdica, durante a rotina da criança com o foco no desenvolvimento funcional.

A falta de vinculação afetiva com a mãe e/ou pai com o bebê, pode interferir no desenvolvimento funcional e emocional, o qual apresenta maior influência até os 2 anos, com repercussão na formação do indivíduo como um ser único, ao longo da vida. Segue também que desde a fecundação até os 2 anos há a maior proliferação e maturação neuronal, o que está associado ao maior período de neuroplasticidade (Irurita-Ballesteros et al, 2019).

Cabe, neste trabalho, compreender as influências no desenvolvimento de crianças com fatores de risco biológicos e socioemocionais, considerando aspectos como o relacionamento com o bebê, em um processo de vínculo familiar, e de promoção a saúde para favorecer as aquisições das habilidades infantis.

## **1.1 PROBLEMA DE PESQUISA**

O processo de desenvolvimento infantil é complexo e de origem multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e afetivos que interferem na multiplicação neuronal e aprendizado, de acordo com as experiências vividas. A evolução ocorre desde estratégias primitivas e reflexas, que garantem a sobrevivência extrauterina, até estágios mais elaborados, que necessitam da reflexão e idealização do pensamento crítico a fim de realizar tarefas complexas e para a vivência social (Costa, 2018). Deve-se pensar, também, que a criança evolui de um estágio de profunda dependência para a autonomia (Bellman; Byrne; Sege, 2013), necessitando de suporte e estímulo de familiares, em um contexto afetivo para o pleno desenvolvimento neuromotor, cognitivo e linguagem. Desta forma, questiona-se: quais são os aspectos que influenciam o desenvolvimento de crianças com fatores de risco biológico e socioemocionais?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os aspectos que influenciam no desenvolvimento de crianças com fatores de risco biológico e socioemocionais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar o perfil de crianças nascida com fatores de risco ao desenvolvimento no município de Jequié – Bahia;

Compreender qual a influência da afetividade no desenvolvimento de crianças nascidas com fatores de risco;

Investigar sobre a atuação da equipe de enfermagem e a percepção materna com relação as crianças com fatores de risco para o desenvolvimento.

### **2.3 TESE**

Cada vez mais, bebês nascidos com fatores de risco biológico tem sobrevivido, devido os avanços tecnológicos, ao aumento dos estudos na área do desenvolvimento infantil e maior qualificação dos profissionais de saúde em neonatologia. Após a alta hospitalar, que pode ser imediatamente após o nascimento, ou após a alta da Unidade de Terapia Intensiva, o acompanhamento pela equipe de saúde deverá ser mantido (Tudella e Formiga, 2021) e alinhado aos cuidados familiares favorecendo ao melhor desfecho.

Nesse contexto, após a alta hospitalar, a família, e o recém-nascido necessitam ser acolhidos, visto a integralidade do cuidado, culminando na promoção e qualidade da assistência. Para continuidade desse cuidado, a Estratégia Saúde da Família tem essa responsabilidade, através do modelo da inclusão familiar, centrada na prática integral, de equidade, para a promoção da qualidade de vida, no cuidado e na educação em saúde (Araújo et al, 2014; Brasil, 2007).

A comunicação direcionada para as necessidades familiares, assim como o acolhimento e conhecimento sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) associados a organização familiar é de extrema importância e deve ser fortalecida para a promoção da qualidade de vida da criança.

Assim, a tese parte do pressuposto de que a investigação dos casos de crianças nascidas com fatores de risco para o desenvolvimento deve considerar, inicialmente os fatores biológicos, e seguido pelo afetivo, partindo como base na teoria fundamentada em Wallon. Em seguimento, o acompanhamento de saúde por parte da equipe de enfermagem na Atenção

Primária a Saúde (APS) é de extrema importância, porém para crianças nascidas com fatores de risco para o desenvolvimento recomenda-se que adicionalmente, sejam inseridas em um programa de *follow up* (acompanhamento sistemático).

Observa-se contudo, que na prática, as crianças que já apresentam atraso no desenvolvimento são encaminhadas para um serviço de saúde especializado enfrentando dificuldade no acesso devido ao baixo número de vagas ofertadas. Nesse pressuposto, cabe destacar que a educação em saúde é eficaz e deve ser fortalecida como forma de aproximação da família com a equipe de saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considera-se que um ambiente afetivo seja base para o desenvolvimento humano, neste processo que Henri Paul Hyacinthe Wallon (1879 – 1962), filósofo e médico, dedicado aos estudos em psiquiatria e psicologia, com ênfase no desenvolvimento infantil e nas anomalias motoras e mentais, pôde obter experiência e relatos devido a atuação em diversos hospitais (Cavalcante, 2018).

Esta mesma autora relata que os estudos de Wallon são marcados por um ambiente de instabilidade social e política e são interrompidos pelo período entreguerras - I Guerra Mundial (1914-1918) e II Guerra Mundial (1939- 1945) e sua colaboração como médico do exército francês. Por seus pensamentos no marxismo, foi perseguido pela gestapo nazista e pelo governo fascista de Vichy, viveu clandestinamente com o pseudônimo de René Hubert e mesmo assim esteve em um lugar de destaque na resistência francesa contra o exército alemão.

Essa participação gera grande influência na forma como pensava sobre o desenvolvimento infantil e a relação entre a razão e a emoção. Nesse contexto é imbricado no atendimento de soldados com lesões neurológicas, e na maioria das vezes em maior número que seus superiores, Wallon começou a pensar na relação entre um maior número e maior intensidade de traumas nos soldados de baixa patente (Silva, 2007). O questionamento sobre a relação entre a racionalização e controle emocional dos superiores pelas tropas e a sua saúde mental posterior, determinou grande parte do pensamento Walloniano, sobre o impacto da emoção no pensamento humano (Silva, 2007).

De um ponto de vista fisiológico, compreende que as emoções são resultantes de sinapses no sistema límbico, mais específico, no hipotálamo. Assim, os aspectos de natureza afetiva das sensações sensoriais, como as sensações agradáveis e desagradáveis são reações físicas e químicas resultantes das suas experiências. As qualidades afetivas podem ser chamadas de recompensa ou punição e as experiências vividas são regidas por essas qualidades, assim sendo, as que levam recompensas geram sinapses mais fortes e por consequência memórias fortes (Guyton e Hall, 2017).

Estas reações cerebrais, podem refletir em comportamentos motores, através de funções tônicas e clonais, que de forma generalizada corresponde a mobilização do meio social, possibilitando o nascimento da consciência, compondo um pensamento holístico, e assim da psicologia dialética de Wallon. O sistema nervoso se hierarquiza, desde movimentos simples se diferenciam até o psiquismo (Cavalcante, 2018).

Na década de 1920, retorna ao trabalho de médico psico-psiquiátrico no Laboratório de Psicobiologia anexo a uma escola da periferia de Paris, aproximando-se da criança em seu habitat. Este momento coleta os dados da sua tese de doutorado “Estados e problemas do desenvolvimento motor e mental da infância” (1925), tornando-se o primeiro livro “L’enfant turbulent” (A criança agitada ou turbulenta). Nesse processo se torna um dos mais importantes nomes do desenvolvimento infantil na França (Ferreira e Acioly-Reegnier, 2010).

A importância da afetividade no desenvolvimento infantil é aprofundada na obra sobre o caráter infantil e propõem a divisão das fases do desenvolvimento em: Impulsivo, Emotivo, Sensitivo-motor e Projetivo (Ferreira e Acioly-Reegnier, 2010). Sua teoria rompe com a ideia da criança como um “adulto em miniatura” e propõe uma dinâmica baseada na alternância entre momentos de maior expressão afetiva e predominância cognitiva.

Também destacou sobre a influência do meio para a formação do psiquismo, diferenciando as respostas sociais e ambientais, que se modificam ao longo do tempo e com respostas cada vez mais complexas através das relações do gesto, do ato, da imitação com o pensamento simbólico (Silva, 2007 e Cavalcante, 2018).

As relações entre o indivíduo e o meio enriquecem-se pelo fato de o meio não ser constante e porque uma modificação pode levar a supressão e transformação das pessoas que estão envolvidas (Pessoa e Costa, 2014). Para Wallon (1986) os primeiros contatos da criança com o ambiente são realizados de forma afetiva, e sua comunicação se dá por atividade tônica (movimento) e contínua, com o outro, em sua representatividade maior, com a mãe.

A afetividade é traduzida como a capacidade individual do sujeito de experimentar tendências, emoções, paixões e sentimentos, que influenciam na formação do caráter (racional ou cognitivo). Trata-se de um fenômeno simultaneamente social e biológico que antecede os demais marcos do desenvolvimento. Assim, a consciência afetiva é marcada por um caráter social, sendo o primeiro vínculo, sobrepondo até mesmo a imaturidade motora e cognitiva nos primeiros anos de vida (Viana e Furlan, 2019).

A Teoria da Psicogenética de Wallon propõe que o desenvolvimento humano é resultado da dos fatores socioculturais (ambiente, linguagem e relações sociais) com os fatores biológicos. Assim, compreende o indivíduo de forma integrada, através dos aspectos motores, cognitivos e afetivos (Silva, 2020). A compreensão da totalidade do ser humano vista na teoria da psicogenética de Wallon possibilita aprofundar a compreensão do papel da afetividade na vida psíquica e no processo ensino – aprendizagem, valorizando a relação do indivíduo com o meio social (Almeida, Mohaney, 2007). A relação de uma integração funcional é dita somente na Teoria Walloniana. “O meio é um complemento indispensável ao ser vivo. Ele deverá

corresponder a suas necessidades e as suas aptidões sensório-motoras e, depois, psicomotoras” (Wallon, 1975).

Nesse aspecto, a afetividade e a inteligência estão interligadas, contribuindo para a adaptação do indivíduo ao meio.

Assim, o conjunto das funções afetiva (emoções, sentimentos e paixões) não estão dissociados do raciocínio possibilitado a integração do organismo com o meio através da cognição, afeto e motricidade (Silva, 2020). No dado afetivo, estão inseridas as manifestações orgânicas (fome e saciedade) e social (sentimento, paixão, emoção e humor) em um processo de maturação social.

O que permite a inteligência esta transferência do plano motor para o especulativo não pode evidentemente ser explicado, no desenvolvimento do indivíduo, pelo simples fato de suas experiências motoras combinarem-se entre si para melhor adaptar-se exigências múltiplas e instáveis do real. O que está em jogo são as aptidões da espécie, particularmente as que fazem do homem um ser essencialmente social (Wallon, 2008).

Para Wallon os estágios do desenvolvimento são flexíveis e se adequam a estrutura orgânica. No primeiro ano de vida, a criança está no estágio impulsivo-emocional, com o emocional no centro do desenvolvimento afetivo. De 1 a 3 anos, apresenta-se o estágio sensório – motor, com a afetividade se apresentando através do contato com objetos e pessoas próximas. O estágio do personalismo ocorre de 3 a 6 anos através da descoberta de suas diferenças em relação ao outro, com foco principal do desenvolvimento da personalidade. E, posteriormente, os estágios categorial e da adolescência, cada qual com predominância alternada entre aspectos afetivos e cognitivos (Wallon, 1975)

A conceituação de “pessoa” é o elemento central da sua teoria. Surge a psicogênese da pessoa completa, que exprime que a condição para o desenvolvimento humano seja a própria existência, através da reciprocidade e integração entre o fisiológico e o social. Assim o conceito de pessoa constitui-se como a síntese da afetividade (emoções, sentimentos e paixões), cognição (aquisição e manutenção do conhecimento) e motor - deslocamento do corpo em tempo e espaço (Silva et al, 2020).

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Teorias do desenvolvimento

Ao longo da história, diversos estudiosos se propunham a estudar o desenvolvimento infantil. Neste compilado foram selecionados alguns estudiosos de maior influência, juntamente com a Teoria psicogenética de Wallon permitem analisar a criança como um ser único, e singular, a partir dos fatores biológicos, cognitivos e ambientais.

#### 4.1.1 A teoria psicanalítica de Sigmund Freud

Sigmund Freud rompeu com o racionalismo na ciência da época e com a ideia de que o homem é capaz de controlar a si mesmo e ao mundo. Dessa forma, construiu conceitos sobre o psiquismo: consciente, pré-consciente e inconsciente, postulando que a maior parte das atividades psíquicas é inconsciente, colocando em dúvida a preponderância da razão no desenvolvimento (Silva, 2022).

Em 1923 publica “O ego e o id” Freud descreve o psiquismo de uma segunda tópica composta pelas estruturas: id, ego e super ego. O id compreende as representações dos impulsos, da satisfação que pode ser erótica/sexual ou agressiva/destrutiva. Dessa forma, o id representa o inconsciente, grande reservatório da libido, não sendo socializado e não respeitando convenções. O ego consiste nas funções ligadas as relações do indivíduo com o meio. É a parte visível do indivíduo que sofre as pressões do meio e equilibra a relação humana. O superego são as normas, regras e princípios morais dos grupos sociais. Funciona como um controlador do id e as intenções do ego. Visa proteger o indivíduo das repressões inconsciente, ligada a fantasia e desejos que não são aceitáveis no meio social (Gomes, 2003).

O desenvolvimento humano está ligado a libido e na possibilidade de satisfazer-se na medida. A sexualidade infantil está ligada no prazer da descoberta do próprio corpo e do desejo e fantasia que permeia a relação com os pais. São divididas na fase oral (concentração da libido na boca) com o centro do prazer na alimentação, uso de chupeta, mordedor. Nessa fase a criança interessa-se pela gratificação de forma egocêntrica, constituindo o narcisismo infantil e constitui um papel importante na personalidade (Gomes, 2003; Caldas, 2024).

Na fase anal, época que aprende a controlar o esfíncter. A criança já diferencia o eu com o outro, utilizando a excreção como um ato dirigido ao outro. As exigências sociais podem tornar essa fase conflituosa. Na fase fálica (de 3 a 5 anos) a criança começa a explorar as estruturas responsáveis pela sexualidade. É marcada pelo complexo de Édipo, sendo a mãe o primeiro objeto de amor, diferenciando meninos e meninas de forma antagônicas. A fase de

latência é identificada como a sublimação, com destaque para as demandas escolares, esporte, brincadeira e artes, destacando-se nas atividades de natureza física ou intelectual devido à concentração de energia libidinal. A partir da puberdade os interesses sexuais deixam de ser fálicos para serem genitais, com relações exteriores a família (Caldas, 2024).

#### 4.1.2 A teoria psicossocial de Erik Erikson

O desenvolvimento ocorre em direção da formação da identidade através dos oito estágios (Oito idades do homem). Cada idade está caracterizada para a resolução das “crises” para a chegada ao equilíbrio. As quatro primeiras são relacionados a infância, a quinta, adolescência e as três últimas a fase adulta. Na confiança básica *versus* desconfiança básica retrata a relação do bebê com a mãe nos primeiros anos de vida, que necessita experimentar situações que gerem segurança e conforto, como ser amamentado, ou acalentado, entretanto, quando o bebê não é suprido pode sentir-se inseguro. Na autonomia *versus* vergonha e dúvida (2 a 3 anos) a criança começa a ter necessidade de auto controle e aceitar o controle dos outros. A internalização das normas se dará a partir da relação com os pais, sendo negativo quando usam a vergonha como punição (Alves, 2022).

Na idade da iniciativa *versus* culpa que ocorre dos 3 aos 6 anos, a criança com mais autonomia explora o mundo através do seu corpo e da imaginação, possuindo maior destreza para alcançar suas metas, porém levando-a ao medo do fracasso e punições. Para as demais idades, adolescência e adulta, diligência *versus* inferioridade; identidade *versus* confusão/difusão; intimidade *versus* isolamento; geração *versus* estagnação e integridade *versus* desespero, desenvolvem competências, identidades e vínculos com a sociedade. Quando bem resolvidos, apresentam segurança e realização e quando não, isolamento e estagnação (Leite e Silva, 2019).

#### 4.1.3 A epistemologia genética de Jean Piaget

Esta teoria visa investigar a construção do conhecimento, partindo de um estágio de menor conhecimento para maior, através da capacidade do pensar de maneira simbólica e abstrata. Compreende que todo o indivíduo tem habilidades de se adaptar a novas situações através da auto regulação, fazendo parte do funcionamento biológico e intelectual. Em adição, Piaget estudou a organização, habilidade de integrar o novo conhecimento as estruturas existentes de forma coerente (Silva, 2022).

A assimilação é o processo de entrada das sensações geradas pelas experiências, assim como a acomodação é um processo de ajuste e funcionam nos níveis biológicos e intelectuais

no mesmo momento para o desenvolvimento físico e intelectual. O conceito de equilíbrio é o estado constante de balanceamento das mudanças causadas pela assimilação e acomodação, tornando-se o cerne do desenvolvimento cognitivo. Para haver evolução, o estágio de equilíbrio é perturbado, gerando o conflito cognitivo. Nesse conflito, o indivíduo busca uma solução para satisfazer as necessidades (Silva, 2022).

O ponto crítico é o questionamento de como ocorre o aprendizado na criança, através dos conceitos de maturação, e de condições e possibilidades de responder ao meio. Assim, o desenvolvimento cognitivo ocorre pela experiência física e empírica que resulta no conhecimento físico (manipulação direta dos objetos e da observação e transformação) e lógico matemático (relação lógica entre os objetos). Em adição, a transmissão social consiste na relação sociais, interpessoais ou instrução verbal entre indivíduos. O quarto fator é a equilibração, que coordena os demais fatores no processo dinâmico entre a assimilação e acomodação (Silva, 2022). Assim, o desenvolvimento perpassa os níveis biológicos, intelectuais e ambientais gerando os conhecimentos físicos e lógico-matemáticos (Lima e Nóbile, 2020). Na teoria epistemológica genética de Piaget busca compreender o desenvolvimento da inteligência na criança. Assim, o conhecimento é gerado a partir da interação com o meio, sendo gerada das estruturas cognitivas existentes e a sua relação com o objeto e o meio (Lima e Nóbile, 2020).

Os estágios do desenvolvimento ocorrem em sequência ampla e contínua por meio da reorganização do estágio que o precedeu. Primeiro estágio é o período sensorio-motor, que ocorre de 0 a 2 anos. Neste, o bebê é um ser complexo que experimenta o ambiente para compreendê-lo e controlá-lo, ocorrendo transformações no corpo, mente, que evolui do biológico para social. O comportamento do recém-nascido é um reflexo inato e não tem consciência de outra coisa além de si, sendo considerado por Piaget como egocentrismo. Também é considerada a fase da “Inteligência prática” por compreender uma fase em que a criança ainda não fala, se comunica com ações e percepções. (Pádua, 2009).

Do nascimento até um mês apresenta comportamento egocêntrico e reflexos inatos; de um até quatro meses, começa a conhecer o seu corpo, por meio de descobertas acidentais e repetição do movimento; de quatro até oito meses, o bebê começa a se interessar pelo mundo externo, busca objetos e adapta-se ao meio; de oito a doze meses, aparecem os comportamentos intencionais, procura e experimenta novos objetos; de 12 a 18 meses, reconhece a sua imagem e começa a utilizar algum instrumento para alcançar objetos; de 18 a 24 meses, a criança começa a utilizar símbolos na linguagem e nas brincadeiras evoluindo para a representação simbólica.

A mente é uma inteligência interiorizada que se baseia em simbolismo, evocada pela linguagem e imagens mentais (Pádua, 2009).

No estágio pré- Operatório ocorre o surgimento da linguagem, ocorre o surgimento das representações, dos 2 aos 7 anos. Da capacidade simbólica, onde consegue distinguir entre o importante e o significativo. Nesta, a criança é egocêntrica, não possuindo noção do ponto de vista das pessoas, não se importando sobre a opinião das pessoas. No estágio Operatório Concreto, ocorre um avanço cognitivo e aumento da plasticidade, dos 7 aos 11 a 12 anos. Neste, a criança utiliza a capacidade de operações somente nos objetos de interesse, ou aptidão de manipulação sobre eles. A abstração ainda não existe, começando a formular hipóteses e fazer hipóteses sobre os seus posicionamentos. Esta fase perdura até a fase adulta (Pádua, 2009).

#### 4.1.4 A teoria sociointeracionista de Vygotsky

Para Vygotsky o desenvolvimento e a aprendizagem estão atrelados e alavancados ao meio social. Assim, o desenvolvimento psicológico/ mental é promovido pelo convívio social, através da socialização e da maturação orgânica. Assim, a condição biológica não é o suficiente para o desenvolvimento, necessitando de práticas específica para o ganho de determinadas habilidades. Então não pode se pensar que a criança irá se desenvolver com o tempo, pois por si só não apresenta instrumentos propícios para esse desenvolvimento (Leite et al., 2023).

O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) como a distância entre o nível de desenvolvimento real (capacidade de resolver problemas independente) e o nível de desenvolvimento proximal (capacidade de solucionar problemas com ajuda). NA ZDP a criança tem um desenvolvimento aumentado e indissociáveis. Assim, crianças que possuem habilidades parciais, se desenvolvem com ajuda de parceiros mais habilitados (mediadores) até que essas habilidades passem de parciais para totais, no âmbito das potencialidades da criança. Para o desenvolvimento efetivo é necessário que o processo de aprendizagem, mediadores e ferramentas estejam distribuídas em um ambiente adequado. O processo de aprendizagem não deve focar no aprendido, mas sim no que está aprendendo (Leite et al., 2023).

Sobre a linguagem, passa por três fases: a linguagem social, para o ato de se comunicar, seguidas da linguagem egocêntrica e da linguagem interior, que estão ligadas ao pensamento. Na fala egocêntrica, a criança emite para si mesma, em voz baixa, enquanto se concentra em alguma atividade. O objetivo é o planejamento ativo para a resolução da demanda no momento. Assim, por volta dos dois anos pensamento e linguagem se fundem, criando uma nova forma de pensamento, onde a criança apresenta curiosidade na descoberta pelas palavras, pelos “porquês” enriquecimento do vocabulário (Vigotsky, 1998).

Com o declínio da comunicação egocêntrica, a criança adquire a capacidade de pensar as palavras. Nesse momento inicia a fase do discurso interior, em que as palavras são pensadas, sem a necessidade de serem faladas. O pensamento é uma fase mais profunda do discurso interior, cuja função é criar conexões e resolver problemas, não sendo o último plano da linguagem, sendo a motivação do pensamento, de acordo com a necessidade, interesse e impulsos, afetos e emoções (Vigotsky, 1998).

#### 4.1.5 A teoria do apego de Bowlby

John Bowlby buscou estabelecer relações entre o psiquismo e os fatores biológicos, assim como as dificuldades de vínculo eram transmitidas de geração a geração. Propôs que o comportamento de apego é uma estratégia evolutiva e biológica de sobrevivência para proteger o bebê (Moraes, Silva, Cavalcante, 2022).

Neste, o fundamento do estudo de Bowlby é a compreensão do vínculo no crescimento emocional e social da criança em desenvolvimento, por uma figura de referência. Assim, o cuidador proporciona uma compreensão do apego e sublinha a importância dessa interação para a formação da personalidade, sendo que o tipo de apego que a criança desenvolve com seus cuidadores primários, como pais e cuidadores, pode influenciar no tipo de relacionamento que ele possui com outras pessoas, lida com suas emoções e enfrenta desafios (Adorian et al, 2024).

Os estilos de apego seguro geralmente contribuem para relações mais estáveis e saudáveis, enquanto os inseguros, como ansioso- ambivalentes ou desorganizado podem gerar dificuldades interpessoais e emocionais. Bowlby conclui que a separação prolongada e falta de cuidado materno resultaram em problemas emocionais e comportamentais nas crianças, assim evidenciando efeitos adversos do rompimento do vínculo mãe e filho na primeira infância (Moraes, Silva, Cavalcante, 2022). A criança na primeira infância busca vinculação e interação com o seu cuidador primário através do sugar, chorar e sorrir, demonstrando preferência por figuras específicas e exibe sinais claros de reconhecimento e conforto (Souza, 2023). A maior interação ocorre durante o período de seis meses a dois anos, a medida que a criança cresce reduz a intensidade e frequência desse comportamento, persistindo como parte do comportamento e reaparecendo em situações emocionais inseguras.

O processo de construção dos modelos internos, surgem da representação construída pela criança de si e dependendo de como foi cuidada. A imagem interna, relacionada aos cuidadores primários é considerada a base para todos os relacionamentos íntimos futuros (Moura, Amorim, Rosseti-Ferreira, 2022). Na fase da adolescência, os pensamentos e raciocínio tornam-se cada vez mais abstratos, multidimensionais e autor reflexivos. Há a

possibilidade de comparações com o outro, contemplando uma nova ferramenta relacional e construindo significados acerca das suas experiências (Bowlby, 1989).

Na fase adulta os padrões de apego podem ser categorizados em: apego seguro; apego evitante; apego ambivalente e apego desorganizado. O apego seguro tende a ter opiniões positivas sobre si e seus parceiros, sentem-se confortáveis com a intimidade e com a independência. No apego evitante, desejam independência, aparentemente para evitar completamente o apego. No ambivalente, buscam alto nível de intimidade, aprovação e receptividade do outro. Valorizam a intimidade a ponto de se tornarem dependente do parceiro. No apego desorganizado, tem sentimentos mistos sobre relacionamentos íntimos. De uma forma desejam ter relacionamentos íntimos, porém apresenta inconscientemente, opiniões negativas sobre si e seu parceiro (Bowlby, 1989).

#### **4.2 O desenvolvimento infantil na primeira infância;**

O desenvolvimento infantil é um processo fundamental para o desenvolvimento humano. Constitui-se como base para a aquisição sequencial de habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e da linguagem, progressivamente mais complexa, relacionadas as funções de vida diária e ao exercício do papel social. O ganho das habilidades depende da forma como os estímulos e as interações entre os fatores genéticos, psíquicos, emocionais, sociais e ambientais são apresentados aos indivíduos após o nascimento, sendo que diversos determinantes ocorrem antes dos três anos (Cruz et al, 2022).

O período da concepção até os dois anos de vida, conhecido como os primeiros 1000 dias, tem ganhado relevância na literatura devido às descobertas sobre o maior crescimento cerebral em comparação a outras etapas da vida. Nesse período, progressivamente, as habilidades emocionais, cognitivas e sociais são adquiridas, e as capacidades intelectuais, aptidões e competências são desenvolvidas (Sousa, Claro e Rondó, 2022).

Neste contexto, a plasticidade cerebral pode formar até 1.000.000 novas conexões cerebrais por segundo, constituindo a base estrutural de sustentação para nova aprendizagem, o que demanda um ambiente estimulante e acolhedor, com cuidado, afeto, carinho e interações sociais. A ausência de atenção integral, como o acesso à saúde, nutrição adequada, estímulos, amor e proteção contra o estresse e violência, pode desacelerar o desenvolvimento cerebral (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022).

Essas experiências estão relacionadas a vida adulta, influenciando aspectos como o desempenho escolar e profissional, menor adoecimento, menor envolvimento com a criminalidade ou outros fenômenos sociais. O primeiro contato com pais e mães é de extrema

importância para apoio e assistência nesse processo de desenvolvimento, no entanto é necessária uma estrutura social adequada para que o papel familiar seja desempenhado de forma satisfatória (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022).

Diversas estratégias foram criadas nos últimos anos para a redução da mortalidade infantil. Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas (PNUD, 2013), de 1991 a 2010 houve uma redução de 58,94% na taxa de mortalidade infantil. Além disso, a taxa passou de 13,39% em 2013 para 12,38%, em 2020 o que reflete a melhora na atenção primária (PNUD, 2020).

Diante dos índices brasileiros de mortalidade infantil, diversas estratégias foram desenvolvidas para a melhoria dessas taxas, como campanhas e ações de imunização e expansão dos serviços sociais básicos, incluindo cuidados primários de saúde, nutrição, abastecimento de água e saneamento. Também foram implementados programas de estímulo a educação, proteção contra a exploração e combate ao trabalho infantil (Nobre et al, 2022).

Este mesmo autor trata a implantação da Caderneta da Criança (CC), em 2005, que reúne informações sobre o direito da criança e dados de saúde, possibilitando aos profissionais de saúde um elo de diálogo com a família. De modo geral, na atenção básica, assegurada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), sob a portaria MS nº 1.130/2015, são realizadas avaliações do crescimento, situação vacinal, prática alimentar e desenvolvimento infantil, destacando-se a avaliação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como das dimensões afetivas e cognitivas/linguagem.

No entanto, apesar da existência de diversas políticas e planejamentos voltados a qualidade de gestação, nascimento, estruturação da infância, esses recursos são disponibilizados de formas desiguais no país. No Brasil, as regiões norte e nordeste destacam-se negativamente com elevado índice de crianças abaixo de seis anos vivendo em situação de pobreza, com 51,1 e 66,9% respectivamente, enquanto o Índice do Sudeste é de 31,8%. Nesse aspecto, a atenção básica tem se preocupado com os determinantes existentes na Caderneta da Criança, como crescimento, nutrição e vacinação, contudo, observa-se um desequilíbrio no acompanhamento do desenvolvimento e os seus marcos (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2008).

Nos anos de 1984 e 2002, foram lançados manuais técnicos no Brasil destinado ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, com a finalidade de identificar os problemas que ocorrem na infância. Compõem a avaliação do desenvolvimento, os marcos maturativos nos domínios motor, social e psíquico documentados na cartilha da criança (Brasil, 1984, 2002). A identificação precoce é de suma importância, pois as intervenções podem

apresentar melhores resultados devido a maior adaptação e neuroplasticidade frente às causas das alterações no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM).

Em todo o mundo, estima-se que mais de 40% das crianças abaixo de 5 anos com problemas no neurodesenvolvimento são afetadas por fatores sociais, emocionais e educacionais com agravo nas dificuldades no relacionamento com seus pais. A importância do ambiente familiar e social já é amplamente discutida na literatura, assim como a necessidade de avaliação e intervenção contínua pelos serviços de saúde. Para tanto, utiliza-se da intervenção precoce com o objetivo de minimizar ou restabelecer o desenvolvimento infantil (Soncini, 2018; Hirver et al, 2023).

O diagnóstico de problemas relacionados ao DNPM deve ser realizado o mais precoce, devido à probabilidade de prejuízos a médio e longo prazo. Para isso, é necessário o conhecimento dos marcos do desenvolvimento infantil. Existem diversas escalas para identificação das fases do desenvolvimento global, no entanto, muitas ainda não são conhecidas ou de acesso por parte de equipes de saúde e de familiares. Essas avaliações podem abranger desde domínios específicos, como o desenvolvimento motor pela Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), ou avaliações mais amplas, que incluem aspectos motores, cognitivos, linguísticos e socioemocionais, como Bayley Scale of Infant Development (BAYLEY) (Santos et al, 2021).

#### 4.2.1 Desenvolvimento neuromotor, cognitivo/ linguístico e afetivo.

O desenvolvimento neuromotor refere-se à aquisição das habilidades motoras, as quais têm início ainda no útero, com evolução, a cada semana gestacional, da estabilidade articular e no tônus muscular. Por volta da 28ª semana gestacional, ocorre a mielinização das vias subcorticais, possibilitando a coordenação de um número maior de músculos e os seus segmentos para a realização do movimento espontâneo. A movimentação ativa contra a parede uterina, ocorre até o nascimento, com ápice nas 40 semanas gestacionais, e que possui uma propriedade elástica, permite que o feto ganhe gradativamente força e tônus, principalmente dos membros inferiores (Santos et al, 2021).

Após o nascimento, inicialmente, observa-se que o bebê nascido a termo apresenta uma postura em flexão, decorrente do posicionamento intrauterino. Ao ser colocado em prono ( que é a postura também conhecida como *tummy time*), inicia o controle cervical, por meio das habilidades de erguer e girar a cabeça contra a gravidade. Seguindo a evolução craniocaudal, o bebê passa a rolar, empurra-se para deslocamento, posicionar o pé na boca, quando em supino. Consegue sentar com apoio, e tende a inclinar-se para frente e apoia-se com as mãos, com o

ganho da estabilização de tronco, passa a apoiar-se lateral, posteriormente, até manter-se em sedestação sem apoio por volta do nono mês, utilizando as mãos para brincar. Realiza transferências para a posição e quatro apoios (gatas) e até a prontidão para engatinhar (Piper e Darrah, 2020).

Em sequência, realiza a dissociação de cinturas no engatinhar, além da transferência de gatas para sentar, agachar e assim, ortostase, inicialmente com base larga e abdução de membros inferiores. Até os 18 meses, há ganho de força nos membros inferiores, adaptação ao equilíbrio em ortostase independente e melhor alinhamento corporal, culminando na realização dos primeiros passos (Piper e Darrah, 2020).

Há um preparo crâniocaudal, do eixo para o controle axial e de movimentos mais simples para habilidades mais complexas. O engatinhar e o andar constituem marcos importantes de locomoção que influenciam grandes mudanças corporais, no controle motor e na coordenação (Piper e Darrah, 2020). Durante o engatinhar, ocorre maior ativação dos membros superiores, através da descarga de peso e alongamento muscular, com repercussões no equilíbrio e no senso de direção. Segundo a teoria de integração sensorial de Ayres, importantes aferências táteis, proprioceptivas e cinestésicas são geradas no engatinhar (Moraes, 1998).

O desenvolvimento cerebral inicia-se ainda no período fetal, por meio da intensa atividade sináptica e mielinização dos axônios, com aumento do volume cerebral no terceiro trimestre da gestação. O desenvolvimento cognitivo e linguístico de um bebê ocorre desde os primeiros dias de vida, por meio da interação familiar, como o contato visual, resposta auditiva, resposta motoras e autorregulação.

O ambiente familiar constitui o primeiro meio cultural e social, no qual o contexto é fundamental para a subjetivação do indivíduo, conforme reforçado por Wallon (2007) que aborda a constituição da identidade da criança por meio da diferenciação do eu e o outro, processo que emerge na imersão social, cultural e nos diálogos. O mesmo autor descreve a família como um meio funcional para que a criança satisfaça as suas necessidades e aprenda as suas primeiras condutas sociais (Pessoa e Costa, 2014).

É nesta primeira interação com adultos que ocorre a significação e identificação como sujeito único. Esse processo se dá por meio das trocas intersubjetivas (afetivas, cognitivas e expressivas) para a formação da identidade. Os primeiros contatos da criança com o mundo, em um diálogo tônico - afetivo e contínuo – são marcados pela passagem da indiferenciação do eu com o outro para a criação da própria identidade. Quando esse outro – pais e mães - não

conseguem sustentar esse papel contínuo de afeto, pode gerar inconscientemente na criança a frustração (Wallon, 1934).

Após o nascimento, a criança é tocada e cuidada, sendo neste contato que as respostas motoras (tônicas) vão se organizando. Quando as suas necessidades fisiológicas e emocionais são atendidas, seus gestos, atitudes, expressões faciais e vocalizações passam de impulsivos para expressivos.

O afeto é antes de tudo, um relacionamento constituído entre duas pessoas, e no caso da díade materno-infantil, pode iniciar desde o planejamento da gravidez, passando pela descoberta, pela escuta dos batimentos cardíacos, e pela percepção dos primeiros movimentos fetais. Esse sentimento é compartilhado com o feto e desencadeia diversas reações bioquímicas que podem se prolongar ao longo da vida (Fabris-Zavaglia, Visintin, Vaisberg, 2022).

Os fatores psicológicos maternos influenciam o desenvolvimento infantil global, como o sentimento de apego ainda no período gestacional (apego materno-fetal) e experiências prévias traumáticas. Conhecer esses fatores e intervir no contexto familiar possibilita minimizar influências negativas no bebê, prevenindo possíveis alterações no DNPM e nos comportamentos. Esse sentimento pode perdurar ao longo: adultos que receberam respostas calorosas dos pais se veem como amáveis e confiáveis, em um padrão afetivo seguro. Em contrapartida, padrões inseguros podem estar associados à ansiedade e a comportamentos sociais evitativos, marcados pelo medo de rejeição (Branjerdporn, Meredith, Strong, 2022).

A Teoria do Apego, desenvolvida por John Bowlby (1989; 2006), propõe que o apego se constrói a partir das interações cotidianas de cuidado e vinculação. Essa relação vai além da manutenção da sobrevivência, funcionando como base de segurança para a exploração do ambiente. Sob a perspectiva da teoria da afetividade de Henri Wallon, essas interações iniciais também desempenham papel central na constituição psíquica da criança, uma vez que, nos primeiros anos de vida, a comunicação ocorre predominantemente por meio das emoções e do corpo, em um “diálogo tônico” entre cuidador e bebê. O primeiro contato ocorre por meio da troca de olhares, do acolhimento ao choro, da compreensão e do sorriso. Com o tempo, a criança passa a reconhecer a mãe como figura de apego, buscando-a em situações de ameaça, pois aprende, por meio da interação, que suas demandas serão atendidas (Moraes, Silva, Cavalcante, 2022).

Em seus estudos, Ainsworth (1969) afirma que a qualidade da interação mãe-bebê se associa a quatro características materna, a saber: a) habilidade de manejar sentimentos ambivalentes de aceitação e rejeição nos processos interativos; b) engajamento nas atividades da criança, cooperando ou interferindo em sua autonomia; c) presença física e psicológica, com

disponibilidade emocional; e d) sensibilidade aos sinais comunicativos da criança, com interpretação e resposta adequadas às suas demandas.

Além do estilo de vinculação materna, outras variáveis podem influenciar o comportamento e a sensibilidade materna, como o planejamento ou aceitação da gestação; gênero e idade da criança; classe social da mãe; nível de escolaridade materno; disponibilidade de rede de apoio, incluindo o compartilhamento do cuidado com outros membros da família, e acesso a serviços sociais e de saúde (Moraes, Silva, Cavalcante, 2022).

Quando o bebê real não atende as expectativas familiares relativas ao bebê imaginário podem emergir sentimentos de culpa, de frustração materna, comprometendo os vínculos afetivos. Essa discrepância pode levar tanto ao distanciamento emocional e redução do cuidado quanto, de forma oposta, à superproteção motivada pela culpa. Associado a isso, crianças com fatores biológicos de risco podem apresentar dificuldades socioafetivas, impactando negativamente suas relações sociais (Cunha et al., 2022).

### **4.3 Fatores que implicam em risco ao desenvolvimento infantil típico;**

O Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) ocorre desde o nascimento até a aquisição de habilidades mais complexas. Até os dois anos de vida, especialmente no primeiro ano de vida, é necessário acompanhar o desenvolvimento e avaliar as habilidades por faixa etária. Dentre as situações clínicas associadas a maior probabilidade de atraso no DNPM, destacam-se as cardiopatias, prematuridade e baixo peso (Tudella e Formiga, 2021). No entanto outros fatores podem predispor ao atraso, como alteração genética, infecções e intercorrências no parto e no período pós-natal imediato (BARROS et al, 2020).

Destaca-se que a degradação ambiental e social tem sido um importante fator limitante para o desenvolvimento infantil neste milênio, associada a rápida globalização e urbanização, à pobreza generalizada, ao consumismo e crescimento populacional, bem como as mudanças climáticas globais, destruição da camada de ozônio, desertificação, desmatamento e poluição com resíduos químicos perigosos. Entre os mais afetados estão crianças em situação de pobreza extrema e com algum tipo de deficiência física ou intelectual. Concerne assim as principais consequências como a desnutrição e fome, maior risco de ser acometida por alguma doença transmitida pela água, maior taxa de contaminação por doenças infecciosas, principalmente do trato respiratório (UNEP, UNICEF e WHO, 2002).

Recentemente, com a crise sanitária do coronavírus a atenção a saúde de crianças de 0 a 6 anos foi comprometida, em razão dos impactos na rede de atendimento e do aumento das desigualdades sociais, com retrocesso nos indicadores da saúde materno-infantil e risco do não

cumprimento das metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nesse contexto, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente a ODS 4 – Educação de qualidade – e ODS 3 – Saúde e bem-estar, preveem assegurar o desenvolvimento integral na primeira infância e o acesso a cuidados e educação de qualidade. Assim, para quantificar atrasos e auxiliar no diagnóstico, é necessária a utilização de escalas validadas para proporcionar a detecção rápida e eficaz destes fatores (BRASIL, 2016).

#### 4.3.1 Fatores genéticos, gestacionais

Os cuidados durante a gestação têm papel essencial na manutenção da saúde da mãe e no desenvolvimento saudável do bebê. Um pré-natal de qualidade reduz riscos para a gestante e para o bebê, além de favorecer a preparação da mulher e da família para o parto e o pós-parto. Trata-se de um momento oportuno para oferecer informações e suporte à mãe e ao companheiro ou companheira, tanto sobre aspectos físicos, biológicos e emocionais da gestação, parto e pós-parto quanto sobre o exercício da parentalidade positiva. Para o feto, o pré-natal representa a oportunidade de acompanhamento por profissionais de saúde, permitindo a detecção precoce de possíveis agravos. A atenção pré-natal é um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e pela Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 2020).

Fisiologicamente, ocorrem alterações endócrinas e metabólicas para atender às necessidades materno-fetais, desempenhando papel importante na manutenção da gestação. O parto prematuro é definido pelo nascimento antes das 37 semanas de gestação, ou seja, antes da maturidade fetal, sendo classificado de acordo com a idade gestacional (IG) — calculada pela data da última menstruação (DUM) ou por ultrassonografia (USG) — e o peso ao nascimento. A prematuridade limítrofe ocorre entre 37 e 38 semanas incompletas; a prematuridade moderada, entre 31 e 36 semanas completas; e a prematuridade extrema, entre 24 e 30 semanas. Quanto ao peso, classifica-se como recém-nascido de muito baixo peso (<1500 g), baixo peso (<2500 g) e peso adequado ( $\geq$ 2500 g) (WHO, 2014).

Para o bebê prematuro que necessita de suporte em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal), o processo de sobrevivência envolve o uso de tecnologias materiais e humanas, que têm contribuído para a redução da mortalidade precoce. Entre elas, destacam-se a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, o uso de acessos e cateteres, fármacos mais eficazes e intervenções precoces (Gomes e Santos, 2020).

O ambiente da UTI neonatal é frequentemente ruidoso e com elevada luminosidade, no qual os recém-nascidos são submetidos a diversas manipulações e procedimentos dolorosos, como punções, exames laboratoriais, aspiração de vias aéreas e intubação traqueal. Como

consequência, podem ocorrer alterações no ciclo sono-vigília e repercussões fisiológicas, como taquicardia, queda da saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) e taquipneia (Novakoski et al., 2018).

Estima-se que o bebê prematuro, durante a internação hospitalar, seja submetido a cerca de 12 procedimentos dolorosos ao longo do dia, muitas vezes sem analgesia. Essa exposição pode gerar hipóxia, alterações no fluxo sanguíneo, na temperatura corporal, alterações comportamentais e distúrbios do sono e vigília. Considerando que os ciclos do sono são essenciais para o neurodesenvolvimento, memória, aprendizado e preservação da plasticidade cerebral, tais alterações podem impactar negativamente a adaptação às modificações ambientais (Borella e Sacchelli, 2009).

Além desses fatores, o nascimento prematuro impede o pleno desenvolvimento da força muscular intrauterina; quanto menor a idade gestacional, maior a tendência à hipotonia após o nascimento. Nesse contexto, a ação da gravidade no ambiente extrauterino pode limitar os movimentos espontâneos, levando à inibição motora e agravando a fraqueza muscular na ausência de intervenção precoce. Esse quadro pode ser ainda mais acentuado na presença de lesões do Sistema Nervoso Central (SNC), como hemorragias peri-intraventriculares, hidrocefalia e microcefalia (Santos et al., 2021).

Em relação aos marcos do desenvolvimento motor, mesmo após a correção da idade gestacional, observa-se que bebês prematuros podem apresentar dificuldades em alcançar marcos motores no tempo esperado, sendo necessária a estimulação precoce. Estudos de Formiga, Cesar e Linhares (2010) apontam que o engatinhar é um dos marcos mais desafiadores, devido à exigência de ajuste postural e tônus muscular. Além disso, a permanência prolongada na UTI neonatal pode favorecer deformidades e compensações musculares que interferem nos ganhos neuromotores.

As complicações clínicas decorrentes de hipóxia, hemorragia intraventricular e leucomalácia periventricular podem comprometer a formação do córtex pré-frontal e das redes neuronais, além de causar lesões na substância branca associadas a alterações comportamentais e cognitivas observadas na infância e adolescência. Também podem ocorrer prejuízos nas conexões do circuito córtex órbito-frontal, relacionadas à aprendizagem por recompensa, análise de contexto e processamento socioemocional, bem como nas conexões córtico-corticais, importantes para linguagem, resolução de problemas e comportamento social. Esses fatores aumentam o risco de dificuldades na interação social, atenção e hiperatividade. Quanto menor a idade gestacional, maior o risco para alterações no neurodesenvolvimento, incluindo TDAH, TEA, transtornos de aprendizagem e de conduta (Losh et al., 2011).

Os impactos biológicos, como prematuridade, desnutrição, baixo peso e lesão cerebral, representam alguns dos marcadores mais bem estudados para as desordens do neurodesenvolvimento; contudo, outros fatores pré-concepcionais e gestacionais podem influenciar na mesma proporção. Entre os fatores genéticos, destacam-se quadros parentais de desordens afetivas, esquizofrenia, comportamentos antissociais, hiperatividade, déficit de atenção e isolamento. Já os fatores gestacionais incluem exposição a álcool e drogas, infecções, hipertensão gestacional, diabetes e idade materna. Por fim, os fatores externos estão relacionados ao ambiente em que a criança está inserida. A situação socioeconômica da família e o nível de escolaridade dos pais influenciam diretamente a qualidade do ambiente domiciliar, as possibilidades de interação entre pais e filhos, as rotinas familiares e a oferta de recursos que favorecem o desenvolvimento infantil (Oliveira et al., 2012).

O ambiente domiciliar, primeiro contexto vivenciado pela criança, tem sido apontado como o principal fator extrínseco potencializador do desenvolvimento infantil. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em países em desenvolvimento, a estimulação cognitiva inadequada, a desnutrição, a deficiência de iodo e a anemia ferropriva são considerados os principais fatores de risco para alterações no desenvolvimento infantil (Skillers et al., 2010). Esses fatores são predominantes na região do Vale do Jequitinhonha, o que possivelmente predispõe as crianças dessa localidade a maior vulnerabilidade (Silva, 2020).

Crianças de alto risco biológico são aquelas nascidas prematuras, com baixo peso e/ou que sofreram asfixia perinatal, bem como aquelas com alterações no teste do pezinho, desnutrição moderada ou grave e doenças respiratórias, como asma e pneumonias frequentes (Almeida, 2019). Destacam-se, ainda, como fatores de risco para o desenvolvimento: prematuridade, gestação de alto risco, relação pouco afetiva entre mãe e filho, idade materna, assistência pré-natal precária, baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional (menor que 45 cm), asfixia perinatal, hemorragia intracraniana, infecções congênitas, período de aleitamento materno inferior a seis meses, baixa escolaridade materna e condições socioeconômicas desfavoráveis (Zepponi et al., 2012).

Nesse contexto, as influências gestacionais, do parto e dos primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional a longo prazo, ocorrendo de forma ordenada e sequencial, no sentido céfalo-caudal e de proximal para distal (Pessoa, 2010). A exposição a estímulos negativos, como estresse, depressão, ansiedade, baixo acesso aos serviços de saúde e baixo suporte social, pode comprometer significativamente essas habilidades, com repercussões que se estendem até a vida adulta, incluindo o quociente de inteligência (QI), a linguagem e as funções executivas (Saur, 2018).

Entre os fatores emocionais, a extrema pobreza destaca-se como um dos principais fatores de risco nos países em desenvolvimento, por favorecer condições nutricionais inadequadas e precarização do acesso aos serviços de saneamento e higiene, afetando aspectos corporais, sociais e cognitivos da criança (Moraes, Silva e Cavalcante, 2022). O estresse crônico vivenciado pela mãe, decorrente dessas condições, pode elevar a secreção de cortisol durante a gestação, interferindo na transmissão sináptica em regiões cerebrais como o hipocampo, o que pode gerar déficits de aprendizagem e memória. Embora, em níveis fisiológicos, o cortisol tenha papel positivo nos processos de memória, sua exposição em níveis elevados pode levar à retração dendrítica de sinapses excitatórias no hipocampo e na amígdala, com prejuízos na transmissão sináptica (Santos et al., 2021).

Conhecer e gerenciar a assistência adequada para crianças com atraso ou suspeita de alterações no desenvolvimento deve ser prioridade no acompanhamento. Nesse sentido, é fundamental dispor de estratégias de triagem e compreender as particularidades de cada criança, considerando-a como um ser único. Trata-se de um desafio para a assistência em saúde contemporânea compreender a criança e suas alterações no neurodesenvolvimento motor e comportamental a partir da constituição familiar, da rotina de estímulos ambientais e do processo de inserção social (Ayres, 2016).

Toda funcionalidade deve estar fundamentada em um propósito ou ação correlacionada à aquisição de movimentos primitivos e avançados, voltados para funções como locomoção, alcance e o brincar. Este último desempenha papel fundamental no desenvolvimento infantil, tanto no âmbito cognitivo quanto na construção do ser social e no desenvolvimento de estratégias e habilidades motoras. Nesse contexto, estudos destacam a importância do brincar na formação social e como estratégia promotora da cultura de paz (Patricio e Minayo, 2020).

## **5 METODOLOGIA**

Nesta sessão são apresentados os passos metodológicos.

### **5.1 Delineamento do estudo**

O presente estudo é caracterizado como sendo quanti-qualitativo, transversal e exploratório, com utilização de dados primários, obtidos com familiares e enfermeiros e secundários, através da Declaração de Nascidos Vivos.

O estudo quanti-qualitativo apresenta caráter complementar, visto que cada abordagem possui naturezas diferentes. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade mensuráveis e tem como objetivo produzir dados, indicadores e tendências observáveis. Já a abordagem qualitativa, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo e Sanches, 1993).

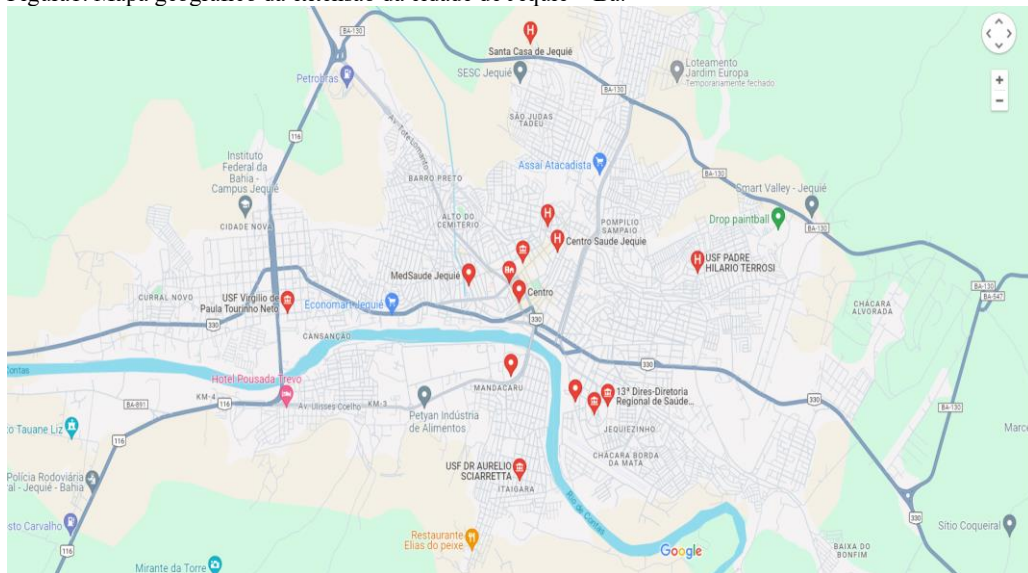
A pesquisa transversal pode ser classificada como estudo de prevalência, uma vez que permite a observação simultânea de fatores e desfechos em um único momento no tempo, sem acompanhamento longitudinal. Trata-se de um estudo epidemiológico que possibilita descrever a distribuição de condições de saúde em uma população específica, bem como identificar possíveis fatores associados. Apresenta uma população bem definida e é amplamente utilizada em condições de baixa letalidade ou de evolução lenta (Rouquayrol, 1994).

A pesquisa exploratória visa a descoberta de ideias e à construção de hipóteses ou teorias acerca do problema investigado. Pode surgir a partir de novos desdobramentos do problema, com objetivo de proporcionar maior familiaridade com o tema. Em geral, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que possuem experiência prática com o problema pesquisado e análise de exemplos que favoreçam a compreensão (Gil, 2007).

### **5.2 Cenário da pesquisa:**

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, situado a 365 km de Salvador, localizado na Mesorregião do Centro-Sul do estado da Bahia. O município possui área territorial de 3.313 km<sup>2</sup> e população estimada de cerca de 156.277 habitantes (Jequié, 2021).

Figural. Mapa geográfico da extensão da cidade de Jequié – Ba.



Fonte: Google maps

Como cenário principal, sob a perspectiva da saúde da criança e da atuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foram identificados, por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) – Anexo 1, o endereço e, especificamente, o bairro de residência, com o objetivo de determinar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Unidade de Saúde da Família (USF) de referência para as famílias selecionadas para a entrevista. A partir disso, foram elencadas as unidades de referência por região do município, definindo-se os locais de realização das entrevistas, que ocorreram nos dias de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, previamente agendados com as famílias.

Tabela 1. Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da região urbana da cidade de Jequié e seus respectivos endereços.

Nome	Endereço
UBS ALMERINDA LOMANTO	Praça Papa Joao XXIII,S/N, Joaquim Romão, Jequié, Bahia ,BR
UBS DE JEQUIE	Rua Manoel Vitorino,S/N, Campo Do América, Jequié ,Bahia ,Br
UBS JULIA MAGALHAES	Rua Dr Joao Braga,S/N, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
UBS SEBASTIAO AZEVEDO	Praça Otavio Mangabeira,S/N, Mandacaru, Jequié ,Bahia ,Br
UNIDADE DE SAUDE DO CONJUNTO PENAL DE JEQUIE	Baixa Do Bonfim,100, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
USF ANTONIO CARLOS MARTINS	Rua Carlos Aguiar Ribeiro,S/N, São Judas Tadeu, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR AMANDO RIBEIRO BORGES	Loteamento Água Branca,100, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR AURELIO SCIARRETTA	Rua Manoelito Rebouças/N, Mandacaru, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR GILSON PINHEIRO	Rua Antônio Astolfo/N, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR JOAO CARICCHIO FILHO	Rua 8,S/N, Amaralina, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR JOSE MAXIMILIANO HENRIQUEZ SANDOVAL	Rua 10,01, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br

USF DR MILTON RABELO	Rua Ademir De Barros,01, Km 04, Jequié ,Bahia ,Br
USF DR RUBENS XAVIER	Rua Americano Da Costas/N, Joaquim Romão, Jequié ,Bahia ,Br
USF DRA ISA CLERIA BORGES	Av Otavio Magabeira,S/N, Km 03, Jequié ,Bahia ,Br
USF DRA TANIA BRITTO	Rua Manoel Pereira Da Silva,S/N, Cansanção, Jequié ,Bahia ,Br
USF GISERLANDO BIONDI	Av Senhor Do Bomfim/N, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
USF HOSANNAH MICHELLI TOLOMEI	Rua Edvaldo Cardoso,S/N, Loteamento Itaipara, Jequié ,Bahia ,Br
USF ILDEFONSO GUEDES	Rua Antônio Alves Martins/N, Joaquim Romão, Jequié ,Bahia ,Br
USF ISABEL ANDRADE	Praça Da Bandeira,172, Florestal, Jequié ,Bahia ,Br
USF ODORICO MOTTA	Rua Vicente Leone,S/N, Joaquim Romão, Jequié ,Bahia ,Br
USF PADRE HILARIO TERROSI	Rua Valdir Leite,S/N, Jequiezinho, Jequié ,Bahia ,Br
USF SENHORINHA FERREIRA DE ARAUJO	Praça Capitão Silvino De Raujo,S/N, Curral Novo, Jequié ,Bahia ,Br
USF VIRGILIO DE PAULA TOURINHO NETO	Rua Paraísos/N, Cidade Nova, Jequié ,Bahia ,Br
USF WALDOMIRO BORGES	Rua Do Cacau,S/N, Itajuru, Jequié ,Bahia ,Br

Fonte: Prefeitura Municipal de Jequié - Ba

Foram excluídas desta pesquisa a Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié, por estar localizada em uma unidade interna do complexo prisional. Adicionalmente, foram excluídas as Unidades de Saúde da Família (USF) Isabel Andrade e Waldomiro Borges, por estarem situadas nos distritos de Florestal e Itajuru, respectivamente. Ao final, o cenário da pesquisa contou com 21 unidades, sendo 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 17 USF, conforme descrito na Tabela 1.

### 5.3 População Alvo

A população estudada foi composta por famílias de crianças nascidas com algum fator de risco para o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) e por enfermeiros das unidades vinculadas à região urbana da Secretaria de Saúde do município de Jequié. Para esta pesquisa, consideraram-se como familiares primários o pai e a mãe.

Inicialmente, foram identificadas as crianças nascidas que apresentaram fatores de risco gestacionais, relacionados ao parto e ao pós-parto imediato, com potencial para alteração no desenvolvimento. A partir dessa triagem, as famílias foram organizadas e incluídas no estudo de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Os dados foram coletados na Secretaria de Saúde, especificamente por meio das Declarações de Nascidos Vivos, referentes aos anos de 2021 a 2023. Foram consideradas informações sobre características do recém-nascido, da genitora, do parto e do bairro de

residência, com o objetivo de selecionar as famílias participantes e dar início à segunda fase da pesquisa. Concomitantemente, foram realizadas entrevistas com enfermeiros das unidades de saúde, abordando a avaliação do desenvolvimento infantil e as orientações fornecidas às famílias sobre possíveis riscos ao desenvolvimento.

No período de 2021 a 2023, nasceram 6.147 crianças no município, das quais 493 apresentaram algum fator de risco para o desenvolvimento e 78 evoluíram a óbito, conforme registro nas Declarações de Nascidos Vivos. Ressalta-se que a base de dados utilizada não permite a distinção entre mortalidade neonatal ou perinatal, configurando uma limitação do estudo. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos de crianças nascidas com fatores de risco.

Tabela 2. Distribuição dos casos de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor por bairro. 2021- 2023.

BAIRRO	ANO			TOTAL n (%)
	2021	2022	2023	
<b>Jequiezinho</b>	32	47	51	130 (26,4%)
<b>Joaquim Romão</b>	26	24	24	74 (15%)
<b>Mandacaru</b>	15	14	14	43 (8,7%)
<b>Km 03</b>	13	11	14	38 (7,7%)
<b>Centro</b>	10	14	13	37 (7,5%)
<b>São Judas</b>	11	9	10	30 (6,1%)
<b>Curral Novo</b>	7	9	11	27 (5,5%)
<b>Cidade Nova</b>	5	5	9	19 (3,9%)
<b>Cansação</b>	2	6	5	13 (2,6%)
<b>Pompílio Sampaio</b>	4	6	2	12 (2,4%)
<b>Km 04</b>	2	4	5	11 (2,2%)
<b>Amaralina</b>	3	5	3	11 (2,2%)
<b>Água Branca</b>	1	2	5	8 (1,6%)
<b>São Luiz</b>	3	2	2	7 (1,4%)
<b>Caixa d'água</b>	0	1	5	6 (1,2%)
<b>Cachoeirinha</b>	0	2	3	5 (1,0%)
<b>Fazenda Velha</b>	2	1	1	4 (0,8%)
<b>Barragem de Pedra</b>	3	0	0	3 (0,6%)
<b>São José</b>	2	0	1	3 (0,6%)
<b>Jardim Tropical</b>	1	1	1	3 (0,6%)
<b>Bom Sossego</b>	0	2	0	2 (0,4%)
<b>Itaigara</b>	1	1	0	2 (0,4%)
<b>Campo do América</b>	2	0	0	2 (0,4%)
<b>Cajueiro</b>	1	0	0	1 (0,2%)
<b>Suissa</b>	1	0	0	1 (0,2%)
<b>Brasil Novo</b>	0	0	1	1 (0,2%)
<b>Total</b>	147	166	180	493

Fonte: Dados da pesquisa

Após essa etapa, foram selecionadas, de forma intencional, 10 famílias com crianças em risco de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, priorizando aquelas com maior número de fatores de risco. Foram considerados, como fatores de maior gravidade, o peso ao

nascimento, o Apgar no 1º e 5º minuto (teste realizado no recém-nascido logo após o nascimento para avaliar o estado geral e a vitalidade), o perímetro cefálico e a idade gestacional.

A seleção intencional das famílias com maior número de fatores de risco justifica-se pelo interesse em aprofundar a compreensão das condições de maior vulnerabilidade ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Essa estratégia metodológica permite uma análise mais detalhada dos contextos clínicos e sociais mais complexos, nos quais há maior probabilidade de ocorrência de alterações no desenvolvimento infantil, contribuindo para a identificação de necessidades específicas de cuidado e intervenção.

Ressalta-se que, por se tratar de uma amostragem intencional, os achados deste estudo não têm caráter de generalização para toda a população, mas possibilitam a compreensão aprofundada de situações específicas, com potencial de subsidiar práticas em saúde voltadas para grupos de maior risco.

Como critério de inclusão para a seleção das famílias, considerou-se que as mães fossem primigestas à época do nascimento e que os dados estivessem registrados na Declaração de Nascidos Vivos. Foram incluídas famílias que frequentavam as consultas de puericultura na unidade de referência, abrangendo condições como prematuridade, síndromes congênitas, alterações no sistema nervoso central (SNC), alterações metabólicas, distúrbios do crescimento e condições socioeconômicas relevantes. Como critérios de exclusão, foram considerados: recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ausência nos momentos da coleta de dados após três tentativas de contato.

Caso alguma família não fosse localizada ou recusasse participar da pesquisa, outra família com os mesmos critérios previamente estabelecidos seria selecionada.

#### **5.4 Instrumentos para obtenção de dados**

Inicialmente, foram coletados dados junto à Secretaria Municipal de Saúde sobre crianças residentes no município, nascidas entre 2021 e 2023, com histórico de intercorrências gestacionais, relacionadas ao parto e ao pós-parto imediato. Os dados foram obtidos por meio do Formulário de Dados dos Nascimentos (Apêndice), a partir das informações contidas na Declaração de Nascidos Vivos (modelo apresentado no Anexo I). Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada com os familiares — especificamente com as genitoras que

aceitaram participar — abordando aspectos relacionados aos estímulos, condições de saúde, agravos, educação em saúde e relacionamento familiar (Anexo II).

Para os profissionais de enfermagem, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Anexo III), com questionamentos acerca dos métodos utilizados para a avaliação do desenvolvimento infantil e dos tipos de orientações fornecidas às famílias.

#### 5.4.1 Roteiro de entrevista

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, com abordagem centrada no tema proposto, organizada em 5 tópicos, contemplando aspectos relacionados aos cuidados parentais, normas e marcos do desenvolvimento, princípios de saúde, orientações e educação em saúde.

### 5.5 Análise dos dados:

Para a análise dos questionários quantitativos, os dados foram tabulados por meio de dupla digitação no software EpiData versão 3.0, e a análise foi realizada no Epi Info, por meio de análise descritiva e aplicação de testes estatísticos para as variáveis. Os dados foram apresentados em frequência, média e desvio padrão.

Para o tratamento dos dados qualitativos, foi utilizado o software livre IRAMUTEQ. A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2011), considerando os significados manifestos e latentes expressos pelos sujeitos da pesquisa. A análise temática de conteúdo busca ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação, promovendo uma leitura crítica da comunicação presente em documentos, textos, entrevistas e observações. Assim, objetiva-se compreender o pensamento dos sujeitos a partir do conteúdo expresso (Minayo, 2007). O texto é compreendido como meio de expressão do sujeito, no qual ocorre a categorização de termos ou frases recorrentes, permitindo a construção de unidades representativas de análise (Caregnato; Mutti, 2006).

A análise de conteúdo é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Na fase de exploração, ocorre a classificação dos dados com o objetivo de identificar núcleos de sentido, que são posteriormente categorizados e organizados em unidades de análise relevantes, construídas a partir da pré-análise (Bardin, 2004).

### 5.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e Pesquisa através da Plataforma Brasil sob o CAAE: 69196623.6.0000.0055.

## 6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de manuscritos, os quais serão descritos a seguir, bem como as revistas às quais serão submetidos para publicação.

**Manuscrito I:** Fatores de risco biológicos para o desenvolvimento infantil.

Revista: Revista Saúde e Meio Ambiente.

Qualis: B2.

**Manuscrito II:** Afetividade materno-infantil diante do contexto de uma gestação de risco, à luz de Wallon.

Revista: Revista Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins.

Qualis: A4.

**Manuscrito III:** Atuação da equipe de enfermagem da atenção básica e a percepção da genitora sobre o acompanhamento de crianças com fatores de risco.

Revista: Revista de Estudos Interdisciplinares.

Qualis: B2

## **Manuscrito I**

### FATORES DE RISCO BIOLÓGICOS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

#### **Resumo**

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que se inicia na vida intrauterina, e envolve a aquisição progressiva das habilidades motoras, cognitivas e socioemocionais, cognitivas, as quais são sensíveis a intercorrências no período gestacional e perinatal. O presente estudo teve como objetivo identificar a frequência de fatores de risco biológicos associados ao atraso no desenvolvimento infantil em um município do interior do Nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, de delineamento transversal, com análise de dados secundários provenientes da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), referentes ao período de 2021 a 2023. Observou-se que a cada 12,46 crianças nascidas apresentou pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento. Entre essas, 81,3% apresentaram baixo peso ao nascer, 41,8% foram classificadas como pré-termo tardio, 13,7% apresentaram perímetro cefálico abaixo do esperado para a Idade Gestacional (IG) e 41% classificadas como Pequenas para a Idade Gestacional. Em relação ao APGAR no 5.º minuto, 4,7% apresentaram complicações. No período apresentado, 78 crianças evoluíram a óbito, sem especificação quanto ao período da mortalidade. Os achados evidenciam elevada frequência de fatores de risco biológicos ao nascimento, com destaque para prematuridade e baixo peso, reforçando a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância do desenvolvimento infantil e da implementação de estratégias de intervenção precoce no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Prematuridade; Baixo peso ao nascer; Intervenção precoce; Fatores de risco.

#### **Abstract**

Child development is a continuous process that begins in intrauterine life and involves the progressive acquisition of motor, cognitive, and socio-emotional skills, which are sensitive to adverse events during the gestational and perinatal periods. The present study aimed to identify the frequency of biological risk factors associated with developmental delay in children in a municipality in the interior of Northeastern Brazil. This is a quantitative, descriptive, and exploratory study with a cross-sectional design, using secondary data from the Live Birth Information System (DNV), covering the period from 2021 to 2023. It was observed that 1 in every 12.46 newborns presented at least one risk factor for developmental impairment. Among

these, 81.3% had low birth weight, 41.8% were classified as late preterm, 13.7% presented head circumference below the expected for gestational age (GA), and 41% were classified as small for gestational age (SGA). Regarding the 5-minute Apgar score, 4.7% presented complications. During the study period, 78 children died, without specification regarding the timing of mortality. The findings demonstrate a high frequency of biological risk factors at birth, particularly prematurity and low birth weight, reinforcing the need to strengthen child development through surveillance actions and implement early intervention strategies within primary health care.,

**Keywords:** Child development; Prematurity; Low birth weight; Early intervention; Risk factors

## Introdução

O Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) inicia-se a partir da fecundação, em um processo de multiplicação celular que contribui para definir as características genóticas e fenotípicas. Neste processo, ao longo das semanas gestacionais, ocorre a formação de órgãos e o amadurecimento corporal e neurológico até próximo das 40 semanas de gestação, preparando o bebê para a vida extrauterina<sup>1</sup>.

Esse desenvolvimento é um processo complexo que depende da interação de múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados aos aspectos biológicos e à herança genética. Já os fatores externos advêm do ambiente físico, social, cultural e emocional. Especificamente, os fatores biológicos estão associados à idade gestacional, peso ao nascimento, possíveis deficiências físicas, estado geral de saúde e condição nutricional. Esses fatores representam condições de alto risco e vulnerabilidade para atraso ou alterações no desenvolvimento<sup>2</sup>.

Com a redução da mortalidade infantil, especialmente da mortalidade neonatal, observa-se maior sobrevivência de crianças nascidas com uma imaturidade fisiológica, malformações e síndromes, baixo peso e restrição de crescimento. Essas condições podem ser fator de risco ao desenvolvimento, comprometendo a funcionalidade, cognição, aprendizagem e qualidade de vida<sup>3</sup>. No Brasil, a mortalidade neonatal apresentou redução progressiva, passando de 49,85 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 1963, para 25,33 em 1999, chegando a 8,5 em 2019 e mantendo-se a 8,57 em 2022<sup>4,5</sup>.

Entre 2011 e 2012, foram encontradas as menores taxas de mortalidade neonatal na região sul, com 6,2 por 1.000 nascidos vivos, seguida do Sudeste (8,0) e Centro-Oeste (8,6). As regiões com as maiores taxas de mortalidade foram o Norte e o Nordeste, com valores de 22,3

e 14,5 refletindo as desigualdades relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde e à qualidade de assistência perinatal, parto e ao recém-nascido<sup>4,5</sup>.

A redução da mortalidade infantil é um dos objetivos de desenvolvimento do milênio para o período de 1990 a 2051, sendo um indicador crucial para avaliar a condição de saúde. No Brasil, observou-se redução significativa de aproximadamente 60% na mortalidade de menores que 5 anos em 2022, embora haja diferenças nas regiões do país<sup>6</sup>. Complicações no período neonatal, como prematuridade, anomalias congênitas, infecções e asfíxias apresentam impacto direto no desenvolvimento infantil. O curso do desenvolvimento varia conforme as condições de formação e das lesões ocorridas, principalmente no Sistema Nervoso Central (SNC)<sup>5</sup>.

Nesse contexto, quando há uma falha no processo embrionário ocorrem as malformações congênitas, morfológicas, funcionais ou estruturais, com ou sem compatibilidade com a vida<sup>7</sup>. Ocorre também, nascimentos prematuros, baixo peso, condições que limitam o desenvolvimento intraútero adequado, reduzindo a maturação neuromuscular. Quanto menor a idade gestacional, maior a tendência à hipotonia no período neonatal, efeito que se intensifica quando há lesões do SNC, como hemorragia intraventricular, hidrocefalia e microcefalia<sup>8</sup>.

Diante disso, questiona-se quais as características de nascimento de crianças com fatores de risco biológico em um município no interior da Bahia. Neste propósito, o presente estudo tem como objetivo desse identificar os fatores de risco biológicos mais frequentes associados ao desenvolvimento infantil nessa população.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, de delineamento transversal, cujos dados foram obtidos por meio da coleta das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – Bahia. Foram incluídas as DNV de crianças nascidas entre janeiro de 2021 a dezembro de 2023 que apresentavam no mínimo, um fator de risco para o desenvolvimento.

Para fins de análise, foram consideradas crianças de zero a dois anos, por se tratar de um período crítico na organização e maturação neurológica fundamental para as habilidades funcionais. A coleta de dados foi realizada ao longo de 4 meses.

Foram considerados como fatores de risco biológicos: Idade Gestacional (IG), peso ao nascer, comprimento, índice de APGAR, presença de malformações congênitas, número de consultas pré-natais, tipo de gestação, tipo de parto e apresentação fetal. Foram excluídas as

DNVs que não apresentassem preenchimento dos marcadores supracitados, entretanto, nenhuma declaração foi excluída por esse motivo.

A população do estudo foi composta por crianças nascidas no município de Jequié, incluindo todos os cenários de nascimento (hospitalar, público ou privado; em trânsito ou domiciliar) cujas as genitoras declarem residência na zona urbana do município. O bairro Jequezinho concentrou o maior número de casos ( $n=130$ ). Nos anos de 2021 a 2023, nasceram 6.147 crianças, dessas, 493 apresentaram pelo menos um fator de risco ao nascimento e 78, devido à gravidade das condições associadas, evoluíram a óbito.

Para a análise estatística, utilizou-se a dupla digitação no EpiData software 3.0 e o processamento dos dados pelo Statistical Package for the Social Sciences, versão 21. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas. Para análise de associação entre variáveis categóricas e o ano de nascimento, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando aplicável. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

As demais variáveis neonatais foram descritas quanto à sua distribuição ao longo dos anos, não sendo realizadas análises inferenciais para essas variáveis. Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob parecer nº 6.266.884 e CAAE 69196623.6.0000.0055.

## **Resultados**

Através das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), observou-se que, no município de Jequié, entre os anos de 2021 e 2023, nasceram 6.147 crianças, das quais 493 apresentaram algum fator de risco biológico para o desenvolvimento. No período analisado, 493 (8,0%) recém-nascidos apresentaram pelo menos um fator de risco que pode predispor ao atraso no desenvolvimento infantil. Não houve um ano ou mês específico para aumento dos casos, sendo que, durante e após o período da pandemia de COVID-19, os casos mantiveram-se com distribuição linear.

Das características maternas, a idade média das parturientes foi de  $27,60 \pm 7,779$ , sendo a mais jovem com 12 anos e a idade máxima de 61 anos. Houve uma distribuição equivalente entre as faixas etárias, não sendo observada concentração em uma faixa específica para a presença dos fatores de risco; entretanto, a idade com maior número de casos foi de 28 anos,

com 32 gestantes. Com relação à raça, 71% se declararam pardas; 55,2% possuíam ensino médio e 62,1% não exerciam atividade remunerada. Destas, 12% eram estudantes, 49,9% donas de casa e 1,2% estavam aposentadas. O trabalho remunerado foi dividido em formal, liberal, informal e autônomo. Entre as trabalhadoras formais, a profissão com maior frequência foi a de professora, totalizando 22 mulheres nos três anos analisados.

Tabela 1. Características maternas de crianças nascidas com fatores de risco para o desenvolvimento. 2021 – 2023.

Variável	ANO			N	%
	2021	2022	2023		
<b>Idade materna</b>					
< 21anos	43	39	42	124	25,2%
22 até 27 anos	39	44	44	127	25,8%
28 até 33 anos	40	33	48	121	24,5%
>34 anos	25	50	46	121	24,5%
<b>Raça</b>					
Branca	19	14	16	49	10,2%
Amarela	3	2	3	8	1,7%
Parda	102	114	126	342	71%
Negra	21	30	31	82	17%
Indígena	0	0	1	1	0,2%
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental	43	48	47	138	28,5%
Médio	72	94	101	267	55,2%
Superior completo	7	6	5	18	3,7%
Superior incompleto	21	17	23	61	12,6%
<b>Ocupação – trabalho remunerado</b>					
SIM	59	56	71	186	37,9%
NÃO	86	110	109	305	62,1%

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que 54,8% das gestantes realizaram menos de seis consultas pré-natais, com mínimo de zero consultas e máximo de 20, e média de 6,35 ( $\pm 3,351$ ). Das gestações, 11% foram gemelares, 50 casos (10,1%) apresentaram apresentação fetal pélvica e 1 (0,2%) transversal. Neste estudo, 61,1% dos partos foram cesarianos, sendo observada maior frequência desse tipo de parto em mulheres com idade superior a 34 anos.

As avaliações do APGAR no 5º minuto demonstraram que 4,7% das crianças foram classificadas como grave (1,8%) e intermediário (2,9%). Com relação às gestações anteriores, 40,4% eram primigestas e 77,9% não apresentaram histórico de abortos prévios. Em relação ao sexo do bebê, 52,7% eram do sexo feminino e 89,2% foram declarados pardos.

Tabela 2. Características maternas e neonatais de crianças nascidas com fatores de risco biológicos para o desenvolvimento infantil no município de Jequié - Bahia. 2021 -2023.

	ANO			N (%)	P	Teste*
	2021	2022	2023			
Consultas pré natal					0,350	Qui-quadrado de Pearson
< 6 consultas	61 (41,5)	57 (34,5)	74 (41,1)	192 (39)		

<b>≥ 6 consultas</b>	86 (58,5)	108 (65,5)	106 (58,9)	300 (61)		
Tipo de gestação					0,482	Qui- quadrado de Pearson
<b>Única</b>	127 (87)	147 (88,6)	164 (91,1)	438 (89)		
<b>Dupla</b>	19 (13)	19 (11,4)	16 (8,9)	54 (11)		
Apresentação fetal					0,340	Qui- quadrado de Pearson
<b>Não cefálica</b>	17 (11,8)	20 (12,3)	14 (7,9)	51 (10,5)		
<b>Cefálica</b>	127 (88,2)	142 (87,7)	164 (92,1)	433 (87,8)		
Tipo de Parto					0,483	Qui- quadrado de Pearson
<b>Vaginal</b>	63 (42,9)	61 (36,7)	67 (37,4)	191 (38,8)		
<b>Cesariana</b>	84 (57,1)	105 (63,3)	113 (62,6)	302 (61,2)		
APGAR 5º min					0,310	Qui- quadrado de Pearson
<b>&lt; 7</b>	9 (6,2)	9 (5,5)	5 (2,8)	23 (4,7)		
<b>≥ 7</b>	137 (93,8)	155 (94,5)	173 (97,2)	465 (95,3)		
Anomalias					<b>0,037</b>	Qui- quadrado de Pearson; Exato de fisher
<b>Sim</b>	4 (2,7)	12 (7,2)	4 (2,2)	20 (4,1)		
<b>Não</b>	143 (97,3)	154 (92,8)	176 (97,8)	470 (95,9)		

Fonte: Dados da pesquisa

\* Teste do qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme aplicabilidade

A presença de anomalias e malformações ocorreu em 20 (4,1%) dos nascidos vivos, totalizando 23 achados, evidenciando a ocorrência de múltiplas anomalias em alguns casos e um caso incompatível com a vida (anencefalia). Foram identificados ainda 2 casos de pé torto congênito, 5 de sindactilia e polidactilia, 2 de anomalia estrutural com ausência de membros, 3 de má formação genital, 2 de lábio leporino, 1 de atresia duodenal e 1 de agenesia renal. Também foram descritos casos de Síndrome de Edwards e Síndrome de Down, havendo ainda 4 casos sem descrição específica na DNV.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de anomalias congênitas e o ano de nascimento ( $\chi^2=6,522$ ;  $p=0,038$ ), com maior proporção no ano de 2022 em comparação aos demais anos analisados. Entretanto, esse achado deve ser interpretado com cautela, considerando o reduzido número de casos e possíveis variações na qualidade do preenchimento das declarações, na detecção e na notificação ao longo do período.

Tabela 3. Distribuição das características neonatais em recém-nascidos segundo o ano de nascimento. Jequié-Bahia, 2021 – 2023.

	ANO			Total
	2021	2022	2023	
Peso				
<b>Extremo baixo peso</b>	6	8	14	28 (5,7)
<b>Muito baixo peso</b>	10	15	26	51 (10,3)
<b>Baixo peso</b>	126	137	137	400 (81,1)
<b>Peso Adequado</b>	5	6	3	14 (2,8)
Idade Gestacional				
<b>Pré termo extremo</b>	9	18	31	58 (11,8)
<b>Muito pré termo</b>	13	16	13	42 (8,5)
<b>Pré termo tardio</b>	59	74	73	206 (41,8)
<b>Termo</b>	66	58	63	187 (37,9)
Perímetro cefálico				
<b>Microcefalia</b>	18	27	23	68 (13,8)
<b>PC adequado</b>	118	118	135	371 (75,3)
<b>Macrocefalia</b>	11	21	22	54 (11)
Tamanho				
<b>PIG</b>	61	66	75	202 (41)
<b>AIG</b>	71	82	80	233 (47,3)
<b>GIG</b>	13	15	21	49 (9,9)

As classificações neonatais demonstraram um perfil caracterizado por maior frequência de recém-nascidos pré-termos tardios (41,8%), correspondendo aos nascidos entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. O comprimento médio foi de  $43,52 \pm 4,865$  cm, variando de 24 a 57 cm. Com relação ao peso, a média foi de  $2.035,53 \pm 530,404$  g, com valores entre 370 g e 4.015 g. O perímetro cefálico variou de 15 cm a 42 cm, com média de  $30,98 \pm 2,869$  cm.

Em relação à classificação por peso ao nascer, 81,1% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso. Quanto à adequação do peso à idade gestacional, 47,3% foram classificados como adequados para a idade gestacional (AIG). Na análise do perímetro cefálico em relação à idade gestacional, observou-se a presença de 68 casos abaixo do esperado (microcefalia) e 54 casos acima do esperado (macrocefalia).

## Discussão

O desenvolvimento infantil constitui um processo contínuo, caracterizado pela interação entre os domínios cognitivo, motor, de linguagem, social e adaptativo, envolvendo a relação entre a herança genética e biológica e os fatores ambientais, físicos, emocionais e culturais. Especificamente, a herança biológica relaciona-se aos eventos pré, peri e pós-natais imediatos, tais como idade gestacional, peso ao nascimento, possíveis deficiências físicas, condições gerais de saúde e estado nutricional das crianças<sup>2</sup>.

Alterações no processo de formação embrionária ou a imaturidade dos sistemas orgânicos configuram-se como importantes determinantes da mortalidade infantil. Nesse

contexto, a mortalidade neonatal representa uma das principais causas de mortalidade infantil, com maior ocorrência nas primeiras 24 horas de vida, conforme descrito no Projeto Nascer no Brasil<sup>9</sup>. Em países desenvolvidos, as malformações congênitas constituem a principal causa de mortalidade neonatal, enquanto, no Brasil, essas estão associadas às condições de saúde e socioeconômicas maternas, bem como à qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido<sup>10</sup>.

No Brasil, a consolidação das políticas públicas, aliada à melhoria da qualificação profissional e ao avanço tecnológico na área da saúde, contribuiu para a redução da mortalidade infantil em todas as regiões. No Nordeste, entre 1990 e 2012, houve redução de 75,8 para 17,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos<sup>11</sup>. Em 2015, a taxa foi de 10,1 óbitos neonatais, com tendência decrescente nos anos subsequentes (10,2; 10,1; 9,6 em 2016, 2017 e 2018, respectivamente), mantendo estabilidade em 9,6 por mil nascidos vivos. Entre 2015 e 2019, observou-se tendência linear decrescente ( $p=0,020$ )<sup>12</sup>. No presente estudo, verificou-se taxa de 12,68 óbitos por 1.000 nascidos vivos, mantendo padrão proporcional de redução.

As complicações gestacionais comprometem tanto a saúde materna quanto a neonatal. Condições maternas preexistentes, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e uso de substâncias psicoativas, constituem importantes fatores de risco. Adicionalmente, fatores socioeconômicos e ambientais também influenciam desfechos adversos, incluindo o nascimento prematuro<sup>3</sup>.

Destacam-se, ainda, condições obstétricas como placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, oligodramnia, polidramnia, pré-eclâmpsia, infecções intrauterinas e restrição do crescimento fetal como fatores relevantes que impactam o desenvolvimento fetal intrauterino<sup>13</sup>. Entre as complicações do parto, a asfixia perinatal apresenta forte associação com internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal). O índice de APGAR constitui ferramenta importante de prognóstico neonatal, sendo valores inferiores a 7 no 5º minuto associados ao aumento da mortalidade e ao risco de paralisia cerebral<sup>10</sup>.

O índice de APGAR avalia frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração, com pontuação variando de 0 a 10. Em estudo de Magalhães et al. (2023)<sup>10</sup>, observou-se redução da proporção de APGAR <7 de 2,1% em 1999 para 0,9% em 2019. Em contraste, no presente estudo, a proporção foi de 4,7% no triênio analisado, indicando maior gravidade dos nascimentos no município estudado.

Neste estudo, a prematuridade destacou-se como o principal fator de risco ao desenvolvimento, correspondendo a 62,1% dos casos. O nascimento antes das 37 semanas de gestação constitui importante problema de saúde pública global, com prevalência variando entre 5% e 18%<sup>14</sup>. Em nível mundial, a taxa manteve-se estável entre 2010 (9,8%) e 2020 (9,9%)<sup>15</sup>.

No Brasil, observou-se tendência crescente da prematuridade, atingindo aproximadamente 11% entre 2005 e 2011<sup>16</sup>, valor superior ao registrado em países europeus (8,8%)<sup>17</sup>. Entre 2010 e 2020, o país passou a integrar um grupo de nações que apresentaram redução nas taxas de prematuridade<sup>15</sup>.

Na análise regional, as regiões Norte e Nordeste apresentam maiores proporções de prematuridade extrema, enquanto houve redução significativa da prematuridade moderada e tardia no Nordeste<sup>18</sup>. No presente estudo, dentre os 493 recém-nascidos com fatores de risco, 306 eram prematuros, sendo 41,8% classificados como prematuros tardios, configurando padrão distinto do observado na literatura nacional.

No estudo de Victora (2011)<sup>13</sup>, prematuros tardios apresentaram peso superior a 2.500 g. Por outro lado, Almeida et al. (2014)<sup>12</sup> observaram associação entre prematuridade tardia e baixo peso ao nascer, além de menor número de consultas pré-natais.

Os achados deste estudo corroboram parcialmente esses resultados, uma vez que 81,1% dos recém-nascidos apresentaram peso entre 1.500 e 2.499 g, com média de 6,35 consultas pré-natais, sendo que 54,8% realizaram menos de seis consultas.

A gemelaridade constitui importante fator de risco ao desenvolvimento, associando-se a maior probabilidade de baixo peso ao nascer, prematuridade e desfechos adversos, incluindo risco de lesão cerebral<sup>19</sup>. Foram identificados 54 casos de gestação gemelar, dos quais 38 estavam associados à prematuridade, todos evoluindo para parto cesariano.

O parto cesariano é indicado em condições clínicas específicas, como gestações gemelares monoamnióticas, apresentação pélvica em primigestas, descolamento prematuro de placenta, macrosomia fetal, infecções específicas e sofrimento fetal agudo<sup>20</sup>. No presente estudo, 61,3% dos partos ocorreram por via cesariana, proporção superior à média nacional, sugerindo a necessidade de investigação de fatores associados.

Entretanto, quando realizado de forma eletiva, o parto cesariano pode estar associado a desfechos neonatais adversos, incluindo alterações respiratórias, dificuldades de termorregulação, sucção, icterícia e possíveis repercussões no desenvolvimento sensorial e cognitivo<sup>21</sup>. A longo prazo, pode estar relacionado ao aumento do risco de doenças alérgicas, obesidade e distúrbios neurológicos<sup>22</sup>.

As malformações congênitas são definidas como alterações estruturais ou funcionais decorrentes de causas genéticas, ambientais ou desconhecidas, podendo ser identificadas no período pré-natal, ao nascimento ou posteriormente<sup>7</sup>.

Estima-se que entre 2% e 5% dos nascidos vivos no mundo apresentem algum tipo de malformação congênita. Em países de baixa e média renda, essas condições ainda não são priorizadas como problema de saúde pública e podem ser subnotificadas<sup>23</sup>.

Fatores como idade materna, tabagismo, doenças crônicas e infecções, além da epidemia do vírus Zika, contribuem para o aumento dessas condições<sup>24</sup>. No presente estudo, foram identificadas diferentes anomalias, com destaque para alterações osteoarticulares e do sistema nervoso central. Ao comparar a ocorrência de anomalias congênitas com o ano de nascimento, observou-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,037$ ), com maior proporção no ano de 2022.

Crianças nascidas com fatores de risco para o desenvolvimento, especialmente aquelas prematuras, apresentam maior propensão a comprometimentos neurológicos, cognitivos e motores, impactando diretamente a funcionalidade e a participação social<sup>3</sup>.

## **Conclusões**

A presença de fatores de risco biológicos no desenvolvimento infantil configura-se como aspecto relevante para a qualidade de vida e o prognóstico das crianças. No presente estudo, verificou-se que esses fatores estiveram fortemente associados à prematuridade, condição que representa importante desafio para a sobrevivência e para o desenvolvimento ao longo da vida.

Esses impactos ultrapassam o domínio motor, abrangendo aspectos sociais, emocionais, cognitivos, de linguagem e adaptativos. Dessa forma, reforça-se a necessidade de implementação de estratégias preventivas, com fortalecimento da assistência à saúde materna,

ampliação do acesso ao pré-natal de qualidade e estruturação de programas de intervenção precoce no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

### Referências bibliográficas

1. Hall JE. Guyton and Hall textbook of medical physiology. Philadelphia: Elsevier; 2017.
2. Zago JTC, Pinto PAF, Leite HR, Santos JN, Morais RLS. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev CEFAC*. 2017;19(3):320-9.
3. Araujo JC, Mendonça LF, Costa PH, Shimasaki KHC, Moreira GB, Oliveira Júnior MD, et al. Efeitos da prematuridade no desenvolvimento infantil. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(5):1135-45.
4. Oliveira EA, Lima CS, Cirino IP, Vera PV, Lima LH, Conde WL. Mortalidade neonatal: causas e fatores associados. *Saude Redes*. 2021;6(3):113-27.
5. Prezotto KH, Bortolato-Major C, Moreira RC, Oliveira RR, Melo EC, Silva FR, et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE02322.
6. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Child mortality estimates [Internet]. 2019 [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://childmortality.org/>
7. Gonçalves MK, Cardoso MD, Lima RA, Oliveira CM, Bonfim CV. Prevalência e fatores associados às malformações congênitas em nascidos vivos. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00852.
8. Santos LS, Soria LC, Santos JS, Antonucci JM, Rodrigues OM. Análise dos marcos do desenvolvimento em prematuros utilizando a Escala Bayley. *Fisioter Bras*. 2021;22(5):637-48.
9. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S192-207.
10. Magalhães ALC, Monteiro DLM, Trajano AJB, Souza FM. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019. *Cien Saude Colet*. 2023;28:385-95.
11. Almeida AH, Costa MC, Gama SGN, Amaral MT, Vieira GO. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2014;14(3):279-86.
12. Martins TM, Pinheiro M, Souza SS, Kaio C. Tendência de mortalidade neonatal por regiões do Brasil, 2015-2019: um estudo ecológico. *Enferm Glob*. 2023;22(3):333-70.
13. Ramos HA, Cuman RK. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery*. 2009;13(2):297-304.
14. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
15. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261-71.
16. Matijasevich A, Silveira MF, Matos AC, Rabello Neto D, Fernandes RM, Maranhão AGK, et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(4):557-64.

17. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37-46.
18. Martinelli KG, Dias BAS, Leal MC, Belotti L, Garcia ÉM, Santos Neto ET. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Estud Popul*. 2021;38:e0173.
19. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
20. Giuffrè M, Piro E, Corsello G. Prematurity and twinning. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25 Suppl 3:6-10.
21. Martins-Costa S, Ramos JG. A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(10):571-4.
22. Silvestri GL, Querido GK, Martucci HD, Mello MJ, Gadbem TA, Marini DC. Complicações da cesárea na saúde infantil: revisão integrativa. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(4):1413-32.
23. Słabuszewska-Józwiak A, Szymański JK, Ciebiera M, Sarecka-Hujar B, Jakiel G. Consequences of caesarean section—a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8031.
24. Rodrigues RP, Santos AA, Santos WB, Santos JA, Oliveira JC, Teixeira LD, et al. Perfil das malformações congênitas em um estado do Nordeste brasileiro. *Res Soc Dev*. 2020;9(12):e40491211298.
25. Lopes AKLS, Takano OA, Silva JI, Nascimento VF, Andrade ACS, Terças-Trettel ACP. Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças expostas à infecção congênita pelo vírus Zika. *Rev Pesqui Fisioter*. 2021;11(3):482-94.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

## **Manuscrito II**

### **AFETIVIDADE MATERNO-INFANTIL DIANTE DO CONTEXTO DE UMA GESTAÇÃO DE RISCO, A LUZ DE WALLON.**

#### **RESUMO**

O objetivo do estudo foi compreender os fatores que influenciam a relação materno-infantil diante de um contexto de alteração no desenvolvimento infantil, por uma reflexão crítica embasada na filosofia dialética de Wallon. Este estudo é de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de 10 entrevistas semiestruturadas aplicadas individualmente com mães de crianças que nasceram com pelo menos um fator de risco ao nascimento entre 2021 e 2023. As entrevistas foram gravadas, transcritas pelo Google DOCS, tratadas pelo IRAMUTEQ e analisadas pelo método de Bardin. Foram realizadas a Classificação Hierárquica Descendente e Análise de Similitude. O corpus de texto foi analisado e distribuído em 4 categorias, das quais cada uma subdividida em 5 subcategorias. As categorias foram denominadas como vontade/propósito (25%); condição de saúde (26%); apego (23%); desenvolvimento (26%). A representatividade da mudança, do tornar-se, é de extrema importância para a compreensão do relacionamento materno-infantil. Neste ponto, conclui-se que o relacionamento advém de múltiplos fatores fortalecidos no processo de gestar, até o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; criança, fatores de risco, gestação, mães, afeto.

#### **INTRODUÇÃO**

O Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) é um processo complexo de formação e evolução do indivíduo desde a concepção, abrangendo dimensões cognitivas, motoras, sociais e afetivas. Apresenta maior intensidade nos primeiros dois anos de vida, período marcado pela transição de habilidades simples para complexas (Barros et al., 2020; Araujo et al., 2019).

Após o nascimento, culmina no desenvolvimento da linguagem, motricidade, aspectos socioemocionais, comportamento adaptativo e cognição, podendo estar alterado em crianças com maior risco biológico (Cruz et al., 2022). Estas incluem prematuras, de baixo peso, com asfixia perinatal, alterações no teste do pezinho, desnutrição e doenças respiratórias recorrentes (Almeida, 2019).

Nessas condições, podem necessitar de internamento em Unidade de Terapia Intensiva, assistência especializada e suporte familiar, especialmente no estabelecimento do vínculo afetivo (Zeppone et al., 2012).

Na perspectiva das relações materno-infantis, a afetividade deve ser compreendida para além de uma imposição social. Badinter (1985) critica o amor materno como instinto natural, apontando-o como construção social, muitas vezes associada à exigência de abnegação feminina.

Assim, o relacionamento parental não deve se basear em uma imposição social, mas em uma construção emocional, na qual o vínculo se estabelece por meio de relações de cuidado, confiança e apoio familiar (Barbosa et al., 2010; Alvares e Dionísio, 2022). Nesse sentido, o desejo pela gestação pode fortalecer esse processo, sendo a afetividade um fator positivo para o desenvolvimento e para a neuroplasticidade.

A descoberta da gestação, seja inesperada ou planejada, associada a complicações e incertezas quanto ao desenvolvimento, pode gerar condições psicológicas maternas complexas. Fatores como ausência de apoio, complicações obstétricas, internação e vulnerabilidades estão associados a sintomas depressivos, impactando o desenvolvimento do bebê (Pedraza e Lins, 2021).

Na interação inicial com os cuidadores, estabelecem-se processos fundamentais para a formação da identidade, por meio de trocas intersubjetivas afetivas, cognitivas e expressivas. Segundo Wallon (1934), o desenvolvimento ocorre na relação entre o indivíduo e o meio, sendo a afetividade central nesse processo. A ausência de vínculos consistentes pode gerar prejuízos emocionais.

Diante disso, este estudo propõe compreender a relação materno-infantil de crianças até dois anos, em contextos de gestação de risco, complicações no parto, internação e fatores de risco ao desenvolvimento. Assim, questiona-se: quais fatores intervêm no relacionamento materno-infantil diante de alterações no desenvolvimento infantil? O objetivo deste estudo foi compreender os fatores que influenciam a relação materno-infantil em contextos de risco ao desenvolvimento.

## MÉTODOS

Este estudo é de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizado no município de Jequié–BA, com mães de crianças que nasceram com pelo menos um fator de risco biológico ao nascimento (idade gestacional, peso, comprimento, malformações congênitas, tipo de gestação e frequência pré-natal).

Foram considerados os nascimentos ocorridos entre 2021 e 2023, período definido com base na fase da primeira infância. Levantamento junto à Secretaria de Saúde identificou 6.147 nascimentos, dos quais 493 apresentaram fatores de risco biológico e 78 evoluíram a óbito nas primeiras 24 horas. A amostra foi não probabilística, por conveniência, com seleção intencional de participantes de diferentes contextos socioeconômicos.

Participaram 10 mães residentes na zona urbana, primigestas, com filhos nascidos no período estudado e acompanhados no Programa de Crescimento e Desenvolvimento (PCD) da Estratégia de Saúde da Família. Foram excluídas aquelas que não aceitaram participar ou não foram localizadas após três tentativas.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e abril de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no domicílio, gravadas em áudio, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise textual lexicográfica com o software Iramuteq, associada à análise de conteúdo de Bardin. Foram aplicadas a Classificação Hierárquica Descendente e a análise de similitude. O corpus apresentou 4.383 ocorrências e 961 formas distintas, adotando-se frequência mínima de 9 para inclusão no dendrograma. Os segmentos de texto foram analisados com base em variáveis de interesse (gestação, apoio parental, desenvolvimento e relacionamento afetivo), considerando associação com qui-quadrado  $\geq 3,84$  ( $p \leq 0,05$ ).

As categorias foram construídas a partir da proximidade lexical e relevância estatística dos termos, com base nos segmentos das entrevistas, orientadas por questões sobre vivências maternas na gestação, apoio recebido, intercorrências e relacionamento afetivo mãe-filho. A interpretação dos dados foi fundamentada na literatura e na Teoria da Afetividade de Wallon.

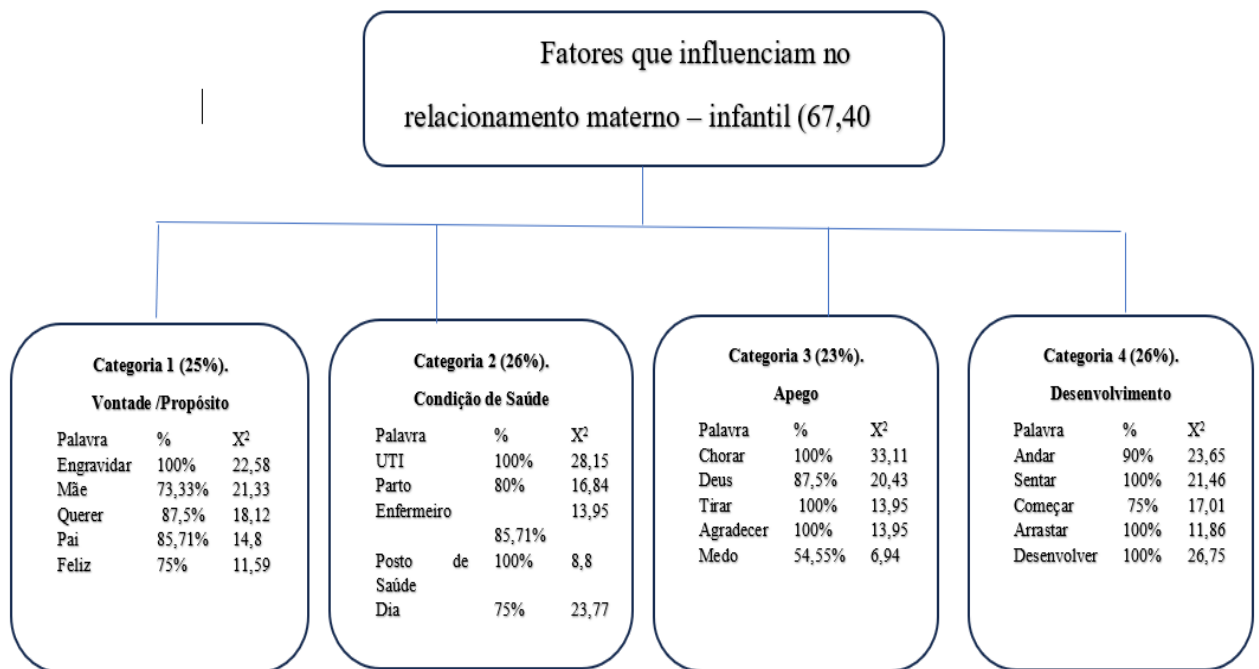
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (parecer nº 6.266.884; CAAE 69196623.6.0000.0055).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 10 discursos provenientes de entrevistas com mães de crianças nascidas com pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento. Os relatos contemplaram o período desde a descoberta da gestação até o parto, incluindo intercorrências, internação hospitalar, o retorno ao domicílio e o desenvolvimento da criança até os dois anos de idade, considerando também os vínculos estabelecidos e as respostas aos estímulos ambientais.

À luz do referencial de Henri Wallon, o desenvolvimento humano é compreendido como resultado da interação entre fatores biológicos e sociais, sendo o componente orgânico a base inicial da constituição do indivíduo, modulada pelas influências do meio (da Silva, 2007).

A Classificação Hierárquica Descendente identificou 135 segmentos de texto, com aproveitamento de 67,40% do corpus. O dendrograma (Figura 1) apresenta as quatro categorias resultantes da análise.



**Figura 1** – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente dos fatores que influenciam no relacionamento materno-infantil. Jequié, Bahia, 2024.

### Análise de similitude

A análise de similitude sintetiza as categorias e subcategorias, evidenciando suas inter-relações na compreensão das relações materno-afetivas frente à presença de fatores de risco ao desenvolvimento do bebê. Observa-se forte conexão entre as classes, indicando que a experiência gestacional e o apoio parental atravessam as intercorrências de saúde ao longo da

gestação e dos primeiros anos de vida. Destaca-se, ainda, a influência da dimensão transcendente no acompanhamento do desenvolvimento infantil (Figura 2).

O verbo “ficar” emerge como marcador de transição e mudança (tornar-se), associado a experiências como gravidez, internação em UTI e aquisição da postura ortostática. Essa noção de transformação orienta a análise do relacionamento materno-infantil, podendo assumir conotações positivas ou negativas.

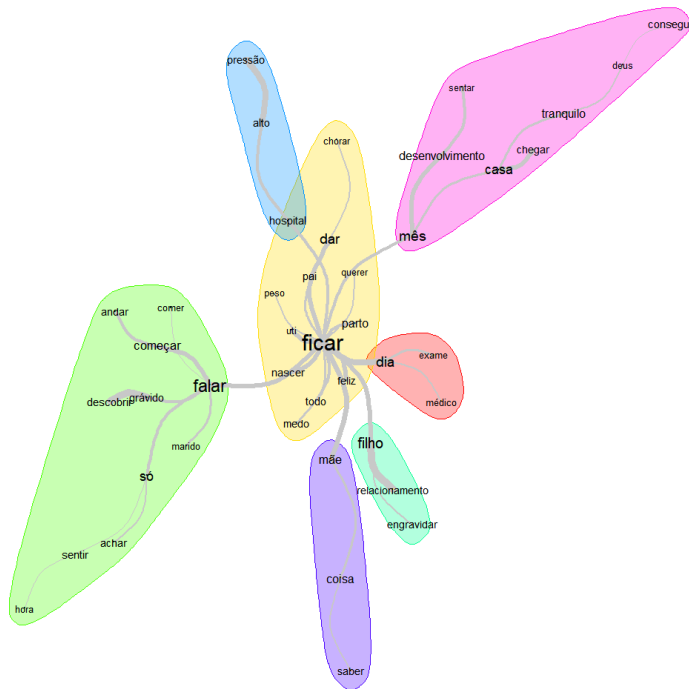


Figura 2 – Análise de Similitude sobre o corpus “Fatores que influenciam no relacionamento materno-infantil”. Jequié, Bahia, 2024.

### Categoria 1 – Vontade/propósito

O vocabulário da Categoria 1 possibilitou a compreensão da relação materno-infantil a partir do eixo “vontade/propósito”, responsável por 25% dos segmentos analisados, com significância estatística ( $p < 0,0001$ ) em todas as subcategorias. As subcategorias “engravidar” e “querer” indicam o desejo de mudança na vida materna, compreendido, neste estudo, como positivo, embora não necessariamente determinante para o estabelecimento do apego, conforme evidenciado nos relatos.

Antes de engravidar, eu já era professora, fiz faculdade me formei, dou aula na escola pública. Passei 6 anos tentando engravidar, fiz tratamento e engravidei do meu bebê. Eu estava tão ansiosa, todo mês fazia teste e nada quando deu o positivo no teste de farmácia, chorei muito, muito mesmo, até por que já tive 2 abortos espontâneos, me deu tanto medo. (n03)

Meu sonho nunca foi ser mãe, mas gosto muito de criança, trabalho com crianças, sou formada em pedagogia pela UESB e tenho 7 sobrinhos, mas não estava nos planos ser mãe. Hoje ela é minha vida. (n05)

Antes de engravidar, eu não sei nem o que responder assim, como eu era, já fiz tanta coisa errada. Eu tinha um sonho de ter uma filha. Meu relacionamento é complicado por que ela fica mais com minha mãe do que comigo. Quando eu vou lá ela fica chorando querendo vir atrás de mim, mas não carrego não. (n08)

... com 29 semanas estava perdendo muito liquido e precisei fazer o parto, Cesário, ele foi para a UTI, foi difícil... Meu filho ficou 3 meses na UTI, foi intubado, usou um caninho no nariz, oxigênio, mesmo com medo meu amor só crescia, ele precisava de mim , me apegue a Deus, eu olhava para ele... (n03).

A gestação configura-se como um período de intensas transformações fisiológicas e sociais, especialmente para primigestas, marcando a construção da identidade materna e tendo no parto seu momento culminante (Costa et al., 2021). Ao longo desse processo, emergem sentimentos como insegurança, medo e preocupação com o desenvolvimento do bebê, podendo evoluir para condições como baby blues e depressão pós-parto, o que reforça a importância do acolhimento familiar (Maldonado, 1980).

Os achados indicam que o vínculo materno pode ser influenciado de forma distinta: em alguns casos, a internação neonatal intensifica o apego e a espiritualidade; em outros, pode fragilizá-lo ou até dificultar o desenvolvimento do sentimento materno.

As subcategorias “mãe”, “pai” e “feliz” evidenciam a relevância da rede de apoio, especialmente familiar e conjugal, no enfrentamento da gestação e de possíveis intercorrências. A literatura aponta que esse suporte atua como fator protetor, contribuindo para o cuidado materno-infantil e para a elaboração emocional diante das adversidades (Nunes et al., 2024).

Antes de engravidar era tudo diferente, após, mudou tudo minha filha, tudo. Como mãe sou melhor do que antes. Minha família, ficaram tudo feliz. (n09).

Rapaz, todo mundo ficou feliz, minha mãe ficou feliz, o meu pai, meu esposo, eu fiquei meia com medo, mas nessa situação, me senti tão apoiada, isso foi e tem sido muito importante para mim (n07).

Entre as principais complicações obstétricas identificadas, destacam-se as síndromes hipertensivas, o risco de aborto e a infecção por sífilis, fatores associados à piora da qualidade gestacional. A gestação de alto risco permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, com índices de mortalidade materna superiores aos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, sendo as síndromes hipertensivas a principal causa (Azevedo et al., 2017; Antunes et al., 2017; Oliveira et al., 2017).

Minha gestação não foi tranquila, por que eu me separei, com 4 meses de gestação teve a separação, e a minha pressão alta, tinha uns momentos de pico, normalmente

as 6 da tarde começava a subir 13x1, 14x10 e até o final da gestação, fui internada no hospital. Fiquei internada dias e no quinto eu tive ela, com 32 semanas.” (n05)

No que se refere ao desfecho neonatal, condições como ruptura prematura de membranas e doenças hipertensivas estão associadas à prematuridade, necessidade de cuidados intensivos, infecções e desconforto respiratório (Pedraza e Lins, 2021; Vieira et al., 2022; Vassoler et al., 2024).

Essas condições configuram um cenário de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil, considerando a imaturidade biológica e a dependência do cuidado adulto. Para a mãe, trata-se de uma experiência potencialmente estressora, associada a alterações emocionais como medo, insegurança e ansiedade (Patrício e Minayo, 2020; Cunha et al., 2022; Nunes et al., 2024).

À luz de Henri Wallon, o desenvolvimento infantil inicial é marcado pela dependência do outro, mediada pela afetividade e pelas interações sociais, nas quais motricidade, cognição e emoção se articulam de forma indissociável (Wallon, 2010; Souza, 2020).

## **Categoria 2 – Condição de Saúde**

A Categoria 2, denominada “Condição de Saúde”, corresponde a 26% dos segmentos analisados e evidencia como alterações no período gestacional, parto e condições neonatais — incluindo necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) — influenciam o relacionamento materno-infantil. As subcategorias “UTI”, “dia” e “parto” apresentaram significância estatística ( $p < 0,0001$ ), destacando o impacto do internamento prolongado, muitas vezes associado à transferência para outros municípios, como experiência geradora de sofrimento e angústia materna.

Eu estava muito tensa com medo, fiz parto cesáreo, aí perguntei por ele e quando me falaram que ele foi intubado e que iria para a UTI partiu meu coração... O dia em que ele recebeu alta, foi o dia mais feliz da minha vida (n03)

Não tinha vaga na UTI, então ela ficou na sala de parto, mas em um lugar com os cuidados de UTI, depois de 2 dias como ela tinha perdido 300 gramas precisou ser transferida para a UTI de outra cidade, aí ela ficou lá 1 mês e 2 dias. (n03)

A separação precoce entre mãe e bebê, decorrente de prematuridade, malformações ou outras condições clínicas, pode comprometer a formação do vínculo afetivo ao longo da primeira infância. Os momentos iniciais pós-nascimento são determinantes para o estabelecimento desse vínculo, sendo o contato pele a pele, a amamentação e a interação familiar elementos fundamentais. A privação dessas experiências, associada à discrepância

entre o bebê idealizado e o real, pode desencadear reações de luto e dificultar a vinculação (Maia e Willians, 2005; Silva et al., 2016; Medeiros et al., 2020).

As instituições de saúde exercem papel central na mediação desse processo, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade. No contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), destaca-se a importância do acolhimento e da organização da assistência, considerando os determinantes sociais, para promoção de um desenvolvimento infantil saudável (Brasil, 2015).

Na Estratégia de Saúde da Família, o pré-natal constitui ferramenta essencial para identificação precoce de riscos, sendo preconizadas, no mínimo, seis consultas ao longo da gestação (Brasil, 2012). Políticas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) reforçam a ampliação do acesso, acolhimento e qualificação da assistência materno-infantil (Brasil, 2000; 2011; 2012; Alves et al., 2022).

As subcategorias “parto”, “enfermeiro” e “posto de saúde” evidenciam a relação de confiança com os profissionais de saúde, especialmente no suporte às demandas maternas durante e após a gestação. O enfermeiro destaca-se no acolhimento, na educação em saúde e na transição hospital-domicílio, promovendo práticas voltadas ao fortalecimento da parentalidade e à redução de impactos emocionais negativos (Silva et al., 2016; Oliveira et al., 2021)

Meu parto foi rápido, quando a bolsa estourou eu falei com a enfermeira, ela falou para eu ir para o hospital, aí foi rápido, cheguei lá, e o menino já tava quase saindo. (n06)

Aí foi que comecei a falar com a agente comunitária e fui no posto, falei com a enfermeira daqui, e nesse dia após passar pela médica, a ela me mandou para o hospital. (n07)

Não consegui amamentar eles no hospital não, o bico do meu peito era muito grande para o tamanho deles, eles nasceram bem pequenos com a boca muito pequenina e não conseguiam sugar, mas aí a enfermeira daqui foi ensinando e ele conseguiu pegar direitinho. (n02)

Além disso, cabe à equipe de saúde o monitoramento contínuo do crescimento e desenvolvimento infantil, com identificação precoce de riscos, articulação entre níveis de atenção e suporte às necessidades familiares. Apesar dos avanços, persistem fragilidades na efetivação dessa assistência no contexto brasileiro (Leal, 2020; Oliveira et al., 2021; Verly, 2023; Medeiros et al., 2020).

### **Categoria 3 – Apego**

A Categoria 3, denominada “Apego”, corresponde a 23% dos segmentos analisados e aborda os sentimentos maternos diante de situações que podem interferir no desenvolvimento do bebê. As subcategorias “chorar” e “Deus” apresentaram significância estatística ( $p < 0,0001$ ), evidenciando a relação com o transcendente como estratégia de enfrentamento, bem como manifestações de vulnerabilidade emocional, como medo, impotência e gratidão frente às condições de saúde vivenciadas.

Ai, eu não vou mentir que chorei muito quando descobri, chorei, chorei, não foi de emoção, foi de desespero, mas aí perguntei: meu Deus será que eu vou conseguir? porque Deus? Duas? mas orei e Deus deu né, uma resposta, então eu fiquei tranquila, ... então eu falei se o senhor me deu é bem-vindo. (n09)

Eu pedir forças a Deus para poder criar, com tantas dificuldades (n01)

Agradeço tanto a Deus, por que passamos por tanta coisa, meu bebe quando nasceu era magrinho. Tem vezes que eu lembro, começo a chorar, no início foi complicado, porque ele era muito pequeno. (n07)

A subcategoria “medo” aparece associada ao cuidado com o bebê em condição de fragilidade, podendo atuar tanto como fator protetor quanto como barreira ao desenvolvimento, ao limitar estímulos e interações. Já a subcategoria “tirar” relaciona-se a sentimentos de culpa e ambivalência materna, evidenciando conflitos emocionais no contexto da gestação e do nascimento.

Me senti totalmente insegura, ela era muito pequenina, muito magrinha, todo mundo tinha medo de pegar, de colocar ela de barriga para baixo, não recebo visita e até hoje a gente não sai, ficamos mais em casa, porque tenho medo pelas questões dos pulmões (n05)

Eu cheguei a tomar remédio para tirar ele, umas 3 vezes, até me arrependo, talvez se eu não tivesse tomando ele seria normal. (n10)

A literatura aponta que a mãe constitui a principal referência social da criança, sendo responsável, em conjunto com a família, pela inserção no contexto sociocultural (Fabris-Zavaglia et al., 2022). Alterações no estado emocional materno, como estresse e depressão, podem impactar o desenvolvimento fetal e infantil, com repercussões comportamentais e fisiológicas (Alves et al., 2023; Ribeiro et al., 2014).

À luz de Henri Wallon, o desenvolvimento humano resulta da interação entre fatores orgânicos e sociais, sendo a afetividade elemento central na constituição do indivíduo. O sistema nervoso não determina isoladamente as competências, que se estruturam a partir das relações estabelecidas, especialmente no contexto familiar (Wallon, 2007).

A afetividade configura-se como fator de proteção ao desenvolvimento, associada às características individuais da criança, à qualidade das relações familiares e à presença de rede

de apoio. Vínculos com cuidadores alternativos e a dimensão religiosa também podem exercer papel protetor. Por outro lado, a ausência ou fragilidade desses vínculos associa-se a maior vulnerabilidade, com impactos nos domínios cognitivo, emocional e social (Maia e Willians, 2005).

#### **Categoria 4 – Desenvolvimento**

A Categoria 4, denominada “Desenvolvimento”, corresponde a 26% dos segmentos analisados, com significância estatística em todas as subcategorias ( $p < 0,0001$ ). As subcategorias “desenvolver”, “andar”, “arrastar”, “sentar” e “começar” evidenciam a preocupação materna com o desenvolvimento infantil, ora indicando evolução dentro dos marcos esperados, mesmo diante de intercorrências, ora apontando dificuldades associadas às condições de saúde.

Do segundo eu me preocupo, como não ta comendo, aí quando vai lá no medico ele sempre fala, ele ta com baixo peso, ele não ta crescendo. Como ele ta menor, aí vem a complicação, por que o outro se desenvolve. E tem um osso crescendo nas costas dele, aí ele anda igual a um corcunda neh. (n02)

Mas percebo que ele tem muita dificuldade para ganhar os movimentos neh, já segura o pescoço e agora ta começando a sentar, faço tudo como m orientam. (n03)

Oh, por que o desenvolvimento dela tudo foi tudo na mesma hora foi igual até para andar essas coisas sentou tudo igual, arrastar, fala tudo quando começou a falar ela começou a falar mesmo ia fazer um ano as duas. Elas são muito espertas, falam tudo, andam tudo no tempo certo, são espertas demais (n09)

As práticas parentais afetivas contribuem para o desenvolvimento de crianças expostas a fatores de risco, favorecendo habilidades neuropsicomotoras e socioemocionais. O brincar e os estímulos sensoriais, especialmente nos primeiros dois anos de vida, são fundamentais para a formação de conexões neuronais e para a neuroplasticidade (Medeiros et al., 2020).

À luz de Henri Wallon, o desenvolvimento ocorre de forma integrada, envolvendo dimensões afetivas, motoras e cognitivas. No primeiro ano de vida, predomina o estágio impulsivo-emocional, no qual a emoção constitui o principal meio de comunicação. Entre três meses e três anos, destaca-se o estágio sensório-motor e projetivo, caracterizado pela exploração do ambiente, aquisição de habilidades motoras e desenvolvimento da linguagem (Ahmad e Silva, 2013; Wallon, 2010).

Alterações no desenvolvimento podem se manifestar nos domínios da linguagem, cognição, interação social e regulação emocional, especialmente em contextos de risco (Patrício e Minayo, 2020; Saur, 2018). No entanto, a presença de fatores de risco não determina, isoladamente, desfechos negativos, uma vez que a neuroplasticidade pode favorecer trajetórias adaptativas, especialmente quando associada a estímulos adequados (Leal, 2020).

Por outro lado, algumas crianças podem apresentar limitações persistentes, mesmo diante de intervenções, com repercussões na coordenação motora, equilíbrio e funcionalidade (Branjerdporn et al., 2022).

A construção do vínculo materno e o significado atribuído à criança, influenciados por fatores individuais, sociais e contextuais, podem repercutir na qualidade das interações e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil. Nesse sentido, destaca-se a importância do suporte à mãe, considerando suas crenças, cultura e contexto, como estratégia para promoção do desenvolvimento e fortalecimento do vínculo afetivo (Sousa e Lins, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade configura-se como uma construção influenciada por fatores individuais, sociais e afetivos, na qual o vínculo materno-infantil ocupa papel central. Complicações obstétricas e neonatais, especialmente aquelas que envolvem internação, impactam esse processo, podendo interferir na relação entre mãe e bebê.

Os achados indicam que, além dos fatores biológicos, aspectos relacionados à afetividade, ao sentimento de pertencimento e à rede de apoio influenciam o desenvolvimento infantil. A atuação da atenção primária, especialmente do enfermeiro, mostrou-se relevante, porém ainda centrada em práticas técnicas, com pouca ênfase no fortalecimento da parentalidade e das dimensões socioemocionais.

Como limitações, destacam-se o número reduzido de participantes e a realização em um único contexto. Recomenda-se a ampliação de práticas e políticas que integrem o cuidado técnico às dimensões afetivas, promovendo o desenvolvimento integral da criança.

## REFERÊNCIAS

- AHMAD, Antonette Santiago Gottgroy; SILVA, Eduardo Rodrigues da. The contributions of psychomotricity in children's education. *Public Education*, 2013.
- ALMEIDA, L. R. de. A questão do eu e do outro na psicogenética walloniana. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 31, n. 4, p. 595–604, 2014.
- ALVARES, Gustavo Henrique; DIONISIO, Lucas Bondezan. O amor e suas relações com a parentalidade na atualidade. In: OPEN SCIENCE RESEARCH. Guarujá: Editora Científica Digital, 2022. p. 712–729.

- ALVES, Luciana Marinho et al. A influência do pré-natal psicológico sobre a manifestação de transtornos no puerpério: uma revisão narrativa. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 9, n. 1, p. 268–276, 2023.
- ANTUNES, M. B. et al. Hypertensive syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, 2017.
- ARAÚJO, L. B. de et al. Neuropsychomotor development assessment of children aged 0 to 5 in early childhood public education centers. *Revista CEFAC*, v. 21, n. 3, 2019.
- AUGRAS, Monique. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, v. 29, n. 3, p. 250–252, 1977.
- AZEVEDO, R. D. O. et al. Perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 16, n. 2, p. 218, 2017.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARROS, R. S. de et al. Principais instrumentos para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 60393–60406, 2020.
- BARROSO, R. G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, n. 52-I, p. 211–229, 2010.
- BRANJERDPORN, G. et al. Resultados do desenvolvimento infantil: influência do apego materno-fetal pré-natal, apego adulto e bem-estar materno. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 4, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção básica n. 32: atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília, DF, 2016.
- CAMARGO MEDEIROS, C.; HONORATO FRANZOI, M. A.; OLIVEIRA SILVEIRA, A. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, supl., p. 1–10, 2020.
- COSTA, T.; BADARÓ, A. Impacto do uso de tecnologia no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. *Cadernos de Psicologia*, v. 3, n. 5, 2022.

- CRUZ, E. J. S. da et al. Uso da escala Bayley III em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 38, 2022.
- CUNHA, A. C. B. da et al. Impacto da microcefalia no vínculo mãe-bebê e suas repercussões para o desenvolvimento infantil. *Psicologia USP*, v. 33, 2022.
- FABRIS-ZAVAGLIA, M. M.; VISINTIN, C. D. N.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Maternagem de filhos com dificuldades graves de desenvolvimento. *Psico*, v. 53, n. 1, 2022.
- LEAL, M. do C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 08, 2020.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão. v. 13, n. 2, p. 91–103, 2005.
- MONTEIRO, A. et al. Os impactos bioéticos na atenção à saúde da gestante com o fim da Rede Cegonha. *Revista Bioética CREMEGO*, v. 4, n. 2, p. 24–28, 2022.
- NUNES, M. B. L. et al. Sentimentos da mulher frente ao embarazo de alto risco. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 46, 2024.
- OLIVEIRA, G. S. de et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional. *Revista CUIDARTE*, v. 8, n. 2, p. 1561, 2017.
- OLIVEIRA, R. L. de et al. Atenção ao pré-natal de alto risco na Estratégia de Saúde da Família. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, 2021.
- PATRÍCIO, S. F.; MINAYO, M. C. S. Por um cuidado suficientemente bom na primeira infância. *Cadernos de Psicanálise*, v. 42, n. 43, p. 265–284, 2020.
- PEDRAZA, D. F.; LINS, A. C. de L. Complicações clínicas na gravidez: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 3, p. 5329–5350, 2021.
- RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 215–226, 2014.
- SAUR, B. et al. Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. v. 49, n. 3, p. 257, 2018.
- SILVA, D. L. da. Do gesto ao símbolo: a teoria de Henri Wallon. *Educar em Revista*, p. 145–163, 2007.
- SILVA, R. M. M. et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros em UTI neonatal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 6, n. 2, 2016.
- VERLY, A. P. de S.; MORAES, M. M. dos S. de. Saúde da criança com fatores de risco ao desenvolvimento. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 3, p. 182–199, 2023.
- VIEIRA, B. M. C. et al. Desfechos gestacionais e perinatais decorrentes de complicações obstétricas. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 2, p. 6943–6957, 2022.

WALLON, Henri. *A evolução psicológica da criança*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WALLON, Henri. *Do ato ao pensamento*. Petrópolis: Vozes, 2008.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 4, p. 594–599, 2012.

### **Manuscrito III**

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA E A PERCEPÇÃO DA GENITORA SOBRE O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO.

PERFORMANCE OF THE PRIMARY CARE NURSING TEAM AND THE MOTHER'S PERCEPTION OF MONITORING CHILDREN WITH RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT.

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar os cuidados de enfermagem em crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e como a família compreende esse cuidado. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, com 20 participantes, sendo 10 enfermeiros e 10 mães de crianças nascidas com fatores de risco biológico para o desenvolvimento. Para a seleção do grupo amostral, foi realizado um levantamento prévio, no qual foram identificados 493 nascimentos com algum fator de risco e, a partir disso, selecionadas 10 mães e 10 enfermeiros, por amostragem não probabilística por conveniência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mães e enfermeiros. Os dados foram tratados pelo IRAMUTEQ, por meio da Classificação Hierárquica Descendente e Análise de Similitude, e analisados de acordo com o método de Bardin. **Resultados:** Os dados foram divididos em duas repartições — enfermeiros e familiares (mães). Para os profissionais, foram designadas as categorias “Crescimento e desenvolvimento”, “Critérios e parâmetros”, “Referência e contrarreferência” e “Atuação profissional”. Para a repartição familiar, foram identificadas as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”. **conclusão:** O enfermeiro é um profissional fundamental no acompanhamento do desenvolvimento de crianças com fatores de risco, porém com atuação limitada na prática devido à estrutura do sistema de saúde, à organização dos serviços, ao sistema de encaminhamento e à oferta de vagas. As genitoras se sentem acolhidas e orientadas durante a gestação de risco e após o nascimento, porém não mencionaram estratégias de educação em saúde voltadas ao desenvolvimento da criança.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento; enfermagem; mãe; educação em saúde; criança de risco.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze nursing care provided to children with developmental risk factors and how families understand this care.

**Methods:** A descriptive, qualitative study was conducted with 20 participants, including 10 nurses and 10 mothers of children born with biological risk factors for development. For sample selection, a preliminary survey identified 493 births with at least one risk factor, from which 10 mothers and 10 nurses were selected through non-probabilistic convenience sampling. Semi-structured interviews were conducted with mothers and nurses. Data were processed using IRAMUTEQ, through Descending Hierarchical Classification and Similarity Analysis, and analyzed according to Bardin's method.

**Results:** The data were divided into two groups—nurses and family members (mothers). For professionals, the categories identified were “Growth and development,” “Criteria and parameters,” “Referral and counter-referral,” and “Professional performance.” For the family group, the categories were “Birth experiences,” “Necessary care,” and “Safe pregnancy.”

**Conclusion:** Nurses play a fundamental role in monitoring the development of children with risk factors; however, their practice is limited by structural constraints of the health system, including service organization, referral processes, and availability of care. Mothers reported feeling welcomed and guided during high-risk pregnancy and after childbirth; however, they did not mention health education strategies focused on child development.

**Keywords:** Development; nursing; mother; health education; at-risk child.

## INTRODUÇÃO

Por muitos anos, as crianças foram tratadas como adultos em miniatura, sem a devida valorização do crescimento e desenvolvimento. Na década de 1920, já havia preocupação com o adoecimento infantil, porém os cuidados em saúde eram generalistas. As elevadas taxas de mortalidade infantil, associadas à crise econômica e ao desemprego, impulsionaram, nas décadas de 1930 e 1940, a criação de programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, ainda com caráter curativista e hospitalocêntrico (Justino et al., 2019).

Durante o Estado Novo (1937–1945), foi instituído o primeiro Programa de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência, seguido por propostas de organização das ações de saúde materno-infantil até a década de 1970, diante dos altos índices de mortalidade infantil (120,7/1000 nascidos vivos). Posteriormente, avanços importantes ocorreram com a

Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde (Araújo et al., 2014).

Nas últimas décadas, houve redução significativa da mortalidade infantil no Brasil, com destaque para o Nordeste, alcançando a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Entre os fatores associados a essa redução estão a ampliação da vacinação, o aleitamento materno, a escolaridade materna e o acesso à atenção básica (Brasil, 2016; Nobre et al., 2022). Em contrapartida, emergem novos desafios, como o aumento da obesidade infantil, das doenças crônicas, das deficiências, além de acidentes e violências (Brasil, 2016; Nobre et al., 2022). Nesse contexto, foram implementadas políticas como o Plano Nacional pela Primeira Infância (2010), a Rede Cegonha (2011) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que prioriza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na primeira infância, com foco na redução da morbimortalidade e na promoção de um ambiente saudável (Brasil, 2011; Brasil, 2016).

A Atenção Integral à Saúde da Criança é um dos eixos da Estratégia Saúde da Família, porém enfrenta entraves estruturais, organizacionais e de recursos humanos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui uma linha central de cuidado, envolvendo aspectos biológicos, psíquicos, afetivos e sociais, além de ações de promoção da saúde, alimentação, imunização e prevenção de agravos (Munhoz Gaíva et al., 2018).

A consulta de enfermagem destaca-se como instrumento fundamental nesse processo, abrangendo histórico clínico, exame físico, diagnóstico, plano terapêutico e orientações à família. No entanto, apesar das políticas existentes, observa-se, na prática, fragilidade na cobertura e no acompanhamento de crianças com fatores de risco, em desacordo com as diretrizes da PNAISC. A intervenção precoce nesse grupo é essencial, atuando como fator protetor ao desenvolvimento, especialmente frente aos riscos vivenciados na gestação, parto e pós-parto.

Diante disso, questiona-se quais cuidados são realizados pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde voltados a crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e como ocorre a percepção materna sobre esse acompanhamento. Assim, este estudo tem como objetivo analisar os cuidados de enfermagem em crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e compreender a percepção das mães sobre esse cuidado.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 20 participantes, sendo 10 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e 10 mães de crianças com fatores de risco biológico para o desenvolvimento. O estudo foi desenvolvido no interior da Bahia, entre 2021 e 2023.

A seleção dos participantes foi precedida por levantamento junto à Secretaria de Saúde de Jequié, que identificou 6.147 nascimentos no período, dos quais 493 apresentaram fatores de risco biológico. A amostra foi definida por conveniência.

Os critérios de inclusão para os enfermeiros foram: atuação na Atenção Primária, contato direto com crianças em acompanhamento no Programa de Crescimento e Desenvolvimento e estar em atividade no período da coleta. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar, não foram encontrados após três tentativas ou não atuavam diretamente no programa.

Para as genitoras, incluíram-se mães primigestas, vinculadas a unidades de saúde da família e residentes na zona urbana, cujos filhos apresentaram fatores de risco, como prematuridade, baixo peso ao nascer, macrosomia ou malformações congênitas. Foram excluídas aquelas que não aceitaram participar ou não foram localizadas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre janeiro e abril de 2024, gravadas mediante consentimento e posteriormente transcritas com dupla conferência.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise textual lexicográfica no software IRAMUTEQ, utilizando Classificação Hierárquica Descendente e análise de similitude, associadas ao método de Bardin. A interpretação foi fundamentada na literatura e no referencial teórico de Wallon.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob parecer nº 6.266.884 e CAAE 69196623.6.0000.0055.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Após a leitura e análise dos discursos, foram identificadas categorias relacionadas à atuação da equipe de enfermagem e à percepção materna sobre o acompanhamento do

desenvolvimento de crianças com fatores de risco. Foram analisados 20 discursos, sendo 10 de enfermeiros e 10 de mães.

A análise textual, realizada por meio do software IRAMUTEQ, permitiu a identificação de categorias e subcategorias a partir da semelhança dos vocabulários, organizadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente. O corpus textual apresentou 11.743 ocorrências de palavras, com 1.832 formas distintas.

As categorias identificadas estão apresentadas na Tabela 1, distribuídas entre a atuação profissional da equipe de enfermagem e a percepção materna acerca das orientações recebidas.

Tabela 1. Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual. Jequié - BA, 2024

Repartição	Categoria	Análise lexográfica		
		Subcategoria	X <sup>2</sup>	%
Conduta profissional e orientações realizados pela equipe de enfermagem	Crescimento e Desenvolvimento (14,34%)	Acompanhamento	30.73	48.28
		Intercorrência	24.28	100
		Avaliar	17.41	53.85
	Critérios e parâmetros (13,55%)	Parâmetros	32.56	100
		Estimular	32.56	100
		Orientação	20.6	71.43
	Referência e contrarreferência (15,94%)	Encaminhar	35.57	53.33
		Referência	26.17	85.71
		Pediatra	18.35	44.44
	Atuação profissional (11,55%)	Unidade	49.64	75
		Diferente	23.39	80
Encaminhar		21.03	36.67	
Percepção materna a cerca as orientações das equipes de enfermagem	Atos do nascer (13,28%)	UTI	66.24	81.82
		Gestação	50.54	72.73
		Peso	14.13	41.67
	Cuidados necessários (14,08%)	Hospital	63.14	66.67
		Amamentar	42.14	85,71
		USF	30.4	66.67
	Gestar com segurança (17,28%)	Enfermeiro	21.77	37.04
		Celular	37.94	100
		Ajudar	33.13	72.73
		Mãe	15.5	29.82

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 1 evidencia que, no âmbito profissional, as categorias “Crescimento e desenvolvimento”, “Critérios e parâmetros”, “Referência e contrarreferência” e “Atuação profissional” refletem as práticas rotineiras da equipe de enfermagem. Na perspectiva materna, destacam-se as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”, relacionadas à experiência vivenciada durante a gestação, nascimento e cuidado com a criança. A seguir, as categorias são discutidas de acordo com a perspectiva de cada grupo.

### **Categoria profissional de enfermagem**

A partir da Tabela 1, identificou-se a atuação da equipe de enfermagem e as estratégias de educação em saúde desenvolvidas, especialmente por meio de orientações às genitoras, fundamentadas nos critérios de desenvolvimento infantil preconizados pelo Ministério da Saúde. Para cada categoria, foram definidas três subcategorias, organizadas conforme a relevância para o estudo e os valores de associação ( $X^2$ ).

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro configura-se como um dos primeiros profissionais a ter contato com a criança após a alta hospitalar, desempenhando papel central na avaliação inicial e no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Embora os avanços na assistência neonatal tenham contribuído para a redução da mortalidade, a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde e em serviços especializados permanece essencial (Brasil, 2012).

No âmbito da prática profissional, destaca-se o acompanhamento sistemático do crescimento, com registro de peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), permitindo a identificação de alterações no estado nutricional e outros agravos. As ações de educação em saúde e a inserção da família no cuidado, por meio de orientações sobre alimentação, vacinação, higiene, prevenção de acidentes, aleitamento materno e introdução alimentar, constituem elementos centrais da Atenção Primária à Saúde (Higarashi e Malaquias, 2020).

Neste estudo, as categorias “Atuação profissional”, “Referência e contrarreferência”, “Crescimento e desenvolvimento” e “Critérios e parâmetros” representaram os principais eixos da atuação da equipe de enfermagem na Atenção Básica.

## **01: Atuação profissional**

Para a categoria “Atuação profissional”, foram consideradas as subcategorias “Unidade”, “Diferente” e “Encaminhar”. A “Unidade” foi compreendida como o espaço de atuação profissional, onde ocorrem a avaliação, o acompanhamento da criança e as orientações à família, incluindo ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, como grupos educativos, visitas domiciliares e atividades na Estratégia Saúde da Família (Santos et al., 2019).

Observou-se que há comunicação e troca de saberes entre os profissionais da própria unidade; no entanto, existem dificuldades na articulação com outros níveis de atenção, especialmente para encaminhamentos e continuidade do cuidado, como evidenciado nos relatos:

Aqui, a gente trabalha muito em conjunto com o médico, que passa as orientações necessárias, mas enquanto enfermeira da unidade neh, sou eu que atendo geralmente esses programas, certo, que tenho mais contato com os pacientes, a gente sempre orienta a questão do estímulo, primeiro ponto, da criança, viu que não é somente isso, que em casa tá funcionando, a gente vai encaminhar para os profissionais devidos, mas não deixando de dizer o que ele deve estar fazendo em casa... (Enf 03)

...é difícil conversar com outros setores, tanto para atendimento especializado, quanto para o hospital, tá todo mundo sobrecarregando, não tem vaga, e as vezes não conseguimos retorno sobre a situação de um paciente... (Enf 07)

A subcategoria “Diferente” refere-se à identificação de alterações no desenvolvimento infantil, que motivam encaminhamentos para avaliação especializada:

Quando eu olho algo diferente o meu procedimento é esse, encaminho para a pediatra, tenho uma vaga reservada para essa criança no turno da tarde, encaminho para a pediatra e aí a mamãe vai lá relata tudo o que está acontecendo com a criança, o que está sentindo. Eu mesma tenho crianças que foram encaminhadas pela pediatra para a neuropediatra...(Enf 04)

Em relação à subcategoria “Encaminhar”, verificou-se que o fluxo para especialistas, como pediatra e neuropediatra, é parte central do cuidado, porém marcado por limitações estruturais, como restrição de vagas e necessidade de deslocamento para outros municípios:

...se tiver qualquer anormalidade diferente da nossa consulta, encaminhamos ou para a nossa médica clínica ou para o pediatra da rede para ter uma consulta mais assertiva, não temos dificuldade para fazer esse encaminhamento para o pediatra na nossa rede... (Enf 02)

...Fazemos o encaminhamento, mas só temos uma unidade de referência, e não aceita todo o tipo de solicitação para o encaminhamento, na maioria das vezes a criança precisa ir para outro município ou falamos para a mãe correr atrás de outra forma também, para conseguir algo...(Enf 05)

Os achados evidenciam fragilidades na continuidade do cuidado, com dificuldades no sistema de referência e contrarreferência, o que compromete a integralidade da assistência, conforme apontado na literatura (Pereira e Machado, 2016; Aires et al., 2017; Andrade e Franchicheti, 2019; Santos et al., 2021).

Além disso, emergem questões sociais relevantes, como a vulnerabilidade econômica e a insegurança alimentar, que impactam diretamente o cuidado e o desenvolvimento infantil:

... por que as vezes eu pergunto assim oh mãe, comeu hoje. E a mãe fala que não teve nada para dar. Para mim isso é muito constrangedor sabe, ficar perguntando assim, com toda a sinceridade, se comeu carne, se comeu não sei o que, se comeu fígado, está entendendo, umas coisas ali que se você vê está difícil, se você vê uma verdura aqui está difícil pelo preço das coisas. ... Aquilo ali é só para constar para número, ou para ser feito alguma providência em cima daquilo ali? (Enf 04)

Essas condições reforçam que fatores sociais influenciam significativamente o desenvolvimento da criança e limitam a efetividade das ações de saúde (UNICEF, 2002; Moura et al., 2022).

Por fim, observa-se um distanciamento entre as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e a prática cotidiana, evidenciando limitações estruturais e sociais que interferem na qualidade e na integralidade do cuidado (Pereira e Oliveira, 2018).

## **02: referência e contrarreferência.**

Na categoria “Referência e contrarreferência”, foram identificadas as subcategorias “Encaminhar”, “Referência” e “Pediatra”, relacionadas à articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde na primeira infância .

A referência e contrarreferência configuram-se como mecanismos essenciais para a integralidade do cuidado, possibilitando o fluxo de informações e o acesso do usuário aos diferentes serviços de saúde (Andrade e Franchettini, 2019). No entanto, os relatos evidenciam fragilidades nesse processo.

Após a identificação de fatores de risco, a criança é inicialmente avaliada pela equipe da unidade e, quando necessário, encaminhada para o pediatra, neuropediatra ou serviços especializados, como o NUPREJ:

Tem no caso, de alguma criança que apresente alguma situação, alguma doença, se é prematuro, a gente encaminha para o NUPREJ por que lá tem o acompanhamento não só de um profissional, mas de vários, uma equipe multidisciplinar que vai atender a criança por conta dessa situação.(Enf 03)

Apesar da existência desse fluxo, destacam-se dificuldades relacionadas à limitação de vagas, critérios restritivos e necessidade de deslocamento para outros municípios:

A maior dificuldade é de estarmos encaminhando, devido a quantidade de crianças que são encontradas com alguma necessidade, é que seja motora, neurológica entendeu, e aí a gente sabe que tem que mandar de maneira imediata, por que quanto antes souber qualquer informação e mais cedo tratar, a criança vai se desenvolver melhor. Se a criança não consegue aqui, estão mandando para Salvador, via SERAJE (Enf 03)

Tem o NUPREJ como já te falei, mas encontramos essa dificuldade por não atender tudo o que se espera, talvez não seja uma coisa nossa e a gente tem percebido que a gente encaminha, mas eles precisam de outro fator, outra doença associada para que possa fazer o acompanhamento dessa criança, e mesmo assim não tem vaga para todo mundo (Enf 05)

Essas limitações comprometem o acesso ao acompanhamento especializado e ao follow-up, resultando em ações predominantemente curativistas e tardias.

A descontinuidade da assistência e a fragilidade na comunicação entre os níveis de atenção também foram evidenciadas, com ausência de retorno sobre os encaminhamentos realizados, conforme descrito na literatura (Moraes et al., 2023).

No que se refere à subcategoria “Pediatria”, observa-se que esse profissional é central no processo de diagnóstico e acompanhamento. Em casos sem alterações evidentes, o acompanhamento permanece na Atenção Primária, enquanto situações mais complexas demandam avaliação especializada:

A gente faz essa avaliação, mas ele não fica só na consulta de enfermagem a gente faz todo esse acompanhamento, faz a busca familiar, o histórico. e geralmente encaminha para a primeira consulta com pediatra ali, faz essa parceria. (Enf 07)

Aqui avaliamos em conjunto, eu e a médica clínica. Tenho visto, há pelo menos uns 2 anos, um aumento, devemos ter uns 10% de crianças com autismo do nascimento, tem que fazer uma estatística depois. Mas realmente observamos tudo, nossa médica é bem preocupada com isso, do desenvolvimento, psicológicos ela está bem atenta. (Enf 09)

Entretanto, a dificuldade de acesso ao neuropediatra foi recorrente nos relatos, limitando o seguimento adequado dos casos:

O neuropediatra é difícil para marcar, a gente encaminha e é difícil de conseguir, assim muitas mães deixam de lado porque não consegue neuropediatra, eu sempre falo era bom a gente ter, um exemplo que se uma criança precisar fazer esse tratamento, já ter os neuropediatras na secretaria de saúde disponíveis (Enf 08)

Além disso, observa-se que o encaminhamento para serviços especializados ocorre, majoritariamente, após a identificação de atraso no desenvolvimento, e não de forma preventiva para crianças com fatores de risco:

Eu já peguei aqui algumas crianças, no decorrer do tempo, 2 anos a gente foi notando, um ano e meio por aí foi notando que tinha uma coisa alterada, alguma coisa errada e em conjunto com pediatra, é uma luta. Eu falo com as mães, agiliza porque você vai ter que andar bastante, porque tem que andar, não desista, mas a gente vai ter que correr atrás, junto a SERAJE, para fazer exame, correr atrás para conseguir um neuropediatra e para fazer o acompanhamento dessa criança é luta, eu não tenho, não tenho uma referência, infelizmente não tem, se tivesse seria muito mais fácil. (Enf 01)

Embora as diretrizes nacionais e internacionais enfatizem a importância da intervenção precoce em crianças com fatores de risco, antes da instalação de atrasos no desenvolvimento (Brasil, 2016; WHO, 2018), os achados deste estudo indicam que, na prática, o cuidado ainda se concentra em ações reativas, sendo o encaminhamento para serviços especializados predominantemente realizado após a identificação de alterações no desenvolvimento (Moreira et al., 2017).

### 03: Crescimento e Desenvolvimento.

Para a categoria “Crescimento e Desenvolvimento”, foram consideradas as subcategorias “Acompanhamento”, “Intercorrências” e “Avaliar”, com nível de significância  $<0,001$ . Os relatos evidenciam que o acompanhamento da criança ocorre desde o período neonatal, com realização de consultas iniciais e seguimento contínuo na Atenção Primária:

...a gente acompanha desde o parto, então, a primeira consulta, com 7 dias a gente acompanha essa criança, no primeiro dia já vai fazer o teste do pezinho e já vai fazer também o teste da Linguinha que é um novo é indicativo que a gente tá preconizando agora que a gente já traz o dentista também para essa primeira consulta se o bebê vem com alguma indicação ou a gente já faz o encaminhamento tanto para o CAT quando é caso de sífilis ou já para o Clínico aqui mesmo antes de encaminhar para o pediatra porque o nosso médico aqui ele avalia primeiro e depois faz as encaminhamento, certo...” Percebe-se que há a necessidade de uma rede de atenção funcionante e organizada. Porém com esse fluxo poderá aumentar o tempo para um diagnóstico. (ENF 05)

Esse acompanhamento envolve a avaliação das condições gestacionais, do parto e das possíveis intercorrências neonatais, orientando a frequência das consultas conforme a necessidade da criança::

E nessa primeira consulta a gente avalia toda a criança, então a gente pesquisa desde a gravidez, como foi a gravidez, como foi o parto, se houve intercorrência nesse parto, se essa criança precisou fazer uso de UTI, de incubadora, se essa criança teve um bom desenvolvimento no nascimento, e a partir disso ela fica fazendo as consultas mensais no programa que já sai daqui agendado, no caso de uma criança prematura que precisa de um acompanhamento, digo assim, mais detalhado a gente até consegue fazer o agendamento por menos de um mês, daí a mãe vem e fica fazendo o acompanhamento, mas no geral sempre é consulta mensal. (ENF 05)

Observa-se que a prática avaliativa é guiada, em grande parte, pelos instrumentos e diretrizes do Ministério da Saúde, sem a utilização de protocolos específicos adicionais:

Não temos um questionário específico de avaliação do desenvolvimento não, seguimos o manual do Ministério da Saúde, que já tem as informações e as perguntas relacionadas a idade... (ENF 09)

Os achados indicam que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento está estruturado na rotina da Atenção Primária, incluindo avaliação clínica, monitoramento antropométrico e orientações à família. No entanto, evidencia-se que esse acompanhamento ocorre de forma padronizada, independentemente da presença de fatores de risco.

De acordo com as diretrizes nacionais, a Atenção Primária deve garantir acompanhamento contínuo, com ações de vigilância do desenvolvimento e cuidado integral à

criança (Brasil, 2012). Contudo, os resultados sugerem que, na prática, há limitação na diferenciação do cuidado para crianças com maior vulnerabilidade.

Estima-se que uma parcela significativa de crianças em países em desenvolvimento não atinja seu potencial pleno, reforçando a importância do acompanhamento sistemático e de intervenções oportunas no desenvolvimento infantil (Bombarda Muller e Consi, 2021; Figueiredo e Pedraza, 2023).

Apesar da existência de acompanhamento sistemático, observa-se ausência de diferenciação no cuidado de crianças com fatores de risco, indicando uma prática ainda centrada em protocolos gerais, com limitada individualização da assistência.

#### **04: Critérios e parâmetros**

Na categoria “Critérios e Parâmetros”, foram identificadas as subcategorias “Parâmetros”, “Estimular” e “Orientação”, relacionadas às estratégias de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil .

Os relatos evidenciam que a Caderneta da Criança e o Prontuário Eletrônico (PEC) são os principais instrumentos utilizados na prática profissional, servindo como referência para o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento e orientação às famílias:

A gente usa como parâmetro, a caderneta da criança, que já vem os gráficos de acompanhamento, do peso, estaturas e perímetro cefálico. Algumas, já vêm com orientações do desenvolvimento a cada mês. A gente sempre pede que as mães sempre leiam aquela caderneta neh e que se observe se a criança está fazendo o que se orienta, lógico que não é uma receita de bolo, mas ali pelo menos já dá um parâmetro para ver se a criança, está seguindo, se desenvolvendo de acordo com cada mês, cada fase dela. (Enf 05).

Geralmente o que que eu falo com a mãe eu vou mostrando como é que funciona no meu atendimento a gente tem o caderneta da criança que faz todo no nosso acompanhamento, ali a gente vai se baseando, não é um parâmetro Tão correto, mas a gente usa ali para ficar mais tranquilo em relação ao gráfico, mas em relação ao desenvolvimento eu vou falar uma mãe isso aqui geralmente nessa idade já era para estar fazendo isso aí eu explico para ela, lógico que tem algumas crianças que não são todas iguais, umas se desenvolve mais cedo outras mais tarde (Enf 08).

A gente tem dentro do nosso sistema, o PEC, tem algumas avaliações que a gente pode ver os marcos, tem uns gráficos que dá para a gente saber, ter uma conduta mais precisa para essa criança, dentro desses marcos, tem algumas perguntas, dentro da idade desse bebê, se tiver alguma coisa que não tá condizendo, o sistema mesmo nos dá essa ferramenta em dizer que tá em atraso no momento, se tiver qualquer anormalidade diferente da nossa consulta, encaminhamos ou para a nossa médica ou para a pediatra da rede (ENF 02).

Observa-se que a avaliação do desenvolvimento baseia-se predominantemente nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, associados à observação clínica e à escuta das mães:

...Por exemplo, esse paciente está sorrindo quando é estimulado, abre as mãos, já está emitindo sons, está movimentando os membros, entendeu, qualquer diferença nesses quesitos, situações que a gente já começa a sinalizar, por que ela já deveria estar sendo estimulada dessa forma e não está e se não estiver. Fora também a fala da mãe, por que não é somente aqui, conversando com a própria genitora, no caso, com quem fica com a criança a maior parte do tempo, ela também vai me dizer algumas coisas (ENF 03)

No que se refere às orientações em saúde, estas concentram-se, principalmente, em cuidados básicos, como alimentação, higiene, aleitamento materno e prevenção de acidentes:

As orientações que damos as mães, são as orientações de rotina de cuidados com o bebe, cuidado com queda, banho, limpeza da criança, a troca de fralda, até a gente observa, a mãe tirando a roupinha da criança, a gente percebe algumas práticas errôneas, ai nesse momento a gente já orienta entendeu, a questão do cuidado, da alimentação dessa criança, que só mamam no peito, a gente orienta essa mãe e o porquê disso... Depois disso orienta a questão da introdução da alimentação, como nós temos o formulário no PEC, marcador de consumo alimentar, tem uma avaliação de crianças de 0 a 5 meses, que a gente fala do aleitamento, 6 meses a 23 meses e a partir de 2 anos de idade... Com relação ao desenvolvimento, quando elas referem, eu percebo que o filho chora muito, quer se morder. Subentende-se que esse não seja o comportamento de um bebê, então a gente orienta que a mãe observe essa criança veja se teve alguma situação que desencadeou, se for o autismo, principalmente depois da pandemia temos muitíssimos casos. (ENF 05)

Além disso, os profissionais destacam a necessidade de cautela na comunicação sobre possíveis atrasos no desenvolvimento, devido ao risco de afastamento da família do acompanhamento:

Damos as orientações sobre o desenvolvimento, mas as vezes é difícil por que se você não tem um trato, para explicar bem, ter aquele papo, essa família meio que desaparece. A gente tenta orientar que o desenvolvimento esperado para a criança não foi alcançado e que tem esses encaminhamentos para passar, realmente quando está na consulta aqui comigo a gente encaminha para a médica, ela avalia e solicita ou NUPREJ ou avaliação com o neuropediatra e sai com o pedido de avaliação com a equipe multidisciplinar. A gente não faz diagnóstico, só que está com um atraso e a gente acompanha essa família junto com o ACS para a gente não perder essa família, e as vezes a gente perde. (ENF 09)

Embora o uso do prontuário eletrônico contribua para a padronização das avaliações e melhoria na comunicação entre profissionais, ainda existem limitações relacionadas à integração entre os serviços e ao funcionamento do sistema (Igarashi et al., 2022; Brondani et al., 2016).

De modo geral, os achados indicam que a prática profissional está baseada em parâmetros padronizados e orientações generalistas, com pouca individualização do cuidado para crianças com fatores de risco, mantendo-se próxima de um modelo assistencial ainda centrado em ações rotineiras (Bombarda Muller e Consi, 2021).

Apesar da utilização de instrumentos padronizados, observa-se predominância de uma prática centrada em orientações gerais, com limitada incorporação de estratégias específicas para crianças com fatores de risco ao desenvolvimento.

### **Categoria Família**

A percepção familiar, especialmente das genitoras, sobre a equipe de saúde e o acompanhamento de crianças com fatores de risco ao desenvolvimento evidencia a relação estabelecida entre os profissionais e a comunidade, bem como o acolhimento e a participação no processo de cuidado.

A partir da análise dos discursos, foram identificadas as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”. Essas categorias refletem a importância da equipe de saúde no apoio à família, tanto na orientação quanto no cuidado ao longo da gestação, nascimento e acompanhamento da criança.

#### **01: Atos do nascer**

Na categoria “Atos do nascer”, foram consideradas as subcategorias “UTI”, “gestação”, “nascer” e “peso”, que abrangem a trajetória gestacional, as complicações do parto e a vivência do internamento neonatal. Observou-se predominância de baixo peso ao nascer entre os participantes, associado a intercorrências gestacionais.

Os relatos evidenciam a atuação da enfermagem na identificação de riscos e encaminhamento para o parto:

Minha gestação foi conturbada, tive pressão alta, quase morri, foi já no final, no 7º mês, teve que tirar antes, foi com 8 meses, 34 semanas, a pressão estava de 17 x 8, eu chorava, ficava com medo, uma sensação de medo. Tive um parto cesárea, fui no posto de saúde, a enfermeira viu a pressão alta, me encaminhou para o hospital, e tive meu bebê lá...(Fam 07)

Meus pêns ficaram inchados, senti muita dor de cabeça e dor na nuca. Fui algumas vezes para o hospital a pressão alta, os enfermeiros me medicaram algumas vezes e me mandavam para casa... No dia do parto teve descolamento de placenta, as 3 horas fui ao banheiro e sangrei, a enfermeira, chamou a médica, ela não me examinou, chamou

outro enfermeiro e quando fez o toque, ele viu que era descolamento, fui direto para a sala da cirurgia. (Fam 05)

Além disso, destacam-se complicações como hipertensão e descolamento de placenta, reforçando a importância da assistência qualificada no período gestacional.

A associação entre prematuridade, baixo peso e necessidade de internação em UTI neonatal foi recorrente, evidenciando maior vulnerabilidade dessas crianças:

Meu parto foi normal, demorou, as enfermeiras falavam para eu andar, fazer movimento para ele nascer logo, ele demorou muito para nascer. Quando nasceu, elas falaram que ele engoliu cocô e precisou ficar na UTI. Ficou por 25 dias, usou um tubo para respirar, depois um caninho no nariz. Quando ele já estava mamando, teve alta e eu trouxe ele para casa. As enfermeiras me falaram como cuidar dele em casa (Fam 10).

Bebês com fatores de risco biológicos, principalmente associados ao parto prematuro, necessitam normalmente de hospitalização prolongada e internamento em terapia intensiva. Devido à imaturidade imunológica e ao internamento, são mais propensos a infecções e à interrupção do aleitamento materno. Como consequência, há maior propensão a alterações neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Martins et al., 2016; Carvalho e Oliveira, 2023).

Após o parto só veio o G1 que é o maior, só que o G2 ficou na incubadora, que se passasse um dia não nascia, morria, se fosse normal, não aguentava nascer pelo canal vaginal. Ele engoliu o líquido amniótico e estava com a boca espumando, também era muito pequeno, nasceu com 1320gr, o médico foi rápido, colocou ele em um capacete e colocou um cano para tirar o líquido todo. (Fam 02)

Tais condições estão relacionadas a maior risco de alterações no desenvolvimento, exigindo acompanhamento contínuo e cuidado ampliado (Martins et al., 2016; Carvalho e Oliveira, 2023).

Os achados também evidenciam a importância do apoio e das orientações da equipe de saúde durante gestação, parto e internação, contribuindo para a segurança materna e o cuidado com o recém-nascido (Leal et al., 2021; Elias et al., 2021).

## **.02: Cuidados necessários.**

Na categoria “Cuidados necessários”, as subcategorias “Hospital”, “Amamentar”, “USF” e “Enfermagem” evidenciam a continuidade do cuidado e a relação entre os serviços de saúde.

Os relatos indicam fragilidade na articulação entre os níveis de atenção, com assistência percebida como segmentada pelas genitoras:

... fui no posto de saúde, a enfermeira viu a pressão alta, me encaminhou para o hospital, no pré natal de risco, fiquei aguardando me chamarem, mas nunca fui chamada lá, foi que comecei a falar com a agente comunitária e fui no posto de saúde, falei com a enfermeira daqui, e nesse dia após passar pela médica, ela me mandou para o hospital, falar que eu estava passando mal, fizeram exame, e viram que neném estava abaixo do peso, aí fiquei internada.(Fam 07)

Meu filho ficou 3 meses na UTI, foi intubado, usou um caninho no nariz, oxigênio. Com tanto tempo meu leite secou, não consegui amamentar. Quando ele saiu da UTI fez as avaliações do centro de reabilitação, no posto de saúde, não consegui vaga para fazer o acompanhamento no NUPREJ, tentei fisioterapia na UESB, mas não consegui, aí tive que fazer no privado... (Fam 03)

A dificuldade no aleitamento materno foi recorrente, especialmente em casos de prematuridade e internação prolongada. Observa-se que a atuação da enfermagem é fundamental no apoio ao aleitamento e no cuidado domiciliar, porém limitada por fatores estruturais e condições clínicas do recém-nascido (Elias et al., 2021; Barbosa et al., 2020).

Quando eu voltei para casa com ela, não estava conseguindo amamentar, nesse período de 15 dias ela só perdia peso, foi prematura. Tive que levar no hospital às pressas, quando cheguei a glicemia dela estava de 50 e perdeu 1.3 de peso... (Fam 04)

Além disso, dificuldades de acesso aos serviços especializados levam as famílias a buscar atendimento no setor privado:

A enfermeira me falou que tive sífilis, mas fiz exame no particular e deu negativo, então não tive. Tive os meninos com 37 semanas, foi cesáreo, e vinha conversando com a enfermeira daqui ela falou, vá para o hospital. (Fam 03)

A vulnerabilidade socioeconômica também emerge como fator que interfere no seguimento do cuidado e no desenvolvimento infantil (Grantham-McGregor et al., 2007; Oliveira et al., 2020).

### **03: Gestar com segurança.**

A categoria “Gestar com segurança” abrange as subcategorias “Ajuda”, “Mãe” e “Celular”, relacionadas ao suporte recebido durante a gestação e cuidado com a criança.

Os relatos evidenciam a importância do apoio institucional e da equipe multiprofissional no acompanhamento do desenvolvimento:

Ele faz acompanhamento no ambulatório do hospital e no posto de saúde. As meninas estão ajudando muito ele. Hoje ele está bem porque os dois locais me ajudam muito.

Ele já teve quer ir para o hospital por causa de uma gripe e as enfermeiras tudo me ajudaram, se não fossem elas e do hospital seria difícil.(Fam 10)

O suporte familiar também se destaca como elemento essencial no cuidado:

Quando chegamos em casa foi bom, foi minha mãe que me ajudou, ela que me ensinou tudo, que cuidou da menina, mas também não lembro muita coisa, ela que cuidava mais que eu...(Fam 08).

Por outro lado, o uso excessivo de tecnologias, especialmente o celular, foi apontado como fator que pode interferir negativamente no desenvolvimento infantil:

Ele é uma criança muito amorosa, carinhosa, mas o lado das coisas dele ou tipo se ele quiser uma coisa e não der aí ele fica agitado e ele é movido a celular tudo dele é celular se ele tiver chorando aqui agora eu pegar o celular, e dá, ele parar de chorar. E a gente não consegue mais controlar esse vício do celular dele... (Fam 01).

Apesar disso, as tecnologias também se apresentam como ferramentas de comunicação entre profissionais e usuários, facilitando o acesso à orientação em saúde (Santos et al., 2021; Toquetto et al., 2021).

Os achados reforçam que o desenvolvimento infantil está diretamente relacionado ao contexto familiar, social e afetivo, sendo a família elemento central no processo de cuidado (Ferreira et al., 2020; Azevedo, 2020).

Os achados evidenciam que o cuidado à criança com fatores de risco se organiza de forma fragmentada entre os níveis de atenção, sendo a família elemento central na sustentação desse processo, muitas vezes suprindo lacunas do sistema de saúde

## ANÁLISE DE SIMILITUDE

A Análise de Similitude, ao correlacionar as condutas dos enfermeiros com a percepção das famílias, evidenciou o termo “gente” como núcleo central, indicando a dimensão relacional e humana no processo de cuidado. Esse achado reforça a importância do vínculo entre profissionais e usuários no acompanhamento da criança.

A associação com o termo “falar”, embora mais periférica, destaca a comunicação como elemento estruturante da educação em saúde, evidenciando uma interação bidirecional entre enfermeiros e famílias, especialmente no contexto da gestação, parto e hospitalização.

O termo “criança” aparece como eixo articulador do cuidado, representando tanto a avaliação técnica realizada pela equipe quanto o envolvimento afetivo da família no desenvolvimento infantil. Já o termo “mãe” evidencia seu papel central no acompanhamento e na continuidade do cuidado, desde o período gestacional até o desenvolvimento da criança.



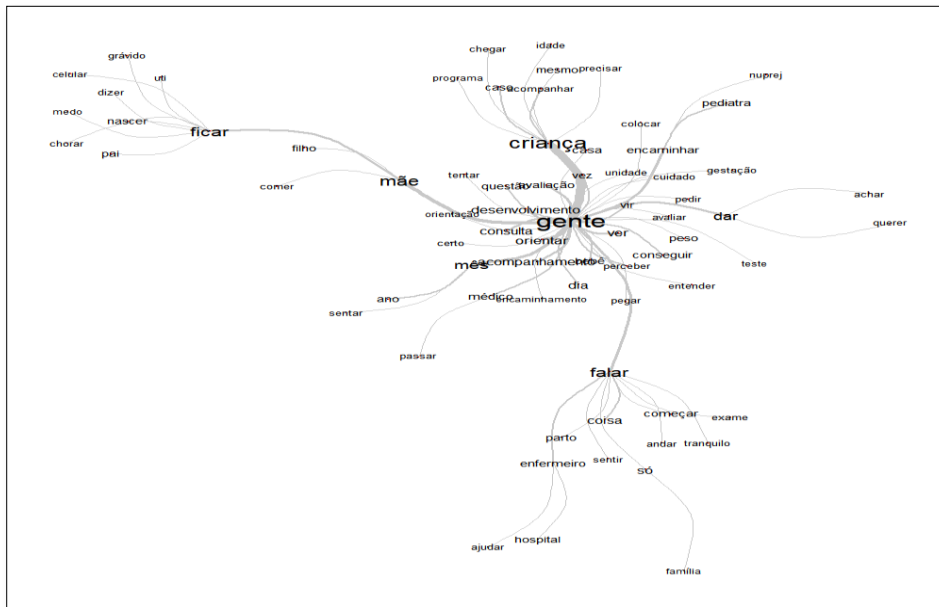


Figura 3. Análise de similitude do cruzamento de dados entre enfermeiros e mães acerca das informações de saúde. Jequié – BA. 2024

A centralidade do termo ‘gente’, associada à posição periférica da comunicação, sugere que, embora o cuidado seja fortemente relacional, ainda há fragilidades na sistematização das práticas educativas em saúde

## CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciou-se a atuação do enfermeiro no cuidado em puericultura no contexto de crianças com fatores de risco biológicos, bem como a percepção materna sobre esse acompanhamento. Observou-se que o enfermeiro exerce papel fundamental na Atenção Básica, especialmente no acolhimento, avaliação e orientação às famílias, sendo referência no cuidado à gestação e ao desenvolvimento infantil.

Entretanto, essa atuação mostra-se limitada por entraves estruturais, principalmente relacionados ao sistema de referência e contrarreferência, além das condições socioeconômicas das famílias assistidas. Tais fatores impactam diretamente na continuidade e na qualidade do cuidado.

Na perspectiva das genitoras, o enfermeiro é reconhecido como figura central no apoio durante a gestação e após o nascimento. Contudo, a interação com os serviços de saúde é fragilizada pela organização do sistema, dificultando o acesso a acompanhamento especializado e integral.

Os achados evidenciam que o cuidado à criança com fatores de risco ocorre de forma fragmentada, com baixa cobertura de serviços especializados. Observa-se que o encaminhamento para acompanhamento multiprofissional ocorre, majoritariamente, após a identificação de atraso no desenvolvimento, enquanto crianças em situação de risco, sem sinais evidentes, permanecem restritas ao acompanhamento na Atenção Primária.

Esse cenário indica uma lacuna entre as diretrizes preconizadas e a prática assistencial, especialmente no que se refere à intervenção precoce. Embora os documentos oficiais orientem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ainda há limitações na implementação de estratégias preventivas voltadas às crianças com fatores de risco.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde, garantindo o acesso ao acompanhamento precoce e contínuo, com foco na prevenção de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2014.
- ANDRADE, S.; FRANCISCHETTI, R. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde & Transformação Social*, v. 10, n. 1-3, p. 54–64, 2020. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 22 set. 2024.
- AZEVEDO, C. et al. Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*, v. 10, n. 9, p. 40216–40220, 2020.
- BARBOSA, T. A. et al. Support network and social support for children with special health care need. *Revista Rene*, v. 17, n. 1, p. 60–66, 2016.
- BARBOSA, D. J.; VASCONCELOS, T. C.; GOMES, M. P. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 11, n. 1, p. 80–87, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília, 2016.
- BRONDANI, J. E. et al. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2016.
- BOMBARDA MÜLLER, A.; CONSI, B. M. Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. *APS em Revista*, v. 3, n. 3, p. 182–193, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i3.162.
- BURIOL, V. C. S. et al. Temporal evolution of the risk factors associated with low birth weight rates in Brazilian capitals (1996-2011). *Population Health Metrics*, v. 14, n. 1, p. 15, 2016.
- CARVALHO, R. M. S.; OLIVEIRA, M. A. S. Baixo peso ao nascer associado a fatores de risco maternos e neonatais. *Revista Sustinere*, v. 11, n. 1, p. 251–262, 2023.

- DESALE, M. et al. Ending preventable maternal and newborn deaths due to infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 36, p. 116–130, 2016.
- ELIAS, E. A.; PINHO, J. P.; OLIVEIRA, S. R. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 2, 2021.
- FERREIRA, F. A. et al. Puericulture consultation: problems found in children under two years old. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, 2019.
- FREITAS JÚNIOR, S. R. Qualidade dos registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 12, 2020.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. Early child development in developing countries. *The Lancet*, v. 369, n. 9564, p. 824–828, 2007.
- HIGARASHI, I. H.; MALAQUIAS, T. S. M. A assistência à criança e a puericultura no contexto histórico. *Revista Eletrônica Polidisciplinar Voos*, v. 16, n. 1, 2023.
- IGARASHI, M. K. W.; RODRIGUES, M. S.; RICCI, G. P. Contribuições do prontuário eletrônico para a assistência de enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, 2022.
- JUSTINO, D. C. P. et al. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil. *Revista Ciência Plural*, v. 5, n. 1, p. 71–88, 2019.
- LEAL, S. L. S.; OLIVEIRA, E. R.; PESSOA, M. L. F. Uso da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento. *Revista de APS*, v. 24, 2022.
- MARTINS, C. B. G. et al. Crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Avances en Enfermería*, v. 33, n. 3, p. 401–411, 2016.
- MORAES et al. Estratégia Saúde da Família e a saúde da criança no extremo sul da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 144–162, 2023.
- MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças com condições crônicas complexas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 11, 2017.
- MOURA, C. S. et al. Estratégias de promoção da saúde na primeira infância. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe5, p. 45–56, 2022.
- MUNHOZ GAÍVA, M. A. et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, v. 36, n. 1, 2018.
- OLIVEIRA, J. S. et al. Facilidades e dificuldades no seguimento ambulatorial de crianças de risco. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 4160–4174, 2020.
- ORTEGA, M. A. F. et al. Sistemas de referência e contrarreferência na América Latina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 2, p. 37–45, 2016.
- PEDRAZA, D. F.; LINS, A. C. Complicações clínicas na gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 3, p. 5329–5350, 2021.
- PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. Referência e contrarreferência na reabilitação. *Physis*, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.
- PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 6, p. 627–635, 2018.
- SANTOS, G. et al. Contribuições da primeira infância para o desenvolvimento infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 11, n. 1, p. 67–73, 2019.
- SANTOS, J. C. et al. Uso do WhatsApp na saúde: revisão integrativa. *REME*, v. 25, 2021.
- SILVA, M. E. A. et al. Doença crônica na infância e vínculos familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, 2018.
- SILVA, M. C. L.; BOUSSO, R. S. Abordagem à família na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1250–1255, 2011.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 20, n. spe, p. 263–271, 2011.

- SOUSA, L. L.; CARVALHO, J. B. Uso abusivo de telas na infância. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 2, 2023.
- TOQUETTO, V. et al. WhatsApp como recurso para educação em saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 12, p. 118496–118509, 2021.
- UNICEF; WHO. *Children in the new millennium: environmental impact on health*. Nairobi: UNEP, 2002.
- VAICHULONIS, C. et al. Avaliação da assistência pré-natal. 2021.
- WHO. *Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief*. Geneva, 2014.

## 7 CONCLUSÃO

A presente tese evidenciou que o desenvolvimento de crianças com fatores de risco biológicos e socioemocionais é resultado da interação entre condições clínicas, contexto familiar e organização dos serviços de saúde. Observou-se elevada ocorrência de fatores de risco ao nascimento, especialmente prematuridade e baixo peso, em consonância com a literatura nacional.

A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde mostrou-se fundamental no acolhimento, avaliação e acompanhamento dessas crianças e suas famílias. Contudo, essa atuação é limitada por entraves estruturais do sistema de saúde, especialmente no que se refere à articulação entre os níveis de atenção e à oferta de serviços especializados.

Os achados evidenciam que o cuidado à criança com fatores de risco ocorre de forma predominantemente reativa, sendo o encaminhamento para acompanhamento especializado realizado, em sua maioria, apenas após a identificação de atraso no desenvolvimento. Dessa forma, crianças em situação de risco, sem sinais evidentes, permanecem restritas ao acompanhamento na Atenção Primária, sem acesso a estratégias sistemáticas de intervenção precoce.

Nesse contexto, a família assume papel central na sustentação do desenvolvimento infantil, especialmente por meio da afetividade, do estímulo e da adaptação às condições impostas pelo risco. As experiências relacionadas à gestação, parto e período neonatal, incluindo internação em UTI, influenciam diretamente a construção do vínculo materno-infantil, conforme discutido à luz da teoria de Wallon.

Evidencia-se, portanto, uma lacuna entre as diretrizes preconizadas pelas políticas públicas e a prática assistencial, particularmente no que se refere à intervenção precoce. Torna-se necessário o fortalecimento da organização dos serviços de saúde, com ampliação do acesso a programas de follow-up e estratégias de acompanhamento contínuo, visando à prevenção de atrasos no desenvolvimento e à promoção do desenvolvimento integral da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AINSWORTH, M. D. S. Maternal sensitivity scales: the Baltimore longitudinal project. Baltimore, 1969. Disponível em: [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda\\_sens\\_coop.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda_sens_coop.pdf). Acesso em: 23 set. 2024.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2014.
- ALMEIDA, A. C. et al. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children: systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 1, p. 122–131, 2016.
- ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 23 set. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, R. S. et al. Principais instrumentos para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 60393–60406, 2020.
- BELLMAN, M.; BYRNE, O.; SEGE, R. Developmental assessment of children. *BMJ*, v. 346, e8687, 2013.
- BRANJERDPORN, G. et al. Infant developmental outcomes: influence of prenatal maternal–fetal attachment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 4, p. 2433, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília, 1984.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília, 2016.
- BORELLA, M. P.; SACCHELLI, T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, v. 17, n. 2, p. 161–169, 2009.
- BOWLBY, J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artmed, 1989.

- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- CALDAS, M. S.; MIRANDA, W. S. A teoria mimética e a crítica à antropologia psicanalítica. *Revista Poiesis*, v. 28, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/poiesis/article/view/8077>. Acesso em: 23 set. 2024.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006.
- CAVALCANTE, R. Henri Wallon, afeto e aprendizagem: um percurso teórico. 2018. Dissertação.
- COSTA, J. C. Neurodesenvolvimento e os primeiros anos de vida: genética versus ambiente. *RELADEI*, v. 7, n. 1, p. 52–60, 2018.
- CRESPI, L.; NORO, D.; NÓBILE, M. F. Neurodesenvolvimento na primeira infância. *Ensino em Re-Vista*, v. 27, p. 1517–1541, 2020.
- CRUZ, E. J. S. et al. Uso da escala Bayley III em crianças brasileiras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 38, 2022.
- CUNHA, A. C. B. et al. Impacto da microcefalia no vínculo mãe-bebê. *Psicologia USP*, v. 33, 2022.
- FABRIS-ZAVAGLIA, M. M. et al. Maternagem de filhos com dificuldades graves. *Psico*, v. 53, 2022.
- FERREIRA, A. L.; ACIOLY-RÉGNIER, N. M. Contribuições de Henri Wallon. *Educar em Revista*, v. 26, n. 36, p. 21–38, 2010.
- FORMIGA, C. K. M. R. et al. Avaliação do desenvolvimento motor em prematuros. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 17, n. 2, p. 102–107, 2010.
- FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. Desigualdades na primeira infância. 2022. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em: 23 set. 2024.
- UNICEF. Relatório da situação mundial da infância. 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>. Acesso em: 23 set. 2024.
- WHO. Global nutrition targets 2025. Geneva, 2014.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- HIRVE, R. et al. Early childhood development interventions. *Archives of Disease in Childhood*, 2023.

- IRURITA-BALLESTEROS, C. et al. Saúde mental materna e desenvolvimento infantil. *Contextos Clínicos*, v. 12, n. 2, p. 451–475, 2019.
- LEITE, A. A.; SILVA, M. L. Teoria psicossocial de Erikson. *Debates em Educação*, v. 11, n. 23, p. 148–168, 2019.
- LIMA, C. S. O.; NÓBILE, M. F. Epistemologia genética. *Revista Brasileira de Pós-graduação*, v. 16, 2020.
- LOSH, M. et al. Birth weight and autistic traits. *Psychological Medicine*, v. 42, p. 1091–1102, 2011.
- MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. Afetividade e aprendizagem. *Psicologia da Educação*, n. 20, 2005.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Métodos qualitativos e quantitativos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239–262, 1993.
- MORAES, J. C. et al. O engatinhar. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 5, n. 2, p. 111–119, 1998.
- MORAIS, J. L. M. et al. Apego e sensibilidade materna. *Revista de Psicologia*, v. 13, n. 1, p. 112–125, 2022.
- NOBRE, C. S. et al. Caderneta da criança. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2022.
- NOVAKOSKI, K. R. M. et al. Aquatic physiotherapy in preterm infants. *Revista Brasileira de Cineantropometria*, v. 20, p. 566–575, 2018.
- OLIVEIRA, L. L. et al. Desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 4, p. 479–485, 2012.
- PATRÍCIO, S. F.; MINAYO, M. C. S. Cuidado na primeira infância. *Cadernos de Psicanálise*, v. 42, n. 43, p. 265–284, 2020.
- PESSOA, C. T.; COSTA, L. H. F. M. Identidade infantil. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 18, n. 3, p. 501–509, 2014.
- PIPER, M. C.; DARRAH, J. *Avaliação motora da criança*. São Paulo, 2020.
- PNUD. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. 2013.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 1, p. 149–157, 1994.
- SANTOS, L. S. et al. Desenvolvimento em prematuros. *Fisioterapia Brasil*, v. 22, n. 5, p. 637–648, 2021.
- SAUR, B. et al. Apego e desenvolvimento. *Revista de Pediatria*, v. 49, 2018.

- SILVA, A. K. et al. Conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 15, n. 3, p. 1–10, 2005.
- SILVA, D. L. Do gesto ao símbolo. *Educar em Revista*, 2007.
- SILVA, F. D. A. Processos afetivos. *Revista Nova Paideia*, v. 2, n. 2, 2021.
- SILVA, G. S. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 8, p. 3185–3200, 2020.
- SILVA, M. R. Desenvolvimento humano em Freud. *Revista Ibero-Americana*, v. 8, n. 4, 2022.
- SILVA, I. J. C. Desenvolvimento infantil. *Revista Ibero-Americana*, v. 8, n. 11, 2022.
- SONCINI, T. C. B. Prematuridade e neurodesenvolvimento. Dissertação.
- SOUSA, A. F. et al. Screening do desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 40, 2022.
- SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. Desenvolvimento infantil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 1097–1104, 2015.
- TUDELLA, E.; FORMIGA, C. *Fisioterapia neuropediátrica*. 2021.
- UNICEF; WHO. *Children in the new millennium*. Geneva, 2002.
- VIANA, P. V. B. A.; FURLAN, R. Vínculo e afetividade. *Psicologia em Revista*, v. 25, n. 2, p. 442–457, 2019.
- VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1998.
- WALLON, H. *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris: Boivin, 1934.
- WALLON, H. *De l'acte à la pensée*. Paris: Armand Colin, 1942.
- WALLON, H. *Psicologia da educação e da infância*. Lisboa: Editorial Estampa, 1975.
- WALLON, H. *As origens do pensamento na criança*. São Paulo: Manole, 1986.
- WALLON, H. *A evolução psicológica da criança*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- WALLON, H. *Do ato ao pensamento*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- ZEPPONE, S. C. et al. Monitoramento do desenvolvimento infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 4, p. 594–599, 2012.

## APÊNDICE I

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar de uma pesquisa científica.

Por favor, leia este documento com bastante atenção e, se você estiver de acordo, rubricue as primeiras páginas e assine na linha "Assinatura do participante", no ponto 8.

### 1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Livia Lessa de Oliveira Andrade*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Ana Cristina Santos Andrade*

### 2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

2.1. TÍTULO DA PESQUISA Conhecimento de familiares sobre o desenvolvimento de crianças com fatores de risco para o Desenvolvimento Neuropsicomotor.
2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa): <i>Para compreender como o conhecimento dos pais podem ajudar no desenvolvimento de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento infantil.</i>
2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos): <i>Esta pesquisa quer compreender como os pais visualizam o desenvolvimento de seu filho, após algum tipo intercorrência durante a gravidez, no parto ou no primeiro mês de vida que possam interferir no desenvolvimento saudável que necessite de acompanhamento da equipe de saúde.</i>

### 3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO: <i>Realizaremos uma entrevista, a qual será gravada, e esses dados serão reunidos e gerarão informações importantes sobre o desenvolvimento infantil.</i>
3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO: <i>Será realizada no centro de saúde a qual frequenta, em um momento de espera para a consulta de seu filho(a).</i>
3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO: <i>Máximo, 40 minutos.</i>

### 4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO       MODERADO       ALTO

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(75) 3528-9727 | cepq@uesb.edu.br

Rubricas:

#### 4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

*Poderá ocorrer desconforto ao responder alguma pergunta que considerar ser pessoal, que possa despertar alguma memória que seja de tristeza a algum fato ocorrido na gestação, nascimento ou no primeiro mês do seu bebê.*

#### 4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Para minimizar os possíveis desconfortos, a entrevista será interrompida a qualquer momento, e somente será retomada quando for de interesse do participante. Em complemento, em casos mais complexos, os pais serão encaminhados para um serviço de psicologia. Assegurando que as informações pessoais continuam em segredo, em nenhum momento será utilizado nome ou apelido. Gravação será guardada com códigos e somente quem terá acesso ao conteúdo serão os pesquisadores.

#### 5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

##### 5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

*A partir desta entrevista e das informações geradas será feito documentos científicos para melhorar as práticas e políticas públicas para o desenvolvimento infantil.*

##### 5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

*Será confeccionada uma cartilha para distribuição, e através dos dados resultantes um documento para as lideranças municipais, estaduais e nacionais que são responsáveis pelas diretrizes de desenvolvimento infantil.*

#### 6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

##### 6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

*R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*

##### 6.2. Mas e se você acabar gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

*R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.*

##### 6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

*R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*

##### 6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

*R: Não. Você só precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*

##### 6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

*R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*

##### 6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

*R: Nenhum.*

##### 6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nessa pesquisa?

*R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em publicações, como Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações, Teses, artigos em revistas, livros, reportagens, etc.*

##### 6.8. Os participantes não ficam expostos publicamente?

*R: Em geral, não. O(A) pesquisador(a) tem a obrigação de garantir a sua privacidade e o sigilo dos seus dados. Porém, a depender do tipo de pesquisa, ele(a) pode pedir para te identificar e ligar os dados fornecidos por você ao seu nome, foto, ou até produzir um áudio ou vídeo com você. Nesse caso, a decisão é sua em aceitar ou não. Ele precisará te oferecer um documento chamado "Termo*

de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos". Se você não aceitar a exposição ou a divulgação das suas informações, não o assine.

**6.9. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?**

*R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídas.*

**6.10. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?**

*R: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Há, também uma cartilha específica para tratar sobre os direitos dos participantes. Todos esses documentos podem ser encontrados no nosso site ([www2.uesb.br/comitedeetica](http://www2.uesb.br/comitedeetica)).*

**6.11. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?**

*R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

## 7. CONTATOS IMPORTANTES:

**Pesquisador(s) Responsável:** *Livia Lessa de Oliveira Andrade e Ana Cristina Santos Duarte.*

Endereço: **Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490.**

Fone: (73) 3528-9600 | E-mail: [livialessauesb@gmail.com](mailto:livialessauesb@gmail.com)

**Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP), Jequiezinho, Jequié-BA, CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

## 8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Jequié, BA. Clique aqui para inserir uma data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)



Impressão Digital  
(Se for o caso)

CEP/UESB

## 9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

Rubricas:



se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

**Jequié, BA** Clique aqui para inserir uma data.

---

*Assinatura do(a) pesquisador*

## APENDICE II


### FORMULÁRIO DE DADOS DOS NASCIMENTOS

A1	Iniciais do nome	_____
A2	Data do nascimento	___ / ___ / ___
A3	Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Ignorado
A4	Peso ao nascimento	_____
A5	Índice de APGAR	1º min ___ / ___ 5º min ___ / ___
A6	Detectada alguma anomalia?	( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Qual? _____
A7	Local do parto	( ) Hospital ( ) Domicílio ( ) Estab. De saúde ( ) Outros
A8	Local de moradia da família - bairro	_____
A9	Nome da genitora	_____
A10	Nível de escolaridade	( ) sem escolaridade ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior
A11	Idade materna	_____
A12	Situação conjugal	_____
A13	Raça/ cor materna	_____
A14	Raça/ cor do bebê	_____
A15	G/P/A	___ / ___ / ___
A16	Data da última menstruação	_____
A17	Semanas gestacionais	_____
A18	Tipo de gravidez	( ) Única ( ) Dupla ( ) Tripla ( ) Ignorado
A19	Apresentação	( ) Cefálica ( ) Pélvica ( ) Transversal ( ) Ignorado
A20	Tipo de parto	( ) Vaginal ( ) Cesáreo ( ) Ignorado

# ANEXO I

Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo

## Anexo I - Formulário da Declaração de Nascido Vivo



**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

**Declaração de Nascido Vivo**

**I - Identificação do Nascimento**

1 Nome do recém-nascido

2 Data e hora do nascimento

3 Sexo

4 Peso ao nascer

5 Índice de Apgar

6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito?

**II - Local de ocorrência**

7 Local de ocorrência

8 Endereço da ocorrência, se fora do estáb. ou da resid. da Mãe

9 Bairro/Distrito

10 Código

11 Município de ocorrência

12 Código

13 UF

**III - Mãe**

14 Nome da Mãe

15 Escolaridade (última série concluída)

16 Ocupação habitual

17 Data nascimento da Mãe

18 Idade

19 Nacionalidade da Mãe

20 Situação conjugal

21 Raça / Cor da Mãe

22 Residência da Mãe

23 Logradouro

24 Bairro/Distrito

25 Código

26 Município

27 Código

28 UF

**IV - Pai**

29 Nome do Pai

30 Idade do Pai

**V - Gestação e parto**

31 Histórico gestacional

32 Gestação atual

33 Parto

**VI - Anomalias congênicas**

34 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênicos observados

**VII - Preenchimento**

35 Data do preenchimento

36 Nome do responsável pelo preenchimento

37 Função

38 Tipo documento

39 Nº do documento

40 Órgão emissor

**VIII - Cartório**

41 Cartório

42 Registro

43 Data

44 Município

45 UF

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

## ANEXO II

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA: FAMÍLIAS

#### Bloco de vida:

1. Conte um pouco de sua história de vida, até a maternidade/ paternidade e o impacto dessa gestação na sua realidade.
2. Como a família reagiu e apoiou essa gestação.

#### Bloco gestação:

3. Como você lembra da descoberta da gestação e todo o processo de até o nascimento do bebê
4. Como você foi preparada (o) para a chegada do bebê. Profissionais de saúde, círculo social, segurança afetiva, busca ativa por conhecimento

#### Bloco parto:

5. Descreva a experiência do seu parto, desde o apoio, a instituição, até a alta hospitalar
6. Caso tenha apresentado alguma intercorrência, descreva como se sentiu, como tudo ocorreu

#### Bloco adaptação a chegada do bebê

7. Como você pode descrever a chegada do bebe

#### Bloco desenvolvimento

8. Me fale sobre o desenvolvimento do bebê, com detalhes, desde o sustentar da cervical, até as primeiras reações comportamentais
9. Algo no desenvolvimento te chamou a atenção
10. Você consegue descrever qual o suporte é dado pela rede de saúde para o desenvolvimento do seu bebê

#### Bloco emoções

11. Como é o seu relacionamento com o seu bebê
12. Como você se sentiu e se sente diante de uma possibilidade de alteração do desenvolvimento do seu bebê

### **ANEXO III**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

1. Dentre a sua prática profissional como é acompanhado o desenvolvimento do bebê
2. Quando o bebê apresenta algum fator de risco para o desenvolvimento é realizada alguma triagem ou avaliação
3. É utilizado nesta unidade de saúde algum instrumento de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento do bebe
4. Existe alguma referência e contra referência de instituições que acompanhe o desenvolvimento do bebê nesta unidade
5. Como é feita a orientação a familiares sobre o desenvolvimento do bebê

### **ANEXO IV**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento de familiares sobre o desenvolvimento de crianças com fatores de risco para o Desenvolvimento Neuropsicomotor.

**Pesquisador:** LIVIA LESSA DE OLIVEIRA ANDRADE

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 69196623.6.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.266.884

#### **Apresentação do Projeto:**

Conforme as pesquisadoras "o desenvolvimento neuropsicomotor é uma das principais etapas para a evolução humana, e compreende a maturação orgânica e psíquica para a função independente. A existência de algum fator que leve a alteração neste desenvolvimento pode comprometer a vida de um ser humano por toda a existência. Neste propósito é objetivado a analisar a percepção dos pais com relação ao desenvolvimento de filhos que apresentem fatores de risco para transtornos globais do desenvolvimento. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritivo, transversal e exploratório, que será realizada em dois centros de saúde do município de Jequié - Ba que possuem atuação no Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança com os pais de crianças até 2 anos com suspeita de alteração no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM). Será realizada uma triagem de crianças nascidas e atendidas na USF Julia Magalhães e Jequié, após serão selecionadas 10 famílias e utilizados o Inventário de Desenvolvimento Infantil (KIDI) e uma entrevista semiestruturada sobre o relacionamento com o bebê, rotinas e medos e incertezas do prognóstico. Será realizada análise dos dados quantitativos pelo software Epi-info, através das medidas frequência, média e desvio-padrão. Para os dados qualitativos, Análise de conteúdo de Bardim".

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIÉ  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** capjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.205.034

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos pais com relação ao desenvolvimento de seus filhos que apresentem fatores de predisposição para alteração do Desenvolvimento Neuropsicomotor.

Objetivos Secundários:

- 1 - Identificar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil até os 2 anos;
- 2 - Verificar como é realizada a orientação aos pais sobre os cuidados e desenvolvimento de crianças até 2 anos;
- 3 - Conhecer os fatores que dificultam e/ou facilitam o desenvolvimento das crianças de até 2 anos com predisposição para transtornos globais do desenvolvimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos presentes da participação nesta pesquisa e se dá de cunho emocional, devido a busca na memória de informações e lembranças de fatores na gestação, no parto ou no primeiro mês de vida que possa comprometer o desenvolvimento adequado do bebê.

Benefícios:

Será realizado um treinamento sobre o Desenvolvimento Infantil com as famílias participantes e com profissionais de saúde, assim como a confecção de um material didático de divulgação dos resultados da pesquisa e de educação em saúde para orientação aos pais sobre os marcos esperados do desenvolvimento infantil. Concomitante, será produzido um documento com os dados da pesquisa para lideranças municipais, estaduais e nacionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de tese do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2083721.pdf 19/08/2023 15:42:42 - OK
- termodecompromissoversao2.pdf 19/08/2023 15:42:18 - OK
- CRONOGRAMAversao2.docx 19/08/2023 15:37:05 - OK

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 6.295.884

- projetoversao2.docx 19/08/2023 15:36:03 - OK
- compromisso\_Livia.pdf 25/08/2023 12:37:24 - OK
- TCLE\_CEPversao2.docx 19/08/2023 15:34:15 -, OK
- autorizacao\_coleta\_dados.jpeg 25/04/2023 16:31:46 - OK
- Termo\_uso\_de\_imagens.docx 25/04/2023 16:28:50 - OK
- Orcamento.docx 05/04/2023 21:06:19 - OK
- img20230405\_20273972.pdf 05/04/2023 20:28:21 - OK

**Recomendações:**

Ver Conclusões.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pesquisadoras sanaram as pendências apontadas no protocolo de pesquisa.

Salienta-se que durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB autorizou a liberação do parecer do relator por ad referendum.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	compromisso_Livia.pdf	25/08/2023 12:37:24	Leandra Eugenia Gomes de Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2083721.pdf	19/08/2023 15:42:42		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissoversao2.pdf	19/08/2023 15:42:18	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAversao2.docx	19/08/2023 15:37:05	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoversao2.docx	19/08/2023 15:36:03	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEPversao2.docx	19/08/2023 15:34:15	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA ANDRADE	Aceito

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.265.884

Outros	autorizacao_coleta_dados.jpeg	25/04/2023 16:31:46	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_uso_de_imagens.docx	25/04/2023 16:28:50	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	05/04/2023 21:06:19	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	img20230405_20273972.pdf	05/04/2023 20:28:21	LIVIA LESSA DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 28 de Agosto de 2023

---

**Assinado por:**

**Leandra Eugenia Gomes de Oliveira  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

## **ANEXO V**

## AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)

Eu, Marlon Pereira dos Santos, ocupante do cargo de *Secretário de Saúde* do(a) *Secretaria de Saúde do município de Jequié/ Ba*, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado *Conhecimento de familiares sobre o desenvolvimento de crianças com fatores de risco para o Desenvolvimento Neuropsicomotor*, dos pesquisadores *Livia Lessa de Oliveira e Ana Cristina Santos Duarte* após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Em tempo, asseguro dispormos da infraestrutura e dos recursos necessários para viabilizar a execução do procedimento, conforme explicitado no projeto, em atendimento à alínea "h" do ponto 3.3, e do item 17 do ponto 3.4.1, ambos do título 3 da Norma Operacional CNS nº 001/2013.

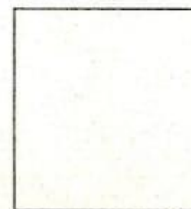
Jequié, BA, 20 de Abril de 2023



Ass. do(a) responsável pela autorização da coleta

Carimbo:

Marlon Pereira dos Santos  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto nº 23.542/2022



Impressão Digital  
(Se for o caso)