



Conhecimentos e Práticas de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Promoção do Desenvolvimento Infantil

Maria Wanderley de Lavor Coriolano Marinus, Luana Amorim,
Jaedson Capitó de Santana, Adelia Karla Falcão Soares, Mirelly
da Silva Barros

Resumo: Introdução: Os primeiros anos de vida são fundamentais para a promoção do desenvolvimento infantil, sendo relevante o apoio dos profissionais de saúde aos cuidadores, na perspectiva de promoção da saúde. **Objetivo:** analisar conhecimentos e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a promoção do desenvolvimento infantil dentro do seu cotidiano de trabalho, a partir dos pressupostos da teoria bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram 29 profissionais de três ESF, no município do Recife-PE. A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, as quais foram transcritas e analisadas com auxílio do software Atlas T.I, versão 8.0. Realizou-se codificação descritiva, posteriormente, a codificação analítica, a qual resultou em três categorias (Atenção à saúde da criança, Participação familiar no cuidado e Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde). **Resultados:** Os profissionais referem fatores individuais, além de fatores contextuais relacionados ao mundo do trabalho, os quais influenciam de forma direta nas ações relacionadas à vigilância do desenvolvimento infantil. **Conclusão e implicações para a prática:** A partir da interrelação dos diferentes componentes que interferem nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, ratifica-se a importância da compreensão desta temática a partir do modelo bioecológico, para fomentar ações de educação permanente a partir do ambiente de trabalho e das vivências desses profissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Desenvolvimento Infantil; Educação em Saúde; Pesquisa qualitativa.

Knowledge and Practices of Professionals of The Family Health Strategy on Promoting Child Development

Abstract: Introduction: The first years of life are fundamental for the promotion of child development. It is relevant the support of health professionals to caregivers, in the perspective of health promotion. **Objective:** to analyze the knowledge and practices of professionals from the Family Health Strategy (FHS) on the promotion of child development within their daily work, based on the bioecological theory of Human Development, by Bronfenbrenner. **Methods:** Descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Twenty-nine professionals from three FHS participated in the city of Recife-PE. Data collection took place from August to November 2018, through semi-structured interviews, which were transcribed and analyzed using the Atlas T.I software, version 8.0. Descriptive coding was carried out, later, the analytical coding, which resulted in three categories (Child health care, Family participation in care and Difficulties encountered by health professionals). **Results:** Professionals refer to individual factors, in addition to contextual factors related to the world of work, which directly influence actions related to the surveillance of child development. **Conclusion and implications for practice:** From the interrelationship of the different components that interfere in the knowledge and practices of health professionals in promoting child development, the importance of understanding this theme from the bioecological model is ratified, to promote educational actions from the work environment and the experiences of these professionals.

Keywords: Child development; Health Education; Primary Health Care; Qualitative research.

1. Introdução

O desenvolvimento infantil é definido pelo conjunto de processos sistemáticos de mudança e estabilidade, responsáveis por capacitar a criança a responder adequadamente às suas próprias necessidades e as do meio externo (Papalia, 2013).

A teoria bioecológica do desenvolvimento, define desenvolvimento, como processo de continuidade e de mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, enquanto indivíduos e grupos. O reconhecimento de que o desenvolvimento depende das variáveis relacionadas aos eventos e condições do ambiente, concede importância às políticas públicas em compreender os macrodeterminantes que influenciam diretamente nas relações estabelecidas entre famílias e crianças, na direção de prover cuidados responsivos e adequados (Petrucci, Borsa & Koller, 2016; Bronfenbrenner, 2012).

O modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo, explorado pelo autor, enfatiza a importância não apenas da mensuração de resultados do desenvolvimento, mas a relevância de processos proximais na relação cuidadores-crianças, em função de características não apenas das pessoas, mas do ambiente circundante e todas essas relações, mediadas inclusive pela cultura (Bronfenbrenner, 2012).

As relações estabelecidas entre adultos com a criança podem influenciar o desenvolvimento infantil. Evidências científicas revelam que cuidadores responsivos, sensíveis e afetuosos geram no bebê sensação de conforto, segurança e confiança, possibilitando que a criança se torne competente e autônoma para interagir com o ambiente ao seu redor. Com isso, intervenções precoces que fortaleçam esse cuidado parental com múltiplas estratégias educativas são essenciais (Roia et al., 2014; Macana, 2014).

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem acesso privilegiado às famílias e ao contexto social dos indivíduos, possibilitando a obtenção de informações sobre a realidade da vida das crianças. Outrossim, são responsáveis por orientar sobre cuidados com a saúde da criança, incluindo nutrição, crescimento e desenvolvimento e cuidados sensíveis às necessidades dessas crianças (Piccini, et al., 2007; Brasil, 2012).

Diante da relevância da temática para o desenvolvimento pleno das crianças, o estudo visa contribuir com a compreensão dos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde na perspectiva bioecológica do desenvolvimento infantil.

O objetivo do estudo é analisar conhecimentos e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a promoção do desenvolvimento infantil dentro do seu cotidiano de trabalho, a partir dos pressupostos da teoria bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner.

2. Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa (Flick, 2004), realizado no município de Recife-Pernambuco-Brasil, entre agosto de 2018 a julho de 2019.

A população do estudo foi composta por profissionais de quatro equipes de Saúde da Família (eSF) atuantes em duas Unidades Básicas de Saúde da (UBS), e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Segundo a Portaria nº 2436/2017, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, a equipe mínima da ESF é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo agregar os profissionais de saúde bucal (Brasil, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde I e II, localizadas no bairro da Várzea, no Distrito Sanitário IV, no município do Recife-PE.

A população estimada do Recife é de 1.599.514 habitantes, sendo uma cidade totalmente urbana, dividida em 94 bairros agrupados em oito Distritos Sanitários (DS). A rede básica de saúde do Recife é composta por 122 UBS, das quais 20 dessas estão localizadas no DS IV (RECIFE, 2014).

A UBS I é formada por uma equipe com 11 profissionais. A UBS II possui 20 profissionais, distribuídos em três equipes. Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos quanto aos objetivos e os procedimentos necessários a pesquisa. Aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob número de parecer CAAE: 2.489.661.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam integrar a Equipe de Saúde da Família há pelo menos um ano. Participaram do estudo 29 profissionais de saúde, de diferentes formações, que atuavam em quatro equipes da ESF, no município do Recife-PE.

A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2018, por meio de entrevista individual e semiestruturada, conduzidas por dois estudantes de graduação em enfermagem, com capacitação em pesquisa qualitativa nos aspectos teóricos e práticos, tutorados pela pesquisadora principal, a qual possui experiência em pesquisa qualitativa.

As entrevistas aconteceram no próprio ambiente de trabalho dos profissionais e foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional, com amostragem pelo critério de exaustão. As perguntas referentes aos conhecimentos e práticas dos profissionais abordaram sobre a rotina de acompanhamento das crianças e a capacitação profissional na temática de desenvolvimento na primeira infância.

As perguntas referentes as experiências dos profissionais abordaram sobre a rotina de acompanhamento e promoção do desenvolvimento infantil, capacitação profissional e dificuldades encontradas relacionadas ao desenvolvimento infantil. As principais perguntas norteadoras foram: No seu cotidiano de trabalho, você aborda o desenvolvimento infantil com as famílias sob sua responsabilidade? De que forma? Quais os principais aspectos trabalhados/avaliados? Quais orientações são realizadas? Utiliza algum instrumento que norteie suas ações? Já fez algum curso/capacitação sobre acompanhamento e promoção do desenvolvimento infantil? Já identificou em alguma criança alterações no desenvolvimento infantil?

As entrevistas foram gravadas utilizando gravador de voz Sony MP3 Linear PCM Recording. O tempo médio de gravação foi de 20 minutos, variando entre o tempo mínimo de 8 minutos e o tempo máximo de 54 minutos. Posteriormente os áudios gravados foram transcritos no programa Word da Microsoft.

Os dados foram analisados, com auxílio do software Atlas t.i, versão 8.0. Realizou-se a codificação descritiva linha a linha, conforme Gibbs, sendo denominados 249 códigos, os quais foram agrupados posteriormente em 10 grupos de códigos e em uma fase final, subsidiaram três categorias temáticas: Atenção à saúde da criança, Participação familiar no cuidado e Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde (Gibbs, 2009).

Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos quanto aos objetivos e os procedimentos necessários à pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob número de parecer CAAE: 2.489.661.

3. Resultados

Dentre os profissionais participantes, dois eram médicos, quatro enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas, quatro técnicos de enfermagem, 14 agentes comunitários de saúde, um técnico de saúde bucal e dois auxiliares de saúde bucal. A maioria era do sexo feminino, tinha filhos e concluiu o ensino superior. A idade dos participantes variou entre 29 e 56 anos e o tempo de experiência na Atenção Básica variou de dois a 24 anos.

A partir da análise das entrevistas, emergiram de forma indutiva, três categorias temáticas.

3.1 Categoria 1- Atenção à saúde da criança

A categoria Atenção à Saúde da Criança envolve questões ligadas ao desenvolvimento infantil, incluindo rotina de acompanhamento, orientações, materiais e instrumentos utilizados.

A rotina da puericultura, envolve situações nas quais o acompanhamento se dava de forma compartilhada entre médico e enfermeira e em outras situações, este acompanhamento se dava de forma exclusiva pela enfermeira. Em relação à faixa etária das crianças, o acompanhamento da vigilância do crescimento e desenvolvimento ocorria até os dois anos de idade. As crianças acima dos dois anos compareciam à USF somente em casos de adoecimento.

“Geralmente eu faço a visita puerperal, aí na visita eu já agendo para a médica (...) Aí nos dividimos, um mês comigo um mês com ela.” (E- 1- Enfermeiro)

“A puericultura aqui só é feito até os dois anos, aí depois só vem para médica quando está doente e essas coisas.” (E-2- ACS)

No escopo de atividades voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil, há percepção sobre a necessidade de conhecimentos que subsidiem suas ações, as quais são denominadas como superficiais e gerais.

“Orientando a questão de brinquedo, orientando que os pais tentem promover um ambiente tranquilo, seguro pra fazer determinadas estimulações. Mas nada profundo, coisas muito superficiais, até porque não tenho conhecimento profundo sobre o desenvolvimento.” (E- 17- Enfermeiro)

Outra questão emergida, foi a abordagem sobre o desenvolvimento infantil a partir da queixa do cuidador e/ou de alterações encontradas na criança.

“Não tem um ponto que eu mais aborde, porque depende da visita, se a mãe vim falar “olha meu filho tá com uma deficiência, eu acho que está meio atrasadinho”, aí a gente fala o que ela demanda [...]” (E-16- ACS)

Os entrevistados também mencionaram que na consulta de puericultura, o foco é nas habilidades motoras e no crescimento, sendo avaliadas e registradas na maioria das vezes, as medidas antropométricas, mas nem sempre existe avaliação e registro dos marcos do desenvolvimento.

“Mas assim, com a criança, a gente se retém mais, aqui visualmente, acaba se retendo mais ao físico mesmo, porque é o que a gente consegue avaliar mais, sabe? E devido ao tempo também, é muito difícil a gente ficar vendo cognitivo, sabe, pra montar bloquinho [...]” (E-11- Médico)

“(...) eu uso a caderneta, mas eu não escrevo, eu vou mais para a parte do peso e medidas antropométricas, mas essa parte do cognitivo e afetivo eu leio com a mãe e mostro “olhe isso é importante, veja só onde é a página que tem”, mas eu não marco.” (E-4- Enfermeiro)

Quando se trata da caderneta de saúde da criança, de todos profissionais entrevistados apenas um enfermeiro afirmou preencher a parte dos marcos do desenvolvimento na caderneta.

“Sim! Existe! Toda consulta, seja qual for a idade, eu vou de marco por marco relacionado a idade daquela criança.” (E- 17- Enfermeiro)

Os médicos afirmaram avaliar e acompanhar o desenvolvimento infantil, porém não preenchiam a avaliação do desenvolvimento na caderneta, colocando essas informações no prontuário da criança.

“A preencher ali não, porque assim, eu nunca vi o espaço pra preencher, mas realmente, assim, eu escrevo no prontuário!” (E-11 Médico)

Os principais motivos elencados para a não avaliação e preenchimento dos marcos do desenvolvimento na caderneta foram: ausência de hábito, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e pensar não fazer parte das suas responsabilidades.

“Eu não preencho, eu nunca preenchi porque eu achava que não era de preencher, eu achava que era só uma marcaçãozinha dizendo até quando você pode esperar do que a gente pergunta aqui com seis meses, mas a criança ainda tem mais um mês pra adquirir, aí eu não marco, nunca marquei. Mas seria interessante marcar, fazer um checklist. Nunca tinha pensado [...]” (E-11 Médico)

3.2. Categoria 2-Participação familiar no cuidado

Esta categoria apresenta a percepção dos profissionais sobre a participação da família nos cuidados relacionados ao desenvolvimento infantil. Os depoimentos retratam entraves para a relação entre profissionais de saúde e famílias, questões que comprometem o equilíbrio no microambiente familiar e as dificuldades dos cuidadores em realizar práticas parentais positivas.

Por meio dos relatos, foi identificado que a abordagem do desenvolvimento infantil é realizada com o cuidador ou responsável direto pelos cuidados com a criança, seja a mãe ou cuidador formal, não existindo uma abordagem com outros membros da família. Um outro problema apontado, foi a ausência paterna nas consultas de puericultura.

“[...] seria necessário que viesse os cuidadores mesmo, os principais, e as vezes não vem. Vem pessoas que as vezes não tem ideia do que está acontecendo com aquela criança, e aí a gente sempre estimula que venha. Já chegou caso de vir uma criança, um bebê, trazido pela vizinha, porque a mãe não trazia, e eu disse “mas, como assim?”[...] ficam com quem dá, porque eles precisam trazer dinheiro pra casa, comprar comida e tal, às vezes nem sempre é prioridade estar com a criança [...]” (E- 11- Médico)

Foram destacadas dificuldades dos pais em educar seus filhos, resultando em problemas comportamentais infantis, além da busca por avaliação e acompanhamento psicológico.

“[...] a gente está vendo muitos problemas psicológicos, muitos, muitos, os pais nos procurando “oh preciso de um psicólogo” aí fica naquela coisa, aí eu tenho muita vontade de saber sobre o desenvolvimento psicológico da criança, porque eu acho que muitas vezes as crianças precisam mesmo é de educação [...] porque muitos a gente vê que é falta de limite e muitos a gente vê que realmente é necessário, as vezes é a família, as vezes é a educação mesmo que a gente vê, o que falta mesmo hoje é a educação[...]” (E-2- ACS)

Apesar de reconhecerem a necessidade de práticas educativas parentais com limites, apontam entraves para a abordagem dessas práticas, incluindo conhecimentos sobre o tema, além do medo e a insegurança na comunidade.

“ [...] é muito perigoso a gente entrar nesse viés “você não está educando bem seu filho”, pode ser que no outro mês eu não vou nem entrar na casa né, entendesse, tem algumas coisas que não dá para falar. A não ser que eles abordem a situação “olha esse menino está muito impossível”, aí falo “vamos ver né, vamos botar ele de castigo, vamos dar limites, porque quem está de fora vê diferente”. (E- 21- ACS)

3.3 Categoria 3- Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde

Esta categoria apresenta a abordagem sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais para acompanhamento do desenvolvimento infantil. Essas dificuldades estiveram relacionadas ao trabalho em equipe, recursos materiais, relação com os usuários, oferta e demanda dos serviços de saúde, rede de atenção à saúde e formação profissional.

A equipe incompleta foi uma das principais queixas dos profissionais, sendo destacada a falta de psicólogo na equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

“Temos apoio do NASF, mas agora no momento estamos sem psicóloga, que é o essencial para a gente.” (E- 5- ACS)

A fragmentação do trabalho em equipe era um problema, ficando a cargo do enfermeiro, médico e ACS a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento infantil.

“Essa questão de puericultura, porque pra mim isso é uma puericultura, é com os enfermeiros, não é com a gente [...] Infelizmente é como eu disse a você, nós técnicos, pelo menos enquanto PSF, a gente não pode ajudar muito por causa disso, é muito centralizado o que a gente faz na unidade. Isso é mais com os ACS, que ficam porta-a-porta, e os enfermeiros, os médicos. Mas a gente é mais realmente vacina, que a gente não vê nada, a gente só olha o calendário.” (E- 18- ACS)

A principal dificuldade enfrentada pelos ACSs em sua rotina de trabalho foi o número reduzido de profissionais, pelos desvios de funções e falta de reposição de vagas desocupadas, resultando em sobrecarga. Além disso, atribuem o excesso de atividades dentro da unidade de saúde, a diminuição da prioridade nas visitas domiciliares e perda de vínculo com a comunidade.

“[...] porque tem os desvios de função, que remaneja o ACS pra outra coisa e não coloca outro no lugar e aos poucos está se acabando (...) a gente foi mais se afastando, realmente a gente não tem mais o vínculo que a gente tinha com a comunidade.” (E-24-ACS)

Outro desafio enfrentado pelos profissionais de saúde é a baixa adesão da população quando se trata da participação em ações educativas.

“Educação em saúde da criança geralmente eu faço a cada três meses, assim, quando tem residente aqui ou quando tem estudante a gente faz com o pessoal da puericultura, porque se marcar ninguém vem viu, vou ser bem sincera com você, uma coisa marcada, leve o menino para o posto.” (E-20- Enfermeiro)

Identificou-se a partir dos relatos, a angústia dos profissionais em relação à rede de atenção à saúde, porque na maioria das vezes os profissionais não tem o apoio necessário para uma assistência integral, existindo a identificação e acompanhamento da criança no nível da atenção primária.

“Eu sinto falta de apoio. A gente não tem apoio de outros locais. Quando a gente diagnostica um caso, ou quando a gente tem suspeita de um caso. Tem muitas crianças com autismo em casa, o quanto a gente sabe que essa criança poderia desenvolver, e por não ter o acesso, e por as vezes em casa os pais não saberem como agir, essa criança permanece no estado mais grave do espectro autista. [...] E isso a gente fica profundamente entristecido.” (E-11- Médico)

Outra queixa dos profissionais foi a demanda de trabalho e reflexos para a assistência à criança.

“Porque a gente trabalha meio que mecânico né. Vem pesa, mede, vê, escuta, olha o outro. E assim com hora, com coisa para colocar no computador, com coisa para você escrever, com quantidade de gente para você trabalhar (...) eu tenho gestante para atender, criança para atender, gestante de manhã, criança de tarde, então eu vou dormir aqui, aí é muito complexo [...]” (E- 20- Enfermeiro)

Outro relato comum nas falas dos profissionais, foi a falta de materiais nas USF para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, sendo, algumas vezes necessário que o profissional comprasse materiais para realizar a assistência.

“E régua, sim, e até a régua antropométrica quem comprou foi eu e a outra enfermeira, até isso. Balança hoje está quebrada, né? A infantil está funcionando, mas a de humano pra ficar em pé.” (E-17- Enfermeiro)

Quando se trata da formação profissional, foi identificado que 11 profissionais, afirmaram não ter capacitação sobre o desenvolvimento infantil, entretanto a maior parte da equipe de saúde demonstrou desejo e interesse em realizar cursos e capacitações com essa temática.

“Eu acho que seria importante a gente ter essa visão né, porque como é que você pode mudar o contexto de uma família lá fora, ou então mostrar, fazer um trabalho de formiguinha se você não sabe exatamente o que é aquilo [...]” (E-19- Técnico de saúde bucal)

Dentre os motivos para a falta de capacitação dos profissionais sobre o desenvolvimento infantil, os mais citados foram: o grande volume de trabalho, cansaço para leitura de materiais, falta de tempo e falta de oportunidade.

“[...] mas eu mesmo não tenho tempo de abrir o livro e ficar olhando, eu não tenho [...] porque a gente é tão cansativo né, andar nesse sol e o tempinho que a gente tem, que a gente for estudar. (E-3- ACS)

4. Discussão

O estudo revelou que a atuação de profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil é permeada por questões relacionadas às condições e recursos existentes no cotidiano de trabalho, incluindo conhecimentos, crenças, relação com cuidadores e crianças, recursos materiais e suporte de outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Além dessas questões, os conhecimentos preexistentes, vinculados a saberes científicos e saberes populares também influenciam as relações profissional-família e as relações dentro da equipe de saúde.

A atuação em relação aos cuidados com a criança, foi referida principalmente na consulta de puericultura, voltada para crianças de zero a dois anos. Alguns profissionais de saúde não percebiam como sua responsabilidade o acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil, atribuindo essa responsabilidade apenas aos médicos e enfermeiros.

A atuação uniprofissional e fragmentada no cuidado à criança pode comprometer a promoção da saúde da criança no contexto da atenção primária. Considerando a complexidade do desenvolvimento da criança, essa temática deve integrar saberes de diferentes profissionais para atuarem na perspectiva de promoção da saúde (Reichert et al., 2016; Brasil, 2015).

Outro problema identificado pelo presente estudo é a ausência de ações de promoção da saúde e vigilância do desenvolvimento infantil para crianças a partir dos dois anos, justificadas pelo excesso de atividades e diretrizes locais. Após essa faixa etária, as crianças com idade superior a dois anos comparecem a USF em situações de adoecimento. Esse achado é preocupante, haja vista que a PNAISC recomenda o acompanhamento das crianças até os nove anos, em uma perspectiva intersectorial (Brasil, 2015).

Um estudo populacional sobre o desenvolvimento infantil, no estado do Ceará, constatou em seus achados que as crianças de 36-72 meses, apresentavam maior prevalência de atrasos no desenvolvimento, em todos os domínios quando comparadas àquelas menores de 36 meses (Correia et al., 2019).

As práticas voltadas para o cuidado à criança e promoção do desenvolvimento infantil estiveram restritas ao serviço de saúde, sem menção a outros serviços nos quais as crianças estão inseridas e que contribuem de forma importante para ações de promoção da saúde, como o contexto escolar, assistência social, dispositivos de lazer na comunidade, dentre outros, a partir de uma compreensão bioecológica do desenvolvimento da criança.

Embora os profissionais da atenção primária à saúde vivenciem diversos problemas de ordem estrutural, como o desemprego e a violência comunitária, a visão acerca do desenvolvimento infantil parece ainda se fundamentar em um paradigma biológico, voltado para avaliação das medidas antropométricas e questões mais objetivas, em detrimento de questões relacionadas ao contexto e que influenciam em decisões e práticas voltadas para o cuidado à criança.

Bronfenbrenner (2012), ao considerar a relevância dos componentes pessoa-processo-contexto-tempo, como mediadores e influenciadores do desenvolvimento humano, traz a importância de se considerarem os múltiplos fatores existentes no ambiente, como a renda, escolaridade, tipo de trabalho exercido pelos pais, suporte comunitário, serviços de educação e serviços de saúde, para o suporte aos processos que ocorrem dentro do microsistema familiar.

O suporte de materiais e instrumentos que subsidiam a consulta de puericultura, como a caderneta de saúde da criança (CSC), cujo instrumento auxilia no monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, também recebeu destaque, emergindo dúvidas e dificuldades para o seu uso no que se refere aos marcos do desenvolvimento infantil, a partir de indicadores objetivos da evolução da criança.

A percepção dos profissionais de saúde sobre o microsistema familiar e a relação direta entre cuidadores e crianças abordou a negligência no acompanhamento regular e sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança sadia. O cuidado por vizinhos foi visto como negativo e um entrave para ações mais resolutivas.

Apesar de o microambiente familiar ser o principal contexto de promoção da saúde da criança, os demais ambientes no qual a criança encontra-se inserida e a participação decisiva que outros adultos podem assumir no apoio às famílias e em interações positivas com a criança devem ser considerados pelos profissionais da atenção primária (Petrucci, Borsa & Koller, 2016; Bronfenbrenner, 2012).

Profissionais como os agentes comunitários de saúde apreendem com mais visibilidade às condições de vida das famílias, com problemáticas que interferem diretamente no desenvolvimento das crianças. A violência intrafamiliar foi destacada como uma temática que os ACSs convivem mais diretamente.

A capacidade de resposta dos pais para uma interação positiva com seus filhos tem sido uma temática relevante para a promoção do desenvolvimento da criança de uma forma integral. Estilos parentais caracterizados pela aceitação calorosa das necessidades e interesses das crianças, sintonização e resposta

contingente às sugestões das crianças promovem um apego seguro entre cuidadores e crianças e contribui para o gerenciamento de emoções e reatividade ao estresse, o que, por sua vez, permite que a criança explore o ambiente e se envolva em atividades de aprendizagem, levando a resultados positivos na linguagem, rendimento acadêmico, dentre outros (Merz et al., 2015)

Porém, nem sempre os profissionais de saúde conseguem ter ferramentas para apoiar os pais nos desafios inerentes à educação e criação dos filhos. Os profissionais de saúde também não percebem que todas as questões estruturais, inclusive o trabalho dos pais (Petrucci, Borsa & Koller, 2016; Bronfenbrenner, 2012), interfere diretamente na auto-regulação dos adultos e nas capacidades dos pais em lidarem de forma empática e paciente com os desafios que envolvem a educação e criação dos filhos.

Os resultados também apontam que uma das questões relacionadas às dificuldades nas práticas parentais positivas tem sido a medicalização para o comportamento infantil, a partir da busca excessiva por acompanhamento psicológico para seus filhos. A falta de ferramentas e estratégias pelos pais pode resultar na tentativa de transferir a educação infantil para um especialista, com o relato de problemas psicológicos, muitas vezes inexistentes.

Em relação às práticas educativas parentais, foi identificado que embora os profissionais considerem que a violência física contra a criança deva ser desencorajada, alguns profissionais apresentavam dificuldades no uso de ferramentas para melhor educação parental e consideravam aceitável a punição e palmadas em algumas situações. Esse dado pode se relacionar às práticas culturais que consideram esses mecanismos desejáveis para a obediência da criança.

A punição por meio de palmadas ainda é uma prática freqüente em todo o mundo utilizada pelos pais para correção do comportamento infantil. Estudos tem mostrado que embora os impactos no desenvolvimento infantil sejam variáveis e dependentes muitas vezes, de questões culturais, o castigo físico foi associado a níveis mais baixos de internalização moral por parte da criança, prejuízos na relação cuidador-criança e piores resultados da saúde mental na infância (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016).

As ações dos trabalhadores devem girar em torno da educação e da informação por meio de conversas com familiares e/ou grupos comunitários, que visem a prevenção de situações de violência doméstica contra a criança, e para isso, faz-se necessário processos de educação que modifiquem percepções e crenças.

O fortalecimento de competências dos profissionais e posteriormente a aplicação desses conhecimentos com os usuários pode contribuir para criação de novas ferramentas centradas em uma relação mais dialógica, com pressupostos comunicativos que respeitem as diferenças culturais, como a linguagem, conteúdo, aspectos socioeconômicos (Tan & Cho, 2019).

Outras questões suscitadas foram dificuldades de trabalho enquanto equipe e sua resolutividade dentro das fragilidades da rede de atenção à saúde, falhas na comunicação entre os profissionais da equipe, ocasionadas principalmente pelas informações limitadas no prontuário eletrônico do paciente, além de problemas na contrarreferência de outros serviços.

A relação interpessoal dentro do trabalho em equipe envolve características pessoais e comportamentais dos seus membros, com destaque para questões como a pontualidade, precisão na comunicação, solução de problemas e respeito mútuo (Lee & Doran, 2017). O trabalho em equipe fragilizado pode prejudicar a integralidade do cuidado e do atendimento à criança e a sua família, tendo em vista que a atuação em equipe é definida como a articulação de diversos saberes e intervenções dos profissionais de saúde.

Intervenções direcionadas à uma melhor comunicação por meio do trabalho em equipe coordenado e interprofissional, com centralidade no usuário, devem ser mobilizadas desde a formação acadêmica, com resultados na melhoria da comunicação e tomada de decisão (Raurell-Torreda et al., 2021).

5. Considerações finais

A partir da interrelação dos diferentes componentes que interferem nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, ratifica-se a importância da compreensão desta temática a partir do modelo bioecológico.

Fatores potencializadores para ações de educação permanente como a motivação para aprender e conhecer melhor a temática para uma atuação mais eficaz, a multiplicidade de relações e situações que interferem no acompanhamento da saúde da criança de uma forma integral, na perspectiva da vigilância do desenvolvimento infantil, a partir do modelo bioecológico, devem ser valorizadas para fortalecer o trabalho da equipe em prol da promoção da saúde da criança, considerando o processo de desenvolvimento infantil, a partir da promoção da saúde.

As limitações do estudo constituem uma análise a partir de cenários particulares de atuação de equipes de saúde, a qual pode não se refletir em processos semelhantes vivenciados por outra equipes de saúde da família.

6.Referências

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
- Brasil. (2015). Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Bronfenbrenner, U. (2012). Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- Correia, L.L., Rocha, H.A.L., Sudfeld, C.R., Rocha, S.G.M.O., Leite, A.J.M., Campos, J.S. & Silva, A.C. (2019). Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: A population-based study. *PLoS ONE* [Internet], 14(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215343>.
- Costa, G.D., Conta, R.M., Reis, J.R., Ferreira, M.L., Reis, R.S. & Franceschini, S.C.C. (2011). Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da saúde da família no município de Teixeira, Minas Gerais. *Ciênc. Saúde colet* [Internet], 16: 3229-40. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800022>.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Gershoff, E. & Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology* [Internet], 30(4): 453-69. <https://doi.org/doi:10.1037/fam0000191>.
- Gibbs, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Lee, C.T.S. & Doran, D.M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *Canadian Journal of Nursing Research* [Internet], 49(2): 75–93. <https://doi.org.br/10.1177/0844562117699349>.
- Macana, E.C (2014). *O papel da família no desenvolvimento humano: o cuidado da primeira infância e a formação de habilidades cognitivas e socioemocionais* [tese doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Economia: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Merz, E.C., Zucker, T.A., Landry, S.H., Williams, J.M., Assel, M., Taylor, H.B., Lonigan, C.J., Phillips, B.M., Clancy-Menchetti, J., Barnes, M.A., Eisenberg, N., de Villiers, J. & School Readiness Research Consortium. (2015). Parenting Predictors of Cognitive Skills and Emotion Knowledge in Socioeconomically Disadvantaged Preschoolers. *J Exp Child Psychol*. [Internet], 132: 14–31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jecp.2014.11.010>.
- Papalia, D.E. & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Petrucci, G.W., Borsa, J.C. & Koller, S.H. (2016) A família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia* [Internet], 24 (2): 391-402. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-01Pt>.
- Piccini, R.X., Facchini, L.A., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D.S., Siqueira, F.V., Rodrigues, M.A., Paniz, V.V., & Teixeira, V.A. (2007). Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil* [Internet], 7 (1): 75-82. <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>.
- Raurell-Torreda, M., Rascon-Hern, C., Malagon-Aguilera, C., Bonmatí-Tomas, A., Bosch-Farr, C., Gelabert-Vilela, S. & Romero-Collado, A. (2021). Effectiveness of a training intervention to improve communication between/awareness of team roles: a randomized clinical trial. *Journal of Professional Nursing* [Internet], 37(2): 479-87. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.11.003>.

- Reichert, A.P.S., Leônico, A.B.A., Toso, B.R.G., Santos, N.C.C.B., Vaz, E.M.C. & Collet. (2016). Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. *Ciênc. Saúde colet* [Internet], 21(1): 119-27. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>.
- Roia, A., Paviotti, E., Ferluga, V., Montico, M., Monasta, L., Ronfani, L. & Tamburlini L. (2014). Promoting effective child development practices in the first year of life: does timing make a difference? *Pediatrics*, 14:222: 1-7. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-222>.
- Tan, N.Q.P. & Cho H. (2019). Cultural appropriateness in health communication: a review and a revised framework. *Journal of Health Communication* [Internet], 24(5)492-502. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382>.

Maria Wanderley de Lavor Coriolano Marinus

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-7531-2605>✉ mariawanderleya.coriolano@ufpe.br**Luana Amorim da Silva**

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-5010-9803>✉ luanaamorim182@gmail.com**Jaedson Capitó de Santana**

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-7315-9635>✉ jaedsoncapito@gmail.com**Adelia Karla Falcão Soares**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-2030-4207>✉ adelia.falcao@ufpe.br**Mirelly da Silva Barros**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-5205-0144>✉ mirelly.barros@ufpe.br**Data de submissão:** 02/2022**Data de avaliação:** 04/2022**Data de publicação:** 07/2022