



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ARTICULAÇÃO COM O REFERENCIAL DO
LETRAMENTO EM SAÚDE**

RECIFE

2023

RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ARTICULAÇÃO COM O REFERENCIAL DO
LETRAMENTO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Wanderley Lavor Coriolano-Marinus

RECIFE

2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

L979i Luz, Rayara Medeiros Duarte.
Intervenção educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil : articulação com o referencial do letramento em saúde / Rayara Medeiros Duarte Luz. – 2023.
137 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Maria Wanderley do Lavor Coriolano-Marinus.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Desenvolvimento Infantil. 2. Letramento em Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Coriolano-Marinus, Maria Wanderley do Lavor (Orientadora). II. Título.

610.7

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2023-071)

RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ARTICULAÇÃO COM O REFERENCIAL DO
LETRAMENTO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovado em: 03/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus (orientador)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^a. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Nirla Gomes Guedes (Examinador Externo)

Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, grata sou pelas inúmeras bênçãos que ele tem me concedido, pela sua bondade em minha vida e por sempre guiar meus passos. Sem *Ele* eu não teria chegado até aqui!

Minha querida tia, *Aldegunda Medeiros Duarte* que é exemplo de carinho e afeto, obrigada pelo seu cuidado e preocupação comigo, por sempre acreditar em mim, pelo “brilho nos olhos” e vibração com minhas conquistas. Terei você sempre em meu coração.

Aos meus pais, *Jael Medeiros Duarte da Luz e Paulo Pereira da Luz*, agradeço por todo apoio e por sempre estarem ao meu lado.

Meus irmãos, *Raul Medeiros Duarte Luz e Ruanna Medeiros Duarte Luz*, mesmo que eu não expresse todas minhas conquistas são dedicadas a vocês.

Minha avó, *Jedalva Medeiros Duarte*, suas orações pela minha vida é o que me sustenta. A senhora é eterna para mim!

Ao meu querido cônjuge, *Antônio Pereira Soares*, pela compreensão e incentivo nessa etapa especial para minha vida. Obrigada por me acompanhar nessa trajetória e não soltar a minha mão. Você se tornou eternamente responsável por ter me cativado.

Aos meus amados *alunos*, nos quais encontrei motivação e força de vontade. São pilares importantes nessa trajetória.

À minha orientadora, *Prof.^a Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus*, fonte de inspiração. Sempre com seu diálogo generoso me fez trilhar esse caminho da melhor forma possível. Agradeço pelos ensinamentos, confiança e dedicação comigo.

Aos gestores de saúde do município de Passira – PE, especialmente *Francicleide Valéria de Andrade Sousa* (Secretária de Saúde) e *Renata Gomes de Oliveira Bezerra Passos* (Coordenadora da Atenção Básica), pelo acolhimento, por acreditar no projeto e fornecer suporte necessário para execução.

Aos *Profissionais de Saúde*, que fazem a diferença no seu contexto de trabalho e estão dispostos a sempre buscar o melhor. Sou grata pelo acolhimento e contribuições com este trabalho.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) pelo incentivo financeiro durante a execução da pesquisa.

Às professoras *Jackeline Cristiane Santos (UFPE)*, *Fábia Alexandra Pottes Alves (UFPE)*, *Francisca Márcia Pereira Linhares (UFPE)* e *Nirla Gomes Guedes (UFC)* que contribuíram na pré-banca e banca de defesa, sou grata pelo empenho em trazer melhorias para a dissertação.

À Universidade Federal de Pernambuco, em especial ao *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf/UFPE)*, corpo docente e colegas. Vocês foram essenciais em minha formação profissional e pessoal, sempre serão pontos de referência em minha vida.

Gratidão!

RESUMO

A primeira infância é um período de inúmeros processos na vida de uma criança na aquisição de competências nos domínios social, emocional, cognitivo, motor e linguagem. Os pais/mães/cuidadores devem apoiar e fornecer estímulos durante o desenvolvimento dos filhos, proporcionando um ambiente favorável à sua progressão de habilidades, isso inclui estabelecer relações afetivas e interações positivas entre pais-filhos, por meio de brincadeiras, atividades lúdicas, entre outros. Os profissionais de saúde da atenção primária são atores essenciais para orientar e conduzir os pais/mães/cuidadores durante esse processo, por meio de visitas domiciliares, consultas de puericultura e atividades educativas em grupo. O objetivo do estudo foi analisar uma intervenção educativa com profissionais de saúde da atenção primária sobre promoção do desenvolvimento infantil, a partir do referencial do letramento em saúde. Trata-se de um estudo de intervenção, com uma abordagem qualitativa, a partir dos requisitos da pesquisa participativa em saúde. Os participantes foram profissionais de saúde que atuam na vigilância à saúde da criança, na atenção primária à saúde, no município de Passira - Pernambuco. O estudo foi desenvolvido por meio de quatro etapas: 1) Revisão da literatura; 2) Planejamento da intervenção educativa; 3) Implementação da intervenção educativa; 4) Avaliação do processo formativo. A revisão, na modalidade de revisão integrativa, serviu de apoio para o planejamento da ação. O planejamento da intervenção pautou-se em metodologias ativas para envolvimento dos atores sociais no processo de ensino-aprendizagem e na aplicação de conhecimentos envolvendo as dimensões do letramento em saúde (acesso, compreensão, avaliação e aplicação). A implementação ocorreu por meio de workshops com vivências dos participantes e conteúdos novos para aplicação na realidade de trabalho. A avaliação da intervenção ocorreu durante a intervenção e após o seu término. A coleta de dados se deu a partir das narrativas dos participantes de forma espontânea e guiada por perguntas que mobilizaram a participação, além de observação das atividades no ambiente de trabalho. Para análise dos dados, seguiu-se as etapas propostas por Yin: composição da base de dados, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão. No processo de codificação foi utilizado o programa Atlas.ti (versão 8.0). A intervenção educativa alcançou resultados positivos na formação dos profissionais de saúde, a partir de mudanças nos conhecimentos, habilidades e atitudes na prática assistencial à pais/mães/cuidadores e crianças com foco no desenvolvimento infantil e pautada nos pressupostos do letramento em saúde, como demonstrações práticas, uso de materiais escritos e uma comunicação mais empática. Foi identificado após análise o aumento no repertório de

ações a serem aplicadas no contexto de cuidado às crianças na atenção primária, maior uso e atenção à caderneta de saúde da criança como instrumento para o letramento das famílias, utilização de estratégias de comunicação simples, desenvolvimento de atividades que favorecem e promovem o desenvolvimento da criança, como brincadeiras apropriadas para a idade, cuidados nutritivos e imunização oportuna. A intervenção educativa trouxe impactos positivos na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, conclui-se a importância da pesquisa na contribuição com a educação permanente em saúde. Espera-se que resultados secundários sejam obtidos, que as comunidades assistidas sejam favorecidas por meio da assistência dos profissionais. É pertinente realizar novas pesquisas para identificar se os conhecimentos construídos irão se manter a longo prazo e de que forma irá repercutir no desenvolvimento infantil. Intenta-se ao fato de desenvolver mais intervenções educativas que compreenda a educação permanente em saúde e o contexto de trabalho dos profissionais de forma a atender as necessidades advindas e resolver problemas que abarquem o processo de trabalho na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; letramento em saúde; educação em saúde; profissionais de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Early childhood is a period of numerous processes in a child's life in the acquisition of skills in the social, emotional, cognitive, motor and language domains. Fathers/mothers/caregivers must support and provide stimuli during the development of their children, providing a favorable environment for their progression of skills, this includes establishing affective relationships and positive interactions between parents and children, through games, recreational activities, among others. . Primary care health professionals are essential actors to guide and guide parents/caregivers during this process, through home visits, childcare consultations and group educational activities. The objective of the study was to analyze an educational intervention with primary care health professionals on the promotion of child development, based on the health literacy framework. This is an intervention study, with a qualitative approach, based on the requirements of participatory research in health. The participants were health professionals who work in child health surveillance, in primary health care, in the municipality of Passira - Pernambuco. The study was developed through four steps: 1) Literature review; 2) Planning of educational intervention; 3) Implementation of the educational intervention; 4) Evaluation of the training process. The review, in the form of integrative review, served as support for action planning. The intervention planning was based on active methodologies for the involvement of social actors in the teaching-learning process and in the application of knowledge involving the dimensions of health literacy (access, understanding, evaluation and application). The implementation took place through workshops with participants' experiences and new content for application in the work reality. The evaluation of the intervention occurred during the intervention and after its completion. Data collection took place from the narratives of the participants spontaneously and guided by questions that mobilized participation, in addition to observation of activities in the work environment. For data analysis, the steps proposed by Yin were followed: database composition, decomposition, recomposition, interpretation and conclusion. The Atlas.ti program (version 8.0) was used in the coding process. The educational intervention achieved positive results in the training of health professionals, based on changes in knowledge, skills and attitudes in the practice of care for parents/mothers/caregivers and children with a focus on child development and based on the assumptions of health literacy, such as demonstrations practices, use of written materials and more empathetic communication. An increase in the repertoire of actions to be applied in the context of care for children in primary care, greater use and attention to the child's health booklet as an instrument for family literacy, use of

simple communication strategies, development of activities that support and promote the child's development, such as age-appropriate play, nurturing care, and timely immunization. The educational intervention brought positive impacts in the construction of knowledge, skills and attitudes of health professionals, concluding the importance of research in contributing to permanent education in health. It is expected that secondary results will be obtained, that assisted communities will be favored through the assistance of professionals. It is pertinent to carry out further research to identify whether the knowledge built will be maintained in the long term and how it will affect child development. There is an attempt to develop more educational interventions that include permanent education in health and the work context of professionals in order to meet the needs arising and solve problems that encompass the work process in primary health care.

Keywords: child development; health literacy; health education; health personnel; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma das etapas da pesquisa participativa em saúde. Passira– PE, Brasil, 2022.....	38
Quadro 1 -	Planejamento da intervenção educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil e letramento em saúde. Passira– PE, Brasil, 2022.....	41
Quadro 2 -	Perguntas direcionadas utilizadas ao longo dos encontros da intervenção educativa. Passira– PE, Brasil, 2022.....	54
Figura 2 -	Análise por Triangulação de Métodos. Passira– PE, Brasil, 2022.....	56
Quadro 3 -	Perfil sociodemográfico e profissional das participantes dos grupos focais. Passira– PE, Brasil, 2022.....	58
Figura 3 -	Sessão grupal com a Equipe A na Unidade Básica de Saúde. Primeiro encontro: desenvolvimento infantil na primeira infância. Passira– PE, Brasil, 2022.....	61
Figura 4 -	Sessão grupal com a Equipe A na Unidade Básica de Saúde. Primeiro encontro: desenvolvimento infantil na primeira infância. Passira– PE, Brasil, 2022.....	62
Figura 5 -	Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Terceiro encontro: caderneta de saúde da criança. Passira– PE, Brasil, 2022.....	67
Quadro 4 -	Conhecimentos construídos a partir do letramento em saúde ao longo do processo formativo. Passira-PE, Brasil, 2022.....	69
Figura 6 -	<i>Print Screen</i> de vídeo da Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Metodologia ativa: Role-play. Passira– PE, Brasil, 2022.....	76
Figura 7 -	Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Aplicando na prática. Passira– PE, Brasil, 2022.....	77
Figura 8 -	Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Estudo de caso: como utilizar a caderneta de saúde da criança. Passira– PE, Brasil, 2022.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Cartão da Criança
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DI	Desenvolvimento Infantil
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
ES	Educação em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
LS	Letramento em Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NC	<i>Nurturing Care</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PIP	Primeira Infância Primeiro
PBF	Programa Bolsa Família
PCF	Programa Criança Feliz
PNAISC	Política Nacional de Saúde da Criança

RAS	Rede de Assistência à Saúde
REBen	Revista Brasileira de Enfermagem
RN	Recém-nascido
RI	Revisão Integrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	21
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS E VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
3.3	COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL-PAIS/MÃES/CUIDADORES	26
3.4	REFERENCIAL TEÓRICO: LETRAMENTO EM SAÚDE	29
4	CAMINHO METODOLÓGICO	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	33
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.4	ETAPAS DO ESTUDO.....	34
4.4.1	Etapa 1: revisão integrativa.....	35
4.4.2	Etapa 2: planejamento da intervenção educativa	36
4.4.3	Etapa 3: implementação da intervenção educativa	48
4.4.4	Etapa 4: avaliação da intervenção educativa	49
4.5	ANÁLISE DE DADOS	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	52
5	RESULTADOS	52
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES	52
5.2	CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	55
6	DISCUSSÃO	73
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CONHECIMENTO DO PERFIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	94

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO	101
APÊNDICE D – CRONOGRAMA DOS ENCONTROS EM GRUPO FOCAL	102
APÊNDICE E - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	106
APÊNDICE F - FOLHETO: GUIA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE ...	108
APÊNDICE G – FORMULÁRIO AVALIATIVO PÓS PROCESSO FORMATIVO	130
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	132

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida de uma criança correspondem ao período de maior sensibilidade e responsividade a estímulos que favoreçam seu crescimento e desenvolvimento de forma integral. O Desenvolvimento Infantil (DI) representa um fenômeno contínuo e dinâmico na aquisição de competências nos domínios social, emocional, cognitivo, motor e de linguagem. Além disso, compreende a evolução progressiva de habilidades das mais simples para as mais complexas nas atividades diárias (NORES; FERNANDEZ, 2018; BELTRE; MENDES, 2021).

O DI é influenciado por fatores intrínsecos (biológicos) e extrínsecos (ambiente), sendo o espaço familiar onde ocorrem as primeiras relações e se estabelecem os primeiros laços afetivos da criança. Um ambiente estimulante, com cuidados infantis adequados e comportamentos parentais positivos que envolvam brincadeiras, atividades lúdicas e materiais de aprendizagem, é de suma importância para que a criança atinja suas potencialidades (FROSCH; SCHOPPE-SULLIVAN; O'BANION, 2019; SHAH *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Em contraposição, crianças socioeconomicamente desfavorecidas, principalmente em países de baixa e média renda, sem estimulação adequada e baixa qualidade de cuidados infantis, tendem a não atingir seu potencial durante a infância, repercutindo negativamente na vida adulta (SHAH *et al.*, 2019).

No Brasil, políticas públicas vêm sendo desenvolvidas para garantir uma saúde de qualidade e reduzir as taxas de morbimortalidade infantil. O desenvolvimento na primeira infância (DPI), instituído pelo Marco Legal da Primeira Infância, propõe medidas e ações que assegurem direitos essenciais para o desenvolvimento de crianças do zero até os seis anos completos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A promoção do DI também foi instituída no terceiro eixo estratégico de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), publicada em 2015, com foco na vigilância e estímulo do pleno desenvolvimento da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) dentre as suas atribuições, possui porta preferencial para serviços de saúde voltados para a saúde da criança. Nesse cenário, estratégias prioritárias incluem acompanhamento do crescimento, imunização, vigilância nutricional e a promoção do DI (FINKLER *et al.*, 2016). No âmbito da atenção primária, o Profissional de Saúde deve realizar o acompanhamento e monitoramento do DI e registrá-lo

na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). O uso da CSC foi uma medida firmada desde 2004 pelo Ministério da Saúde (MS), como estratégia para redução da morbimortalidade infantil, por viabilizar apoio para que o profissional acompanhe a aquisição de habilidades da criança nas consultas de puericultura, identifique os marcos do DI de acordo com cada faixa etária, possibilitando detectar possíveis atrasos no desenvolvimento e intervir precocemente (CAMINHA *et al.*, 2017; SOUSA; SILVA; OLIVINDO, 2020).

Apesar da caderneta ser uma estratégia bem estabelecida e apresentar capacidade em reduzir situações de risco e vulnerabilidades de forma precoce, sua execução na vigilância à saúde da criança mostra-se insatisfatória por apresentar incompletudes no seu preenchimento e índices ainda menores no registro de dados referentes ao monitoramento dos marcos do desenvolvimento (FREITAS *et al.*, 2019; SOUSA; SILVA; OLIVINDO, 2020).

Ademais, a condução do profissional de saúde na vigilância do DI compreende todas as atividades voltadas para a sua promoção e detecção de possíveis atrasos. Particularmente na atenção primária, os enfermeiros desempenham funções fundamentais no desenvolvimento de ações de Educação em Saúde (ES), por meio da consulta de puericultura, visitas domiciliares, atividades grupais e de tecnologias educativas, além de realizar o acompanhamento das atividades dos agentes comunitários de saúde. Esses profissionais fornecem orientações que norteiam os pais/mães/cuidadores, desde o nascimento da criança, de como podem conduzir o processo de desenvolvimento em ambiente favorável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Evidencia-se a importância de ferramentas que estimulem as potencialidades das crianças por meio da implementação de intervenções de alta qualidade, uso de tecnologias e ações de educação em saúde (ES) voltadas para pais/mães/cuidadores. As intervenções educativas devem se apoiar em atividades positivas já executadas pelos pais e que aumentem a sua confiança nesse processo. Essas perspectivas se demonstram eficazes para prevenção de agravos e promoção à saúde da criança com foco no alcance do seu pleno desenvolvimento (YOUSAFZAI *et al.*, 2014).

Na APS o profissional enfermeiro toma a posição de enfermeiro-educador e programa junto com a equipe ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos usuários. A comunicação do enfermeiro com os demais membros da equipe multiprofissional é determinante para educar em saúde (DIAS; OLIVEIRA; LIMA; CALDEIRA, 2022).

Nesse olhar, o enfermeiro denota protagonismo e proatividade ao planejar as ações de educação em saúde. Essa organização dentro da atenção primária deve ser pensada coletivamente, no sentido de fornecer um cuidado integral do bem-estar coletivo e acolher os usuários da comunidade, visto que as ações precisam atender as necessidades da população assistida, além disso, devem ser incluídos nas ações todos os profissionais de saúde que fazem parte da equipe de saúde da família (DIAS; OLIVEIRA; LIMA; CALDEIRA, 2022).

Pensar em práticas educativas pelo enfermeiro no contexto comunitário para promoção do DI deve considerar aspectos que envolvam as interações que a criança recebe, a partir da perspectiva da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, ao considerar a pessoa (criança, pai/mãe), o processo (interações), contexto de inserção da criança e o tempo que ocorrem as interações. Nesta perspectiva, as intervenções apresentam desfechos positivos em elementos que se configuram como essenciais para os processos envolvidos no desenvolvimento na primeira infância (SOUSA; MONTEIRO; ALBUQUERQUE; PAULA; CORIOLANO-MARINUS, 2021).

Entretanto, muitas vezes a implementação de intervenções não alcança a compreensão dos pais/mães/cuidadores, deixando de atingir seu efeito benéfico. Dessa forma, é necessário a sensibilização dos profissionais na adoção de uma abordagem compreensível, com ferramentas que auxiliem na demonstração do conteúdo e com uma linguagem acessível para o público-alvo, que considere suas particularidades, aspectos linguísticos/culturais, cognitivos e intelectuais (SØRENSEN *et al.*, 2012). Além disso, ressalta-se que processos de formação permanente destes profissionais para o desenvolvimento de ações de ES no contexto da APS são cruciais para obtenção de um cuidado longitudinal (MARQUES; LEMOS, 2018).

Para a incorporação de atividades educativas que considerem elementos motivacionais, aspectos cognitivos e práticos, o referencial teórico do Letramento em Saúde (LS) auxilia em uma abordagem que atende estas perspectivas. O LS corresponde à capacidade de uma pessoa em acessar uma informação sobre saúde, compreender e a partir disso realizar o gerenciamento de sua saúde de forma adequada (SØRENSEN *et al.*, 2012; PARNELL *et al.*, 2019). Quatro competências são identificadas nos constructos do LS, (1) acessar - que consiste na capacidade de procurar uma informação sobre saúde; (2) compreender - capacidade de entender a informação acessada; (3) avaliar - capacidade de interpretar, filtrar e julgar as informações; (4) aplicar - capacidade de utilizar as informações no gerenciamento da saúde (SØRENSEN *et al.*, 2012).

Pessoas que possuem um nível adequado de LS tomam decisões mais satisfatórias, enquanto, pessoas com um nível inadequado de LS possuem dificuldades na compreensão e consequentemente maiores chances de desfechos desfavoráveis na saúde (SAMPAIO *et al.*, 2015), sendo este nível atrelado a um maior risco de morte (FAN; YANG; ZHANG, 2021).

Ao se associar o nível de LS com as fontes que fornecem informação em saúde utilizada pelos usuários, identifica-se que pessoas com LS mais baixos são mais propensas a acreditarem em informações contidas nas mídias sociais, em comparação com aqueles de LS mais alto que, geralmente, obtém informações compartilhadas por profissionais de saúde (CHEN *et al.*, 2018).

Com base nos pressupostos do referencial teórico, o profissional pode identificar o nível do LS dos usuários e adotar uma abordagem que mais se adeque ao público alvo, utilizar ferramentas que subsidiem estratégias, seja por comunicação escrita e/ou falada, que possibilite processos de empoderamento do usuário. Ademais, é necessário levar em consideração aspectos linguísticos/culturais para alcance de uma comunicação efetiva (PARNELL *et al.*, 2019).

A identificação de lacunas durante as ações de saúde voltadas ao DI requer preparo e sensibilidade dos profissionais de saúde para compreender a necessidade de identificar aspectos relacionados ao LS dos pais e cuidadores com foco em informações claras, compreensíveis, adaptadas ao contexto local e que sejam aplicadas à realidade. Essas medidas abarcam uma assistência mais humanizada e qualificada, tendo em vista que se consideram fatores essenciais para fortalecer o atendimento e o serviço de saúde.

A área da saúde requer a incorporação da educação permanente nos serviços de saúde para que o profissional passe por processos formativos que aprimore suas estratégias assistenciais e organizacionais do setor com vista a atender as necessidades de saúde das pessoas, coletivos e populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2004). Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46), compete ao SUS e às instituições formadoras “[...] coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social”.

É importante que o processo formativo na saúde vá além de fornecer informações sobre domínios técnicos-científicos, que leve o profissional a uma problematização do seu

processo de trabalho, pensamento crítico-reflexivo e mudança de sua prática assistencial, pois a formação na saúde perpassa as dimensões exigidas para exercer a profissão em detrimento a diagnóstico, tratamento, cuidados, entre outros, requer a integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2004).

Conforme pontuado por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49) “O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial”.

Acredita-se que uma investigação para compreender como os profissionais de saúde têm abordado os pressupostos do LS, atrelado a um processo formativo em saúde na modalidade de intervenção educativa pode contribuir para o conhecimento científico e a prática assistencial dos profissionais de saúde com vista à promoção do DI com base no LS, bem como auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas às reais necessidades dessa população.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) apontam intervenções que podem ser incluídas nos programas de serviços de saúde para promoção do DI, juntamente a diferentes perspectivas e setores como nutrição, educação, assistência social e proteção para ampliar a abordagem e entregar aos mais vulneráveis. Os serviços de saúde têm potencial de alcançar de forma precoce as crianças com estratégias que estejam fundamentadas e apoiem cuidadores para facilitar o DPI, consiste em intervenções com impactos importantes de curto a longo prazo na sociedade e os profissionais de saúde são os protagonistas de oportunizar as intervenções com os cuidadores (RICHTER *et al.*, 2017).

Promover e apoiar o DPI é uma meta a ser alcançada ao redor do mundo. Os serviços de saúde, incluindo-se a APS como porta de entrada e de fácil acesso aos usuários, devem oportunizar o acolhimento e proteção do desenvolvimento. A ES deve ser amplamente utilizada pelos profissionais, assim como os pressupostos do LS para que sua assistência alcance a compreensão dos pais/mães/cuidadores e os orientem acerca da importância de estimular e apoiar o DI, cuidados gerais, nutricionais e a educação dos filhos. Diante de vários aspectos que perpassam o cotidiano da APS, questiona-se: a partir de uma intervenção educativa os profissionais de saúde modificam seus conhecimentos, habilidades e atitudes de promoção do desenvolvimento infantil com foco no letramento em saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar uma intervenção educativa com profissionais de saúde da atenção primária sobre promoção do desenvolvimento infantil, a partir do referencial do letramento em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar uma intervenção educativa sobre desenvolvimento infantil a partir das necessidades dos profissionais de saúde com base no referencial do letramento em saúde;
- Implementar uma intervenção educativa sobre o desenvolvimento infantil a partir dos pressupostos do letramento em saúde;
- Identificar mudanças nos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais durante e ao longo da intervenção educativa a partir dos autorrelatos e da observação empírica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

O desenvolvimento infantil pode ser compreendido como um processo interativo e dinâmico inerente a todos os indivíduos que depende de interações genéticas e ambientais dispostas em seu contexto-espaco-tempo para o aprimoramento de habilidades. De acordo com Souza (2014), pode-se definir o desenvolvimento infantil como:

“[...] parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento” (SOUZA, 2014, p. 105).

Cada habilidade a ser desenvolvida abrange atribuições e finalidades importantes para o convívio da criança/futuro adulto consigo mesma e com a sociedade. O atraso ou a não aquisição de uma habilidade pode ser desfavorável ao seu comportamento e desenvolvimento humano.

O domínio cognitivo, por exemplo, consiste no desenvolvimento de habilidades que integra modo de percepção sobre o mundo, pensamentos, uso da lógica e raciocínio. O desenvolvimento cognitivo é pontuado pelo teórico Jean Piaget em quatro estágios: sensório-motor (atividade reflexa), pré-operacional (pensamento com uso de símbolos), operações concretas (pensamento lógico) e operações formais (pensamento abstrato) (POTTER; PERRY, 2017).

O desenvolvimento motor abrange as habilidades de movimentar o corpo, pode ser dividido em motor grosso e motor fino. O grosso enquadra movimentos mais amplos com utilização de grandes músculos, que inclui movimentos como sentar-se sem apoio, ficar de joelhos, engatinhar, ficar em pé e andar, enquanto o motor fino engloba movimentos mais delicados e mais difíceis de serem apreendidos, como prensão em pinça, pegar um lápis, colocar objetos em recipientes, levar objetos à boca, entre outros (POTTER; PERRY, 2017).

O psicossocial da criança é desenvolvido a partir das interações com o seu meio e as formas de lidar com as situações ao decorrer das suas vivências. Esse domínio consiste em obter habilidades psíquicas (inclui-se o emocional) e social. O psicanalista Sigmund Freud analisa o desenvolvimento psicossocial sob a perspectiva da construção da personalidade do indivíduo e conexão com partes de seu corpo. Já o teórico Erik Erikson ilustra o desenvolvimento psicossocial a partir das relações do indivíduo com a família e a sociedade (POTTER; PERRY, 2017).

A linguagem, por sua vez, compreende a progressão de apropriação de uma fala para se comunicar por meio de palavras. A criança começa a desenvolver habilidades desde a emissão de sons até o pronunciamento das primeiras palavras, formação das primeiras frases e por fim uma comunicação mais completa e entendível (POTTER; PERRY, 2017).

O aprimoramento e progressão do desenvolvimento infantil em suas fases são influenciados por fatores intrínsecos (determinado pela genética) e por fatores extrínsecos (determinado pelo ambiente) (BRASIL, 2002). Fatores de risco para o desenvolvimento infantil podem estar ligados às condições genéticas, a exemplo a Síndrome de Down, condições biológicas, como a hipóxia neonatal, prematuridade e, por condições ambientais, aporte nutricional, exposição à toxinas, disposição de água potável, saneamento básico, infecções virais, entre outros (BRASIL, 2012; THEOHARIDES; KAVALIOTI; MARTINOTTI, 2019; SANIA *et al.*, 2019).

Comumente o desenvolvimento infantil é sintetizado como a aquisição sequencial de habilidades das mais simples a mais complexas ao curso da infância em cada domínio supracitado. Esse panorama, nos aproxima de identificar e avaliar o progresso do desenvolvimento das crianças mediante a verificação das habilidades que ela adquire de acordo com cada faixa etária e até mesmo classificá-lo quanto adequado, em possível atraso, ou em atraso para o desenvolvimento (BRASIL, 2021).

Em um olhar mais amplo, podemos observar não apenas a aquisição de habilidades, mas o potencial que o ambiente influencia e como os profissionais de saúde são importantes nesse ensejo de aprimorar o desenvolvimento das crianças e apoiar pais e cuidadores. Acolher o desenvolvimento infantil é compreender que seu alcance satisfatório traz melhores resultados em sua vida adulta e desfechos positivos nas relações entre pais-filhos-comunidade (DÍAZ, 2017).

O alcance de um pleno desenvolvimento infantil no âmbito comunitário movimenta a médio e longo prazo benefícios para que as famílias e comunidades se tornem saudáveis, empoderadas e que alcancem oportunidades mesmo diante de dificuldades em seu meio. Isso implica em acolher, amar, se doar e pensar em estratégias para minimizar efeitos negativos que gere atrasos e, por outro lado, pensar em estratégias para potencializar o desenvolvimento das crianças (KOLB; HARKER; GIBB, 2017; ROCHA; SILVA; SANTOS; DUSING, 2019).

A primeira infância, segundo o Ministério da Saúde, é o período do nascimento aos primeiros 6 anos de idade na vida de uma criança (BRASIL, 2015). Esses primeiros anos constituem uma janela de oportunidades para estabelecer estratégias que aprimorem os cuidados e estímulos que favoreçam impactos ao desenvolvimento infantil (UNICEF, 2022).

O cérebro em desenvolvimento apresenta a capacidade de intensa plasticidade nos primeiros anos de vida. Conforme o Fundo das Nações Unidas (ONU) para a Infância (UNICEF) (UNICEF, 2022), a criança nos primeiros mil dias de vida apresenta em torno de um milhão de conexões neuronais por segundo. À medida que uma criança vivencia novas experiências, o seu cérebro vai se moldando e adquirindo novas conexões, essa plasticidade constante influencia tanto no desenvolvimento cerebral da criança quanto no seu comportamento ao longo da vida (KOLB; HARKER; GIBB, 2017).

Kolb, Harker e Gibb (2017) destacam três tipos de plasticidade no cérebro que está em desenvolvimento, (1) plasticidade independente da experiência (2) plasticidade expectante da experiência e (3) plasticidade dependente da experiência. O primeiro associa-se ao genoma que o indivíduo possui e sua conexão por eventos internos e externos. A segunda diz respeito a expectativa das experiências que serão inseridas, dessa forma uma criança criada em um determinado meio atingirá as expectativas desse meio. E a terceira, a plasticidade que depende das experiências que serão vivenciadas, nesse quesito o conjunto de neurônios são modificados conforme as experiências ao longo de seu desenvolvimento.

A influência dessas experiências no desenvolvimento se inicia das experiências pré-concepcionais dos genitores, experiências gestacionais e as experiências após o nascimento (KOLB; HARKER; GIBB, 2017). Durante o primeiro ano de vida a criança é sensível a efeitos de experiências positivas proporcionadas por um relacionamento interativo e afetivo com a díade mãe-filho. O estímulo que se recebe por mediação de interações positivas afeta positivamente no desenvolvimento linguístico, cognitivo e socioemocional da criança (ROCHA; SILVA; SANTOS; DUSING, 2019).

A integração de comportamentos responsivos - que inclui interação positiva entre cuidador-filho por meio de brincadeiras e conversações voltadas ao desenvolvimento e, uma boa dieta infantil - rica em nutrientes necessárias para crescer e se desenvolver, são associados a melhores desempenhos no desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem das crianças (BLIZNASHKA; MCCOY; SIYAL; SUDFELD; FAWZI; YOUSAFZAI, 2021). Em contrapartida, efeitos de drogas psicoativas, estresse, dieta pobre em nutrientes, redução da interação pai-filho, são fatores que alteram aspectos potenciais para o pleno desenvolvimento (KOLB; HARKER; GIBB, 2017).

Dessa forma, visualizar na primeira infância uma janela de oportunidades para o pleno desenvolvimento infantil implica em adotar abordagens que considere aspectos holísticos da criança e do seu meio como fatores para alcance de habilidades. O estabelecimento de um alicerce entre profissional de saúde com cuidadores principais pode ser fundamental para potencializar resultados através de experiências e estímulos positivos.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No contexto da atenção primária, o desenvolvimento infantil é um forte indicador da saúde da criança. O papel do profissional de saúde que atua na vigilância do desenvolvimento infantil volta-se para acompanhar e monitorar o desenvolvimento das crianças, identificar as que possuem necessidades ou atrasos no desenvolvimento e oportunizar tratamento e estimulação precoce.

O cuidado holístico da criança e garantia do seu bem-estar envolve dimensões da saúde, nutrição, segurança, proteção, oportunidades de aprendizagem, esses estabelecidos como cuidados essenciais pela *Framework Nurturing Care* para o alcance do pleno desenvolvimento na primeira infância (WHO, 2021).

Os princípios do *Nurturing Care* (NC) devem ser aplicados durante toda a infância com vista a reduzir iniquidades futuras e garantir que as crianças atinjam seu potencial. O NC compreende um ambiente favorável ao desenvolvimento infantil aquele que promove saúde e nutrição adequada, fornece proteção e segurança, viabiliza oportunidades de aprendizagem precoce e relacionamentos responsivos e enriquecidos, promovidos por famílias, comunidades, serviços públicos de saúde e por políticas públicas (WHO, 2021).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDG, 2015), lançados em 2015 pelas Nações Unidas, prevê em seu plano global metas a serem atingidas por todas as sociedades, governos e instituições do mundo para enfrentar e vencer as iniquidades vigentes, essas incluem a perspectiva da saúde infantil com a finalidade que a criança sobreviva, cresça, desenvolva-se e atinja suas potencialidades.

Políticas públicas no Brasil possuem o mesmo alicerce com a finalidade de obter melhorias na atenção integral das crianças em todo o país por meio de ações e estratégias nos serviços de saúde incorporados ao Sistema Único de Saúde. Como norte, estes devem ser resolutivos na vertente que atinja a promoção da saúde, prevenção e reabilitação (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Saúde da Criança (PNAISC) - instituída no Brasil pela portaria 1.130 de 5 de agosto 2015 - atribui princípios, diretrizes e eixos estratégicos voltados para implementação e o pleno exercício de ações e cuidados integrais às crianças em desenvolvimento, tem por objetivo “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida” (BRASIL, 2015, p. 4).

O objetivo principal da PNAISC evidencia o desenvolvimento como meta a ser alcançada pelos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus eixos estratégicos são propositivos ao alcance do potencial desenvolvimento das crianças durante a primeira infância. O seu terceiro eixo estratégico “Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral” contempla e orienta para tal finalidade:

“[...] vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares.” (BRASIL, 2015).

Em seguida, instituiu-se no Brasil a Lei nº 13.257 em 8 de março de 2016, conhecida como o Marco Legal da Primeira Infância, a qual estabelece meios para a formulação de políticas e bases sólidas que direciona programas, garantias e ações direcionadas ao desenvolvimento integral da criança. Diante disso, acrescenta-se a importância da “formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento

infantil” como ponto importante para o desempenho dos profissionais na atenção primária (BRASIL, 2016).

Na APS os registros voltados para a vigilância da saúde infantil eram realizados no Cartão da Criança (CC), porém esse documento só permitia realizar dois tipos de registro, do crescimento infantil, por meio do gráfico para acompanhamento do crescimento e o registro da imunização, por meio do calendário vacinal e anotações das vacinas administradas ao longo da infância. Para abarcar outros eixos importantes a serem acompanhados e monitorados na infância, em 2005 foi instituído pelo MS a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e aprimorado em anos seguintes, acrescentando-se dentre seus tópicos o de acompanhamento do desenvolvimento infantil com a finalidade de observar o desenvolvimento das crianças, principalmente durante a primeira infância (GAÍVA; SILVA, 2014)).

Por meio da caderneta, pode-se atualmente conduzir e triar em todas as consultas pelos profissionais de saúde condições do crescimento, desenvolvimento, alimentação, higienização, profilaxia da vitamina A e ferro, cobertura vacinal, prevenção de acidentes, dentre outros pontos, desde o nascimento até os 10 anos de idade (GAÍVA; SILVA, 2014).

Entretanto, apesar de sua significância e potencial no contexto da atenção primária, ainda se observa lacunas em sua utilização pelos profissionais de saúde, apresentando incompletudes em seu devido preenchimento, principalmente na avaliação do desenvolvimento infantil (FREITAS; PEREIRA; MOREIRA; ÓRFÃO; CAVALCANTE; NASCIMENTO; MENDES; SANTOS, 2019).

A atenção Primária à Saúde (APS) configura o espaço ideal para uma assistência integral, resolutiva e integrada com a rede de assistência à saúde para promover uma sociedade saudável. A articulação dos profissionais de saúde em conjunto com as políticas públicas e estratégias vigentes são fundamentais para trazer soluções e conduzir melhorias frente às disparidades existentes entre famílias com vista a propiciar um meio favorável ao desenvolvimento de seus filhos.

3.3 COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL-PAIS/MÃES/CUIDADORES

A comunicação é um fator determinante para que ocorra a compreensão dos cuidadores principais quanto aos cuidados necessários ao filho que está em desenvolvimento.

Pode-se compreender como uma comunicação efetiva o diálogo que valoriza as opiniões e percepções do cuidador a respeito de seu filho, leva em consideração as dificuldades do cuidador em compreender as informações em saúde e quando o profissional de saúde adota aspectos que facilitem uma comunicação fluida e sem falhas.

Algumas barreiras são dificultadoras de uma comunicação efetiva entre profissional e cuidador, conseqüentemente, lacunas na comunicação direciona para desfechos desfavoráveis no gerenciamento dos pais na saúde de seus filhos. Pode-se identificar inúmeras barreiras como utilizar uma linguagem com termos técnicos e difíceis, consultas rápidas e apressadas, não responder abertamente às dúvidas advindas pelo cuidador, relação de poder entre paciente e profissional de saúde e vergonha em solicitar que o profissional repita a orientação, entre outros aspectos (PIO; NOSA, 2020).

Adicionalmente, dificuldades são comumente encontradas frente à diversidade de culturas que existe atualmente, isso porque a diferença cultural pode configurar interferências durante a comunicação de profissionais que não estejam preparados a envolver e atender as necessidades de família que possua a cultura diferente da sua, constituindo uma preocupação nos serviços de saúde, principalmente no contexto da atenção primária. Essas questões ligadas ao baixo letramento em saúde impactam de forma insatisfatória a comunicação do profissional com a família (BELINTXON; DOGRA; MCGEE; PUMAR-MENDEZ; LOPEZ-DICASTILLO, 2020).

Os profissionais também apresentam dificuldades na comunicação com pais durante um diagnóstico que envolve a suspeita ou o atraso no desenvolvimento de seu filho, a exemplo no rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nesse processo de identificação, é importante envolver os pais e ouvi-los quanto a sua percepção e/ou preocupação sobre o desenvolvimento do filho e valorizar as informações repassadas. Diante dessa perspectiva, a comunicação entre profissionais e cuidadores tem potencial para acelerar ou retardar um diagnóstico e intervenções precoces para estimular o desenvolvimento infantil (JOHNSON; KRUEGER; JILEK; HAGLUND, 2020).

No entanto, profissionais de saúde relatam a escassez de capacitação em comunicação o que dificulta no diálogo com os cuidadores a respeito da saúde dos seus filhos (OKU; OYO-ITA; GLENTON; FRETHEIM; AMES; MULOLIWA; KAUFMAN; HILL; CLIFF; CARTIER, 2017). Questões que devem ser trabalhadas com os profissionais abarca o curto

tempo de uma consulta, barreiras na comunicação, a utilização de jargão médico, respostas fechadas, relação de poder e vergonha pela não compreensão (PIO; NOSA, 2020).

O uso de estratégias comunicativas baseadas no diálogo é uma medida facilitadora para uma comunicação efetiva entre profissional e pai/mãe/cuidador, em especial, para envolver a compreensão dos que possuem mais dificuldades, dessa forma, é importante considerar o nível do letramento em saúde (MORRISON; GLICK; YIN, 2019).

Morrison, Glick e Yin (2019) reúnem em seu estudo algumas estratégias úteis para facilitar a comunicação e avaliar a compreensão quanto às orientações em saúde infantil com pais/mães/cuidadores, principalmente se tratando dos que têm limitado ou baixo nível de letramento em saúde, são elas: (1) simplificar e organizar informações; (2) aconselhar verbalmente com uma linguagem simples; (3) demonstração; (4) Teach-back/Show-back (Ensinar de volta/ Mostrar de volta; (5) informações escritas; (6) instruções pictográficas e de vídeo (MORRISON; GLICK; YIN, 2019).

A simplificação e organização das informações de modo que um conteúdo complexo se torne mais compreensível é recomendada. Essa estratégia inclui estratégias ainda mais específicas: (1a) Limitar informações; (2a) Instruções explícitas e orientadas para a ação; e, (3a) agrupar informações (MORRISON; GLICK; YIN, 2019).

A limitação das informações em saúde em até três mensagens essenciais é uma forma fácil para compreensão e tomada de decisão. Ao se concentrar em uma mensagem chave é mais provável que um pai entenda a informação. As instruções explícitas e orientadas para ação visam focar em comportamentos que serão executados no gerenciamento da saúde, exemplo como seguir uma medicação conforme a prescrição, os pacientes demonstram preferir esse tipo de estratégia que os orientam para ação. Enquanto, agrupar as informações, é quando se divide mais de uma informação em partes mais fáceis à compreensão, reduzindo a demanda de informação (MORRISON; GLICK; YIN, 2019).

Outra estratégia é adotar uma linguagem simples ao se comunicar, evitar utilizar termos médicos ou palavras complexas em suas falas e adotar palavras mais acessíveis ao público trabalhado. Outro aspecto associado à comunicação verbal consiste em demonstrar as informações, sendo esta uma ferramenta que traz melhores resultados no aprendizado por combinar o canal verbal e o visual para a compreensão da instrução (MORRISON; GLICK; YIN, 2019). A mídia também tem se mostrado um veículo importante para transmitir

mensagens de comunicação (OKU; OYO-ITA; GLENTON; FRETHEIM; AMES; MULOLIWA; KAUFMAN; HILL; CLIFF; CARTIER, 2017).

O ensino/reensino (teach-back) consiste em solicitar que o cuidador coloque com suas palavras as informações que ele obteve do profissional de saúde, é uma estratégia válida a ser implementada, pois reafirma que algo foi apreendido pelo cuidador. Outra possibilidade é fornecer informações escritas ao cuidador também, pois possui o princípio de reforçar a orientação, da mesma forma que o aconselhamento verbal, as informações escritas devem conter uma linguagem simples e livre de jargões médicos. Em adição, temos as instruções visuais (pictográficas, fotos, vídeo, etc) que utilizam a multimídia para criar conteúdos que instruem o cuidador e oriente sobre um conteúdo em saúde. Essa estratégia por combinar o meio visual permite um maior alcance da compreensão do público para conduzir e gerenciar a saúde (MORRISON; GLICK; YIN, 2019).

Há resultados satisfatórios quando cuidadores são apoiados em suas atividades e orientados para empenharem cuidados sob a ótica de se obter melhores resultados em seus filhos (YOUSAFZAI *et al.*, 2014). Ademais, uma comunicação satisfatória diz respeito a uma mensagem sem lacunas, de fácil compreensão e que considere as particularidades individuais de cada pessoa, para que o público alvo possa utilizar seus conhecimentos e habilidades para monitorar a saúde do seu filho e alcançar, conseqüentemente, um desenvolvimento pleno e saudável na primeira infância.

3.4 REFERENCIAL TEÓRICO: LETRAMENTO EM SAÚDE

O letramento em saúde se refere às competências e habilidades individuais que uma pessoa possui para acessar informações de saúde, compreendê-las e utilizá-las para gerenciamento de sua saúde e transitar entre os serviços de saúde. Revisão sistemática proposta por Sørensen e colaboradores (2012) trouxe um novo conceito ao letramento em saúde:

“O letramento em saúde está ligado ao letramento e envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, entender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou

melhorar a qualidade de vida ao longo da vida.” (SØRENSEN; BROUCKE; FULLAM; DOYLE; PELIKAN; SLONSKA; BRAND, 2012, p. 3)

No meio científico e na assistência à saúde, o letramento em saúde vem sendo incluído a partir da necessidade de compreender e aprimorar como as pessoas dispõem de suas competências para obter informações sobre saúde e as utilizarem em seu cotidiano.

Podemos distinguir quatro competências envolvidas nesse processo: acessar, compreender, avaliar e aplicar. A competência acessar tange a capacidade de a pessoa procurar e obter a informação de saúde; Segue-se a competência compreender que tange a capacidade de entender as informações que foram obtidas; a competência avaliar, sendo a capacidade de interpretação e julgamento das informações e, competência aplicar, como a capacidade de utilizar as informações para gerenciar a saúde (SØRENSEN; BROUCKE; FULLAM; DOYLE; PELIKAN; SLONSKA; BRAND, 2012).

O letramento em saúde pode também ser compreendido conforme proposto por Nutbeam (2000) que distingue de forma progressiva o letramento em saúde: funcional, interativo ou crítico. O letramento em saúde funcional se relaciona à um nível mais basal, onde o indivíduo utiliza habilidades mais básicas de leitura ou de escrita em atividades mais primárias de saúde. O letramento em saúde interativo compreende habilidades mais aprimoradas em que o indivíduo atua de forma mais proativa em contextos de saúde, extrai significados das informações e consegue comunicar e discutir sua aplicabilidade. Enquanto, o letramento em saúde crítico constitui um nível mais avançado, que incorpora habilidades mais complexas que permite que o indivíduo tenha um olhar mais crítico da informação e possua mais controle no âmbito da saúde individual e coletiva (NUTBEAM, 2000).

Atualmente, adota-se o letramento em saúde como um determinante social em saúde devido à magnitude de sua implicação no cotidiano dos indivíduos (NUTBEAM; LLOYD, 2021). Incorporar o letramento em saúde como um determinante social na assistência é um fator preciso para atender algumas demandas, sobretudo na comunicação, concerne importância tanto para o público assistido como para os profissionais de saúde envolvidos com as ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e educação em saúde. Não obstante, uma meta estabelecida pela OMS (WHO, 2013) é que as populações alcancem níveis mais aperfeiçoados do letramento em saúde por meio da educação em saúde.

Avaliar a informação em saúde é um aspecto importante para identificar fontes seguras e de confiança. Pessoas que possuem um bom letramento em saúde têm maiores chances de

acessar sites confiáveis, seguir orientações de profissionais de saúde, em contrapartida de pessoas com menor letramento em saúde que são mais propensas a aceitarem informações oriundas da televisão, mídia social, blogs, entre outros conteúdos com menor validade de sua confiabilidade (CHEN; HAY; WATERS; KIVINIEMI; BIDDLE; SCHOFIELD; LI; KAPHINGST; OROM, 2018).

Tratando-se da população infantil, principalmente da primeira infância, os pais são atores responsáveis pela continuidade do cuidado de seus filhos. Sua conduta implica diretamente em desfechos na saúde da criança. Pais que possuem nível limitado ou baixo de letramento em saúde possuem maiores dificuldades para gerenciar a saúde de seus filhos (MORRISON; GLICK; YIN, 2019). Assim, o comportamento parental é fator decisivo no desenvolvimento dos filhos e o letramento em saúde um desafio a ser superado no contexto da saúde (LEACH; NICHOLS; TRENHOLM; JONES, 2021).

Os profissionais de saúde, por vezes, desconhecem que os pacientes têm dificuldades de utilizar os serviços de saúde e até mesmo, de entender uma informação em saúde. Um estudo mostrou que alguns profissionais de saúde relataram a incapacidade de identificar pacientes que se enquadram com baixo letramento em saúde (MOR-ANAVY; LEV-ARI; LEVIN-ZAMIR, 2021). Dessa forma, reitera-se a necessidade de intervenções que capacitem profissionais de saúde para aumento de seus conhecimentos, habilidades e atitudes no que tange ao letramento em saúde e a comunicação com os pais no contexto da atenção primária à saúde.

A ES configura um meio importante para potencializar o LS de usuários da RAS, principalmente na APS. Diante da necessidade de conceituar o termo Educação em Saúde para melhor elucidação de sua aplicabilidade e evolução ao longo dos tempos, Pueyo-Garrigues e colaboradores (20019) o definiram como:

“[...] um processo de ensino-aprendizagem contínuo, dinâmico, complexo e planejado ao longo da vida e em diferentes cenários, implementado por meio de uma parceria equitativa e negociada entre cliente e profissional de saúde para facilitar e capacitar a pessoa a promover/iniciar mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida que promovam resultados positivos no estado de saúde [...] se leva em conta os fatores internos e externos dos indivíduos/grupos que influenciam o seu estado de saúde através da melhoria potencial dos seus conhecimentos, competências, atitudes e crenças em relação às suas necessidades e comportamentos relacionados com a saúde, dentro de um paradigma de saúde positiva.” (PUEYO-GARRIGUES; WHITEHEAD;

PARDAVILA-BELIO; CANGA-ARMAYOR; PUEYO-GARRIGUES; CANGA-ARMAYOR, 2019).

O termo educação em saúde vem sendo discutido desde a consolidação da Carta de Promoção da Saúde de Ottawa em 1986 que trouxe atrelado ao termo de promoção da saúde como um processo de capacitação de comunidades onde os indivíduos buscam ativamente determinar e aumentar seu estado de saúde pessoal (OMS, 1986; PUEYO-GARRIGUES; WHITEHEAD; PARDAVILA-BELIO; CANGA-ARMAYOR; PUEYO-GARRIGUES; CANGA-ARMAYOR, 2019)

A educação em saúde possibilita que as pessoas aumentem o controle sobre sua saúde, aumente o letramento em saúde, qualidade de vida e promova saúde em seu contexto social (PUEYO-GARRIGUES; WHITEHEAD; PARDAVILA-BELIO; CANGA-ARMAYOR; PUEYO-GARRIGUES; CANGA-ARMAYOR, 2019). Uma pesquisa-ação desenvolvida por Vasconcelos, Frota, Martins e Machado (2012) ao se aplicar ações educativas com mães primíparas durante as consultas de puericultura obteve resultados positivos no aprendizado voltado para cuidados com a criança e a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção, com uma abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da pesquisa participativa em saúde. Este tipo de pesquisa consiste no envolvimento dos atores sociais para contextualizar vivências, percepções e produzir conhecimentos, necessitando-se de uma parceria equitativa entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados para alcançar resultados e interpretações do problema em questão ou de um determinado tema (ANDERSSON, 2018).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Passira está localizado no Estado de Pernambuco a 108km da capital, possui uma área territorial de 326,758km² e uma população estimada de 28.856 habitantes (IBGE, 2021). A população é 100% coberta por Equipes de Saúde da Família (eSF) segundo dados da Primeira Infância Primeiro (PIP, 2021)..

Atualmente, o município conta com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 14 eSF, sendo cinco localizadas na zona urbana e nove na zona rural. Os profissionais de saúde que atuam na atenção primária compondo as eSF, são em sua totalidade 14 profissionais enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 12 médicos, 62 agentes comunitários de saúde, seis dentistas e seis auxiliares de saúde bucal. Além disso, as UBS também possuem o apoio da equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) composta por profissionais: nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, psicólogo e assistente social.

Todos os integrantes da eSF municipal são responsáveis pela vigilância à saúde da criança, incluindo o monitoramento do DI de forma saudável, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, além de fornecer apoio à família e os conduzir durante as etapas do DI. Sob essa ótica, os profissionais de saúde são fundamentais para acolher, estimular e orientar as necessidades advindas durante a primeira infância.

Acrescenta-se que o município faz parte do Programa Criança Feliz que tem objetivos voltados para a promoção do DI de forma integral, estimulação de atividades lúdicas e o envolvimento afetivo da família com a criança. Conta-se também com programas que beneficiam famílias de baixa renda para maior apoio de famílias com crianças na primeira infância, como o programa Bolsa Família (PIP, 2021).

Indicadores de avaliação da primeira infância mostram que no município, em 2019, ocorreram quatro óbitos infantis de criança até 1 ano de idade, destes, um (25%) óbito foi por causa evitável, o qual pode ser reduzível por meio de estratégias de promoção e prevenção à saúde da criança, como atenção adequada para a criança e diagnóstico e tratamento adequado, por exemplo (PIP, 2021).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta por profissionais de saúde que atuam na vigilância à saúde da criança no contexto da APS. O tamanho amostral foi definido de forma intencional (NOBRE *et al.*, 2017), pelos profissionais que aceitaram participar e que se engajaram no processo educativo. Para seleção da amostra, considerou-se os seguintes critérios de elegibilidade:

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser profissional de saúde que atua na vigilância à saúde da criança na APS;
- Atuar na promoção ou monitoramento do DPI;
- Ter disponibilidade para participar da intervenção educativa e das atividades propostas.

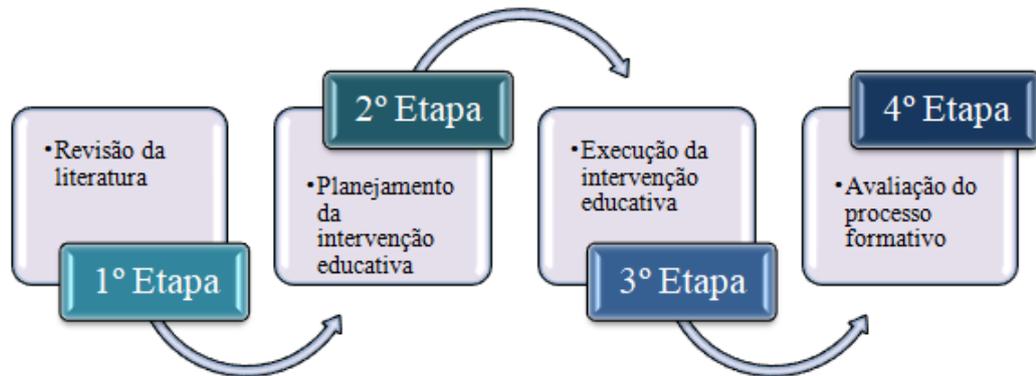
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estar afastado das atividades laborais por atestado médico, férias ou licença maternidade durante período de realização da ação educativa.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em quatro etapas consecutivas (Figura 1), correspondendo à: (1) elaboração da revisão integrativa acerca da temática; (2) planejamento da intervenção educativa; (3) implementação da intervenção educativa e (4) avaliação.

Figura 1- Fluxograma das etapas da pesquisa participativa em saúde. Passira- PE, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

4.4.1 Etapa 1: revisão integrativa

A revisão integrativa (RI) foi construída para embasar a elaboração da intervenção educativa e ser planejada a partir das necessidades identificadas durante o levantamento das informações contidas na literatura vigente. A revisão seguiu cinco etapas: estabelecer a questão de pesquisa; selecionar amostra, bases de dados e critérios de inclusão e exclusão; extrair dados dos estudos; analisar os resultados dos estudos incluídos; apresentar a síntese. Sendo a questão de pesquisa: qual a evidência científica das intervenções educativas realizadas pelos profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil na primeira infância em contexto comunitário? Que pressupostos do letramento em saúde encontram-se presentes na implementação dessas intervenções educativas?

A busca ocorreu em três bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Web of Science. Acessadas por intermédio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nas buscas os descritores em saúde utilizados foram: "Pessoal de Saúde"; "Educação em Saúde"; "Educação, Profissional de Saúde Pública"; "Desenvolvimento Infantil". Adotou-se por critérios de inclusão: ser artigo original, no idioma português, inglês ou espanhol, nos últimos 10 anos. Por critérios de exclusão: ser teses, dissertações, estudos de revisão de literatura,

protocolos, estudos voltados para a doença mental de pais/cuidadores e estudos com crianças com deficiência, risco ou atraso para o desenvolvimento infantil. O nível de evidência dos estudos foram classificados do nível I ao VI. Os dados coletados foram analisados e categorizados conforme objetivo do estudo. O artigo está disponível em sua íntegra por meio do acesso: doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116.

4.4.2 Etapa 2: planejamento da intervenção educativa

Dentre as UBS do município, duas foram selecionadas para participar do estudo, uma da zona urbana e uma da zona rural. A escolha das unidades se deu por meio de um sorteio aleatório realizado com os nomes das unidades em recorte de papéis, sendo os recortes separados em duas sacolas conforme as zonas de localização (urbana e rural), foi selecionado uma UBS de cada zona. Ao selecionar as unidades, entrou-se em contato com os profissionais de saúde por meio de apoio da gestão local do município que viabilizou a ponte entre a pesquisadora e os profissionais de saúde das referidas unidades.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e todas as orientações foram comunicadas, como objetivos da pesquisa e dinâmica da intervenção (sessões em grupo, carga horária, certificação, entre outras informações). Na oportunidade, aplicou-se o formulário para caracterização do perfil do participante (APÊNDICE A), o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), termo de autorização de uso de imagem e depoimento (APÊNDICE C) e, juntamente, entregue o cronograma contendo as atividades a serem desenvolvidas (APÊNDICE D).

As datas e horários foram definidos conforme a disponibilidade dos participantes, visando maior adequação e participação dos voluntários com a intervenção educativa. Para facilitar a comunicação e demais ajustes, criou-se um grupo no WhatsApp® com os participantes para combinar as datas e horários do cronograma, bem como o local para os encontros.

O primeiro contato realizado entre a pesquisadora e o cenário de estudo, por meio de uma visita ao local foi pertinente para se aproximar do contexto de atuação dos participantes. Esse contato inicial trouxe uma melhor compreensão do espaço, dinâmica de trabalho, disposição da equipe e ações desenvolvidas, sobretudo, de cunho voltado à vigilância à saúde da criança, como: consultas de puericultura, ações de ES, visitas domiciliares, entre outros.

Além de uma aproximação, buscou-se o engajamento dos profissionais de saúde para se envolverem na intervenção educativa.

Na zona rural em específico a enfermeira estava ligada a três UBS, cada uma em uma zona rural diferente do próprio município de Passira, devido a baixa demanda que contabilizava de forma individual. A mesma subdivide os atendimentos durante a semana por UBS, segunda e quinta em uma unidade, quarta em outra unidade, e os demais dias na outra unidade. Diante dessa dinâmica as atividades da intervenção educativa foram sendo marcadas conforme cronograma e disponibilidade de participação da enfermeira, os demais integrantes da equipe conseguiram se adequar aos dias propostos de execução.

Após o primeiro contato, foram realizadas visitas pontuais nas unidades com a finalidade de observar aspectos voltados à vigilância à saúde da criança de forma mais específica. Na zona urbana foi possível acompanhar consulta de puericultura e vacinação; na zona rural acompanhou-se visita ao recém-nascido (RN), consulta de puericultura e vacinação. No ensejo, utilizou-se a técnica de observação não participante seguindo um roteiro (APÊNDICE E) a fim de observar pontos importantes na atuação dos profissionais juntos a pais/mães/cuidadores. As observações foram devidamente registradas pela pesquisadora em uma caderneta destinada para anotações de campo.

A intervenção foi planejada para ser conduzida por meio de metodologias ativas, que envolvesse os atores sociais, consolidando conhecimentos, práticas e valores, os levando a refletirem de forma problematizadora para uma mudança de comportamento e prática profissional (FREITAS *et al.*, 2015; RABELO; GARCIA, 2015; SOBRAL; CAMPOS, 2012; MITRE *et al.*, 2008).

Foi disponibilizado aos profissionais de saúde de forma impressa um guia da intervenção educativa (APÊNDICE F), composta a partir de workshops, para orientação referente à: datas dos encontros, horário, cronograma e um espaço destinado para descrição das atividades que serão realizadas no ambiente de trabalho.

A intervenção teve duração de 3 meses, dividindo-se em 5 workshops presenciais, com carga horária de 10h e atividades práticas correspondendo a 30h, pois, além do momento de imersão teórica, os participantes foram mobilizados a realizarem atividades práticas no seu contexto de trabalho, envolvendo conhecimentos e habilidades trabalhadas. Cada workshop pautou-se em um eixo temático central e objetivos a serem contemplados. Ao final de cada

workshop, uma atividade prática era sugerida conforme o eixo estratégico discutido no dia. Ao longo da semana os profissionais de saúde deveriam pesquisar mais sobre os temas trabalhados e executar a atividade no contexto de trabalho. No workshop seguinte os profissionais compartilhavam no grupo as suas vivências práticas, dificuldades e possibilidades. As atividades práticas articulavam-se aos objetivos traçados em cada workshop pela pesquisadora. O quadro 1 apresenta o planejamento dos workshops.

Quadro 1 - Planejamento da intervenção educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil e letramento em saúde. Passira– PE, Brasil, 2023.

TEMA	OBJETIVO	ESTRATÉGIA/ MATERIAIS UTILIZADOS	ATIVIDADE PRÁTICA
-------------	-----------------	---	--------------------------

<p><i>Desenvolvimento infantil na primeira infância</i></p>	<p>Objetivo cognitivo:</p> <p>Compreender o conceito de desenvolvimento infantil;</p> <p>Objetivo procedimental:</p> <p>Realizar a comunicação com pai/mãe/cuidador de forma crítica-reflexiva, considerando a temática desenvolvimento infantil.</p> <p>Objetivo atitudinal:</p> <p>Considerar nas abordagens comunicativas educativas, a importância da escuta e diálogo com pai/mãe/cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Recursos audiovisuais; · Infográficos sobre o desenvolvimento infantil. · Vídeo didático da UNICEF: ABC para a primeira infância. 	<p>-Dinâmica: memórias da infância;</p> <p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho:</p> <p>Converse com três pais/mães/cuidadores e pergunte quais suas percepções quanto ao desenvolvimento de seus filhos?</p>
---	---	---	---

<p><i>Letramento em saúde no contexto da vigilância do Desenvolvimento Infantil</i></p>	<p>Objetivo cognitivo:</p> <p>Compreender as quatro habilidades de Letramento em Saúde com base na promoção do desenvolvimento infantil:</p> <p>1- Acessar – capacidade de procurar e obter informações em saúde;</p> <p>2- Compreender – capacidade de entender as informações obtidas;</p> <p>3- Avaliar – habilidade de interpretar, filtrar e avaliar uma informação em saúde;</p> <p>4- Aplicar – capacidade utilizar a informação para tomar decisões que mantenham ou melhorem a saúde.</p> <p>Fortalecer as habilidades do Letramento em Saúde, a partir das estratégias</p>	<p>· Recursos audiovisuais;</p> <p>· Roteiro para dinâmica Role play;</p>	<p>-Metodologia ativa: Role play.</p> <p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho:</p> <p>Realize um diálogo com pais/mães/cuidadores durante a vigilância de saúde da criança e aplique os pressupostos do letramento em saúde.</p>
---	---	---	--

de comunicação com foco nas experiências desenvolvidas durante o processo formativo.

Objetivo

procedimental:

Realizar escuta qualificada com pai/mãe/cuidador a partir dos novos conhecimentos mobilizados.

Objetivo atitudinal:

Reconhecer no território e nas pessoas, fatores que dificultam ou potencializam o alcance da aplicação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde.

<p><i>Caderneta de saúde da criança</i></p>	<p>Objetivo cognitivo:</p> <p>Compreender a importância de acompanhar e monitorar o desenvolvimento infantil na primeira infância.</p> <p>Objetivo procedimental:</p> <p>Elaborar estratégias utilizando a caderneta de saúde da criança.</p> <p>Objetivo atitudinal:</p> <p>Considerar as falas do pai/mãe/cuidador a respeito do desenvolvimento de seu filho.</p>	<p>·Recursos audiovisuais;</p> <p>·Cartaz demonstrativo da tabela de acompanhamento do desenvolvimento infantil;</p> <p>·Estudo de caso.</p>	<p>- Estudo de caso;</p> <p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Ler a caderneta de saúde da criança; Desenvolver uma atividade com pais/mães/cuidadores utilizando a caderneta de saúde da criança. Preencher os marcos do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança durante acompanhamento/monitoramento do desenvolvimento infantil.</p>
---	---	--	---

<p><i>Comunicação entre profissional-pai/mãe/cuidador</i></p>	<p>Objetivo cognitivo:</p> <p>Compreender a importância da comunicação efetiva com pai/mãe/cuidador para a promoção do desenvolvimento infantil e Letramento em Saúde.</p> <p>Objetivo procedimental:</p> <p>Elaborar ações baseada nas abordagens comunicativas desenvolvidas durante o processo educativo, em seu contexto de trabalho;</p> <p>Desenvolver uma comunicação de forma clara e qualificada com pai/mãe/cuidador, a partir dos pressupostos do LS;</p> <p>Identificar lacunas na comunicação com pai/mãe/cuidador e adotar abordagens</p>	<ul style="list-style-type: none"> ·Recursos audiovisuais; ·Estudo de casos. ·Cartilha “A primeira infância é o tempo certo de plantar” 	<p>- Discussão de casos sobre a comunicação;</p> <p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho:</p> <p>Desenvolva estratégias de comunicação com pais/mães/cuidadores em seu ambiente de trabalho.</p>
---	---	--	--

comunicativas que
facilite a compreensão.

Objetivo atitudinal:

Envolver
mãe/pai/cuidador nos
cuidados e estímulos
na primeira infância
dos filhos.

<p><i>Educação em Saúde e Letramento em saúde na vigilância do Desenvolvimento Infantil.</i></p>	<p>Objetivos cognitivos:</p> <p>Compreender a necessidade de fornecer a pai/mãe/cuidador orientações acerca do desenvolvimento infantil na primeira infância;</p> <p>Compreender a importância do trabalho em equipe.</p> <p>Objetivo procedimental:</p> <p>Desenvolver estratégias de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento infantil;</p> <p>Realizar atividades de educação em saúde, de forma colaborativa entre diferentes profissionais.</p> <p>Objetivo atitudinal:</p> <p>Considerar nas ações educativas, a</p>	<p>·Recursos audiovisuais;</p> <p>·Explicação do artigo de RI;</p> <p>·Cartaz do letramento em saúde;</p> <p>·Plano de ação educativa.</p>	<p>- Relatar uma vivência na APS contextualizando com a aplicação do LS.</p> <p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho:</p> <p>Desenvolva uma ação educativa em seu ambiente de trabalho voltada para o desenvolvimento infantil, considerando os pressupostos do letramento em saúde (acessar, compreender, avaliar e aplicar).</p>
--	--	--	--

	importância da escuta e diálogo com pai/mãe/cuidador.		
--	---	--	--

Utilizou-se em todos encontros recursos audiovisuais na modalidade de slides por meio de exposição em datashow e saída de som por intermédio de uma caixa de som. O vídeo didático foi apresentado pelo dispositivo de mídias no acesso aberto pela plataforma do Youtube, produzido pela UNICEF e disponível pelo link: [ABC para a Primeira Infância | UNICEF Brasil](#). O vídeo foi exposto durante discussões. Ao final do vídeo, os profissionais de saúde foram sensibilizados a refletirem sobre a exposição e a utilização do referido material didático para orientar pais/mães/cuidadores.

Os infográficos sobre as habilidades do desenvolvimento (socioemocional, linguagem, motora e cognitiva) foram construídos pela pesquisadora por meio da plataforma Canva. À medida que era discutido o desenvolvimento da criança na primeira infância durante o encontro, os infográficos eram explanados com a equipe.

O role-play compreendeu um roteiro pré-formulado com uma situação problema criada pela pesquisadora. Ao final do workshop, a técnica foi aplicada. De forma que, os profissionais de saúde trocavam suas funções, ex.: O enfermeiro ocupa o lugar hipotético do usuário de saúde (mãe), ACS o do enfermeiro, e assim por diante. No final da encenação os

profissionais puderam realizar o briefing que consiste na reflexão da situação e sua percepção ao se colocar/estar no lugar do outro.

O cartaz demonstrando a tabela de acompanhamento do desenvolvimento infantil simulou a CSC. Na oportunidade, foi demonstrada a legenda para preenchimento no monitoramento do DI na caderneta e elucidando as dúvidas presentes. Para maior discussão, também foi discutido um caso de uma criança que estava com atraso no desenvolvimento, cada profissional de saúde leu o caso, assinalaram na caderneta (impressão da parte dos marcos do desenvolvimento, conforme página da caderneta) e no final discutiram entre si sobre a condução do referido caso.

No encontro de comunicação dois estudos de casos foram discutidos, um caso possuía uma abordagem inadequada do profissional se comunicar com o cuidador principal da criança, enquanto que o outro caso tinha uma abordagem adequada. Ao encenar a situação, os profissionais no final identificavam qual abordagem foi adequada e qual foi inadequada, além disso, de que forma a abordagem inadequada poderia ser revertida para uma abordagem adequada.

A cartilha “A primeira infância é o tempo certo de plantar”, foi um material didático desenvolvido pela orientadora e estudante de graduação da UFPE, foi demonstrada aos profissionais de saúde como material didático para que eles pudessem utilizar com pais/mães/cuidadores na orientação sobre o desenvolvimento de cada etapa dos filhos. Além disso, o artigo de RI realizado para embasamento do presente estudo, foi explanado para demonstrar as intervenções educativas realizadas pelos profissionais de saúde com foco no desenvolvimento infantil articulando-se aos pressupostos do letramento.

Uma atividade foi realizada para compreensão de como identificar os pressupostos do letramento em saúde ao se comunicar com pais/mães/cuidadores. Os profissionais receberam quatro cortes retangulares de papel cartolina, correspondente a cada pressuposto do letramento (acessar, compreender, avaliar e aplicar). Cada um teria que trazer uma vivência durante a assistência e no momento em que estava ocorrendo a intervenção educativa na qual aplicaram e identificaram o alcance das dimensões do acesso, compreensão, avaliação e aplicação pelo pais/mães/cuidadores após uma orientação em saúde fornecida pelo profissional. Por fim, um plano de ação educativa elaborado pela autora foi entregue aos

profissionais para que eles pudessem planejar e colocar em prática, as ações de educação em saúde que envolvessem a vigilância à saúde da criança.

4.4.3 Etapa 3: implementação da intervenção educativa

A implementação ocorreu através de workshops baseada na educação crítica fundamentada por Paulo Freire, que consiste na inter-relação com as pessoas a partir de uma abordagem dialética, para que a partir de um assunto abordado ocorra troca de experiências, permitindo compreender a realidade do grupo, suas vivências e construir conhecimentos, de forma coletiva, dentro de um processo de ensino-aprendizagem (ZANCHETTA; METERSKY; NAZZAL; DUMITRIU; PAIS; MOK; LAM-KIN-TENG; YU, 2022).

Os workshops foram desenvolvidos pela pesquisadora principal, com auxílio de dois observadores - colaboradores da pesquisa, estes alunos de graduação em enfermagem e por um conjunto de pessoas - população do estudo. O moderador é considerado o facilitador do grupo por intermediar o andamento da discussão (TANAKA; SANTANA, 2018). Os observadores foram previamente treinados quanto às suas contribuições durante os encontros, orientados a realizar a gravação de áudio por meio de aparelho gravador de áudio, registrar fotos e vídeos por meio de câmera fotográfica ou celular e realizar anotações de campo por meio de caderneta.

As atividades foram realizadas em um espaço pré-estabelecido que acomodasse todos em um círculo para uma maior interação entre os participantes e um espaço reservado para que não ocorresse interferência ou ruídos durante a efetivação da intervenção educativa. O local para encontros primeiramente ficou acordado de ser na própria UBS, porém, ao decorrer dos encontros outros espaços foram utilizados para melhor acomodação. Na zona urbana utilizou-se o espaço da UBS nos dois primeiros encontros e os demais encontros foram realizados em um salão cedido pela coordenadora de saúde municipal. Na zona rural o primeiro encontro foi realizado na igreja ao lado da UBS e os demais nas acomodações da UBS (unidade diferente da primeira).

Para maior aprofundamento das questões levantadas, os workshops tiveram um tempo estimado de uma a duas horas de duração. Todos os encontros foram gravados por meio de um aparelho de gravação de áudio, posteriormente, falas e discussões foram transcritas e analisadas pela pesquisadora.

4.4.4 Etapa 4: avaliação da intervenção educativa

A avaliação da intervenção educativa ocorreu durante todos os encontros, a partir de feedbacks dos participantes, narrativas e impressões ao longo dos encontros, registros em diário de campo e perguntas direcionadas a identificar mudanças nos conhecimentos e na prática dos profissionais. O quadro 2 traz as perguntas utilizadas nos respectivos encontros.

Quadro 2. Perguntas direcionadas utilizadas ao longo dos encontros da intervenção educativa. Passira– PE, Brasil, 2022.

Encontro/eixo estratégico	Pergunta direcionada
1º Encontro - Desenvolvimento infantil na primeira infância	<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende por desenvolvimento infantil? - De que forma tenho abordado o desenvolvimento infantil com pais/mães/cuidadores em meu ambiente de trabalho? - Como você orienta os cuidadores sobre a importância de estimular seus filhos para se desenvolverem?
2º Encontro - Letramento em saúde no contexto do desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende por letramento em saúde? - Como o letramento em saúde pode ser abordado na vigilância do desenvolvimento infantil?
3º Encontro - Caderneta de Saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Como você acompanha o desenvolvimento das crianças assistidas pela Equipe de Saúde da Família? - De que forma você utiliza a caderneta de saúde da criança em seu ambiente de trabalho? Qual a importância da caderneta? - Como utilizar a caderneta de saúde da criança com pais/mães/cuidadores em meu ambiente de trabalho?
4º Encontro - Comunicação entre profissional-pai/mãe/cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Quais barreiras de comunicação identifico com pais/mães/cuidadores no ambiente de trabalho? - Quais estratégias você utiliza para melhorar a comunicação com pais/mães/cuidadores?
5º Encontro - Educação em saúde e Letramento em saúde na vigilância do	<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende por educação em saúde?

Desenvolvimento Infantil	- De que forma tenho desenvolvido ações de educação em saúde que viabilizem os quatro domínios do letramento em saúde?
--------------------------	--

Em comum, ao final de todos os encontros foi realizada a pergunta: A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?

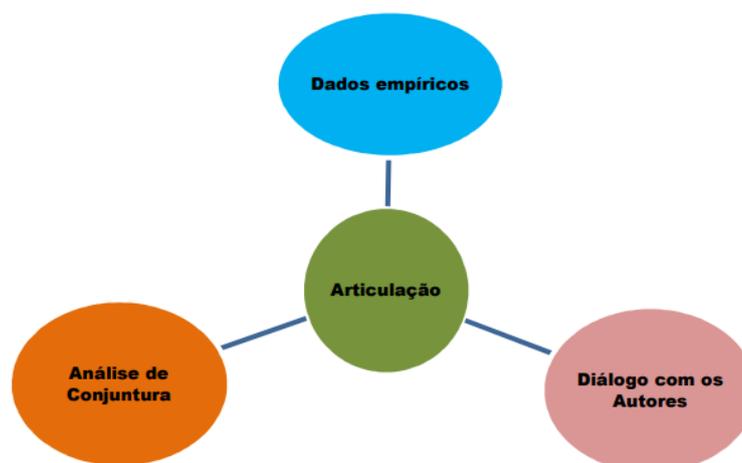
No último encontro, após o término da intervenção educativa aplicou-se um formulário (APÊNDICE G) com perguntas direcionadas aos participantes do estudo acerca das suas percepções após a intervenção educativa, autoavaliação no processo de aprendizagem e avaliação da modalidade empregada para condução da intervenção.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada mediante a triangulação de métodos, essa modalidade permite que o pesquisador utilize três ou mais métodos para coleta de dados com a finalidade obter mais informações a respeito do fenômeno estudado e analisar a partir de diversas perspectivas (MARCONDES; BRISOLA, 2014). Visto que no presente estudo utilizaram-se distintas técnicas para coleta dos dados, a saber: caderno para anotações de campo, formulários, observação e registro das falas, é pertinente a triangulação dos dados obtidos para uma maior compreensão e alcance do objetivo proposto.

A análise por triangulação de métodos percorre a articulação de três dimensões (Figura 3): 1- dados empíricos; 2- autores que retratam a temática em estudo; 3- análise de conjuntura (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

Figura 2- Análise por Triangulação de Métodos. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: Marcondes e Brisola (2014).

Os dados empíricos constituem a primeira dimensão, refere-se a fala dos entrevistados obtida por meio de procedimentos e/ou técnicas, nesse momento os dados serão transcritos e analisados, como apoio seguirá as etapas propostas por Yin (2016): composição da base de dados, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão.

A primeira etapa (composição) consiste na compilação dos dados obtidos, neste caso a fala dos participantes do estudo, na segunda etapa (decomposição) contou-se com a atuação conjunta entre a pesquisadora principal e orientadora, além disso, foi utilizado o programa Atlas.ti (versão 8.0) a fim de auxiliar no processo de codificação e recorte dos núcleos de sentido na fase de exploração do material foi utilizado. O software permite a segmentação do material coletado em códigos descritivos, grupos de códigos e categorias finais. O referencial do LS foi articulado a partir das suas dimensões e narrativas dos profissionais ao longo da intervenção educativa, apreciando as mudanças obtidas ao longo do processo. Ao esgotamento desse processo, seguiu-se para a terceira etapa (recomposição) para reagrupação de outros códigos e criação de novas categorias possíveis. A quarta etapa configura a interpretação dos resultados alcançados e, a última etapa, a conclusão com a construção de diálogos (YIN, 2016).

Por fim, o terceiro domínio análise de conjuntura, que compreende o contexto mais amplo e abstrato da realidade, nesse momento intenta-se compreender além das informações que foram coletadas, buscou-se analisar o contexto em que essas informações foram originadas, realizando portanto uma macro análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, segundo a Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios da bioética: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça. Conforme número do parecer: 5.308.561 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 55910522.1.0000.5208 (ANEXO A).

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE (APÊNDICE C), foram cientes de todas etapas do estudo e da confidencialidade das informações, com divulgação apenas para fins de eventos ou produções científicas, sem a identificação dos participantes.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido em duas equipes da atenção primária, uma da zona urbana e outra da zona rural. As participantes do estudo foram duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, uma cirurgiã dentista e seis ACS, totalizando 13 participantes. Não participaram os médicos de ambas UBS, um devido a indisponibilidade para participar e outro por estar de férias. O quadro 3 apresenta a caracterização dos participantes. Destes, foram cinco profissionais de saúde da zona urbana (Equipe A) e oito da zona rural (Equipe B). Todas profissionais do sexo feminino (100%), com 21 a 53 anos de idade, oito participantes se identificaram na raça parda e cinco branca.

O quantitativo maior na zona urbana se deu devido à abrangência de unidades pela enfermeira e equipe, pois esta era responsável por três unidades de saúde da família do município em zonas rurais próximas, portanto, suas atividades ao longo da semana eram divididas nas três unidades.

Quadro 3. Perfil sociodemográfico e profissional das participantes. Passira– PE, Brasil, 2022.

Participantes	Equipe	Idade	Sexo	Tempo de Experiência
---------------	--------	-------	------	----------------------

(n= 13)				na Atenção Básica
Enfermeira 1	A	33 anos	Feminino	10 anos
Enfermeira 2	B	29 anos	Feminino	4 anos
Agente Comunitária de Saúde 1	A	40 anos	Feminino	20 anos
Agente Comunitária de Saúde 2	A	53 anos	Feminino	27 anos
Agente Comunitária de Saúde 3	A	42 anos	Feminino	20 anos
Agente Comunitária de Saúde 4	B	43 anos	Feminino	20 anos
Agente Comunitária de Saúde 5	B	44 anos	Feminino	20 anos
Agente Comunitária de Saúde 6	B	42 anos	Feminino	22 anos

Técnica de Enfermagem 1	A	21 anos	Feminino	6 meses
Técnica de Enfermagem 2	B	31 anos	Feminino	6 meses
Técnica de Enfermagem 3	B	26 anos	Feminino	2 anos
Técnica de Enfermagem 4	B	28 anos	Feminino	2 anos
Cirurgiã-dentista 1	B	27 anos	Feminino	1 ano

Em relação ao tempo de experiência na atenção básica, o estudo compreendeu profissionais com 6 meses e profissionais com mais de 20 anos de experiência. As enfermeiras possuíam especialização, uma em obstetrícia e a outra em urgência e emergência e uma das ACS tem formação em pedagogia.

Quando questionadas sobre a utilização de estratégias com pais/mães/cuidadores para maior estímulo do DI foi obtido como estratégias: orientação de pais e responsáveis sobre a importância da vacinação e campanhas, realização de palestra sobre alimentação, higienização bucal e vacinação, comunicação clara e objetiva, orientação sobre cuidados diários e sobre a puericultura. Algumas das participantes não responderam a esse item ou identificaram que não utilizavam estratégias.

Apesar de as enfermeiras terem assinalado no questionário que realizavam o preenchimento do quadro dos marcos do DI nas consultas de puericultura, durante a observação não participante realizada pela pesquisadora nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares, as marcações não eram realizadas na caderneta para monitoramento do desenvolvimento. Além disso, uma ACS e uma técnica de Enfermagem também assinalaram

o referido item, entretanto, não é de competência desses profissionais este preenchimento na CSC.

Ao questionar as profissionais de saúde se consideram ter uma comunicação efetiva; se consegue identificar quando pais/mães/cuidadores compreendem informações repassadas; e, se consegue identificar quando pais/mães/cuidadores não compreendem as informações repassadas, todas participantes assinalaram que sim, excetuando duas, uma respondeu às vezes para “consegue identificar quando os pais/mães/cuidadores não compreende a orientação repassada” e outra participante respondeu às vezes para todas as alternativas.

As barreiras comunicativas comumente identificadas pelos profissionais de saúde nas consultas, acompanhamento, ações de educação em saúde, ou outros, com pais/mães/cuidadores eram: baixa alfabetização em saúde, emoções (medo e ansiedade), linguagem, desinteresse, falta de compreensão das informações passadas, escolaridade, assiduidade, dificuldades de locomoção, distância das áreas descobertas, falta de conhecimento, entre outros

5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados analisados subsidiaram a elaboração das seguintes categorias: 1) Resgate da infância dos profissionais e reflexões sobre a infância no contexto de trabalho 2) Saberes e experiências prévias na promoção do Desenvolvimento Infantil; 3) Dimensões do Letramento em Saúde nas ações de promoção do desenvolvimento infantil

Antecedendo os encontros dos GF, fora acompanhado a rotina e dinâmica das UBS, na observação não participante e anotações feitas foi possível identificar aspectos importantes na vigilância à saúde da criança. Na unidade do grupo A, a enfermeira utiliza como recurso em suas consultas vídeos infantis para atrair a atenção das crianças. Em ambos grupos, era avaliado a presença dos reflexos primitivos na criança durante a consulta de puericultura; os marcos do desenvolvimento não eram avaliados, nem assinalados na caderneta, além disso, não era comunicado ao cuidador que acompanhava a criança. Uma das enfermeiras mantinha contato com as mães da comunidade pelo WhatsApp®. Acrescenta-se a falta de outros recursos como brinquedos e materiais educativos que potencializasse o LS de pais/mães/cuidadores.

Categoria 1. Resgate da infância dos profissionais e reflexões sobre a infância no contexto de trabalho

A primeira categoria emergiu a partir de lembranças vivenciadas pelos profissionais de saúde durante a infância por meio de uma atividade desenvolvida no primeiro encontro. A atividade ocorreu mediante a solicitação prévia para que os profissionais levassem ao primeiro encontro algo que marcou sua infância. Mediante a exposição de objetos, memórias e fotografias, houve uma sensibilização da criança que cada pessoa foi/é.

Figura 3 – Sessão grupal com a Equipe A na Unidade Básica de Saúde. Primeiro encontro: desenvolvimento infantil na primeira infância. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

Figura 4 – Sessão grupal com a Equipe A na Unidade Básica de Saúde. Primeiro encontro: desenvolvimento infantil na primeira infância. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

As memórias mais marcantes na infância dos profissionais estavam associadas a brincadeiras e relação com pessoas mais próximas que marcaram de forma significativa essa fase de suas vidas. Os participantes ressaltaram os vínculos com a família e os momentos de aventura nas brincadeiras.

“Eu lembro de muita coisa da minha infância [...] eu brinquei de boneca até dezessete anos, eu tinha casa da barbie, eu nunca fui de, eu nunca fui uma adolescente rebelde não, a minha infância foi bem... brinquei mesmo, de cuscuz, de barra bandeira, do que você imaginar eu brincava.” (Enfermeira 1)

“Eu trouxe uma boneca da minha menina, que assim, eu lembro que na minha infância [...] a gente brincava muito com boneca de milho, fazia trança no roçado, né, que a gente morava no sítio, aí eu fazia muito [...] a gente fazia trança, só que, o cabelo caia (referindo-se ao milho) e atrapalhava, né, o crescimento do milho, mas a gente saía, o que tinha o cabelo bonito, a gente fazia.” (ACS 3)

“Meu jogo era bola de gude, era esses carro de mão que a gente soltava aqui nessa pista, descia [...] jogo de bola, queimado, vôlei, o que fosse de coisa assim, de travessura, jogar pedra em cima da casa do povo.” (ACS 1)

“A lembrança que eu tenho foi essa cicatriz aqui (mostra a cicatriz) e uma no pescoço aqui... na infância, eu fui tomar banho de rio, né, escondido do meu pai, com minhas primas, aí pra chegar primeiro tinha um corredor de arame farpado, minha prima foi pelo corredor e eu pra chegar primeiro vamos ver quem chega

primeiro foi, passei por debaixo do arame aí tinha acabado de fazer a cerca pegou aqui e aqui aí foi uma lembrança.” (ACS 2)

“Isso é minha avó, só que eu tava nesse lugar com ela, só que eu acho que como cortaram aqui (mostra a foto cortada) a gente não saiu, mas aqui tava minha irmã brincando, só de calcinha (riso) e acho que por isso que cortaram a foto [...] a gente tinha mais ou menos uns seis pra sete anos e a gente foi pra casa da tia dela e eu lembro.” (Enfermeira 1)

“[...] com minhas irmãs ou com meus vizinhos, brincava nas casinhas de pedrinhas, jogava corda, de elástico, jogava bola [...] minha infância todinha foi assim, até eu ficar de adolescente pra mocinha.” (Técnica de enfermagem 2)

“[...] uma foto, minha do meu pai e da minha irmã, que relembrou muito, que a gente era muito unido os três.” (Técnica de enfermagem 4)

“ [...] antigamente aquelas vitrolas, aquela que usava aqueles vinil, e todo mundo trabalhava, eles trabalhavam e compravam aquelas pilha, ligava esse vinil e me colocava no colo pra dançar, ah como era bom...” (ACS 4)

Os participantes descreveram também as dificuldades e vulnerabilidades, ao apontar brincadeiras mais culturais, sem aquisição de brinquedos/objetos e falta de acesso a outros recursos tecnológicos na época. Mesmo diante das dificuldades, os participantes enaltecem de forma expressiva a infância como uma fase positiva e de lembranças construtivas.

“O rico morre e os familiar vê ele conversando, cantando, porque assim.. tá gravado, aí passa né, aí como você falou ‘nem parece que morreu’... aí eu lembrei que o pessoal dizia: o rico morre e as família continua vendo ele.” (ACS 2)

“Nesse dia foi quando eu vi... me trouxeram pra pontear né, na farmácia [...] e lá uma coisa que me chamou muita atenção foi um homem conversando dentro do rádio... dentro de uma caixa, que era um rádio, que eu nunca tinha visto.” (ACS 2)

“A gente tinha as fotos assim de elevação, não tem?” (Enfermeira 1) “Eu tive uma infância muito boa, a gente brincava muito.” (Enfermeira 1)

A reflexão acerca da infância contemporânea foi percebida como mais solitária a partir dos recursos tecnológicos como o celular em detrimento das brincadeiras e da socialização. Diante das dificuldades enfrentadas na infância, mencionam o desejo de oferecerem recursos mais favoráveis para seus filhos.

“Ah, tem não... ah, meu deus, a infância da gente é diferente dos meninos de hoje, que a gente era... a gente tava até comentando hoje no grupo, que a gente brincava de amarelinha, a gente brincava de sete pecado.” (ACS 1)

“Hoje eu vejo que minha menina não tem essas brincadeiras, hoje é muito celular, é muito individualista, sabe? e a gente não, a gente brincava.” (Enfermeira 1)

“Eu tenho essa cicatriz aqui... brinquei muito, muito mesmo. Eu digo minha menina hoje em dia, mas ela não brinca porque os meninos é muito dentro de casa, né? Mas eu saio com ela de bicicleta pra ela viver a vida mesmo.” (Enfermeira 1)

“Eu sempre quis comprar pra minha menina tudo que eu tinha vontade na infância. Pronto, eu tinha o sonho de... ele (se referindo ao pai) me prometeu uma bota da xuxa, aí ele não comprou essa bota, então assim, quando minha menina nasceu, já três meses tinha uma bota.” (ACS 3)

Categoria 2. Saberes e experiências dos profissionais de saúde na promoção do Desenvolvimento infantil

O conceito de desenvolvimento infantil foi abordado pelos profissionais como o acompanhamento do crescimento, por meio de medidas como peso e altura, a importância do acompanhamento desde a visita puerperal e a importância de colaborarem para uma vida saudável. Os profissionais mencionaram também os marcos do desenvolvimento, a linguagem e as habilidades motoras.

“O desenvolvimento infantil... é que vamos dizer assim, é o , hoje né que tem o peso (se referindo ao dia de puericultura), da criança, aí só que muitas pessoas não, as vez não sabe do, ‘só é pra pesar’ (se referindo a fala das mães).” (ACS 2)

“A evolução né da gente... do desenvolvimento Infantil.” (Técnica de Enfermagem 1)

“O desenvolvimento infantil da criança,né, desde quando que a gente foi fazer a visita puerperal, né, desde aquele momento que a criança nasce, né, ela é nossa obrigação,né, de acompanhamento no posto de saúde [...] principalmente de 0 a 1 ano.” (Enfermeira 2)

“Desenvolvimento infantil é como é que tá se desenvolvendo ele, se tá uma pessoa, uma criança sadia, se tá tudo nas medida certa, né, de cabeça, tronco... assim, tem outras coisa, mas assim o que, no desenvolvimento da... do crescimento normal,

peso... Como é que ele tá crescendo, se tá, se ele tem a fala direitinho, se tá falando, se tá, sabe escutar também.” (ACS 2)

“Eu vejo o desenvolvimento sendo andar, sendo falar.” (Enfermeira 1)

“Criança tudo é padrão, ela tem o tempo de sentar, ela tem o tempo de andar, ela tem o tempo de falar.” (ACS 3)

“É a fase mais importante da vida de todo ser humano, é o desenvolvimento infantil.” (Técnica de enfermagem 3)

“Eu acho bonito quando eles encontram os pés, que eles acham os pés. É o primeiro sinal deles, é a primeira é encontrar os pés.” (ACS 1)

“ O desenvolvimento infantil ele é tão importante, que mexe tanto com a gente que trabalha, que tem uma mãe que quando fica grávida a gente tem vontade até de chorar (risos), [...] como é que vai ser aquela criança, a alimentação, os cuidados, a educação...” (ACS 4)

Os momentos oportunos abordados para acompanhamento do desenvolvimento infantil foram as consultas de puericultura e a visita domiciliar. Os profissionais destacaram a importância de rastrear precocemente alterações que pudessem indicar atrasos nos marcos do desenvolvimento das crianças ao longo da consulta de puericultura, além de indicarem a abrangência da puericultura em avaliar os dados antropométricos e a vacinação, por meio de ações em equipe e busca ativa.

“A pueri é muito importante [...] muitos pais acham que a pueri é o peso; “vou levar meu menino pra puericultura não que é só pesar, só pesou e pronto.”; mas elas não conseguem perceber que a gente consegue ver muita coisa.” (Enfermeira 1)

“A triagem é mais importante do que você ter que tratar, na pueri ela vai investigar e buscar o que ela veja que não esteja de acordo com o padrão.” (ACS 3)

“Duas crianças que estão com o perímetro cefálico maior; pode ser genético? pode, mas e se não for genético? Se for uma macrocefalia, se for um problema, um tumor, alguma coisa...” (Enfermeira 1)

“É uma criança fora de área, mas a gente tem responsabilidade sobre ela, né, mesmo assim a gente fica em cima [...] de vacina ainda bem que a mãe traz.” (Enfermeira 2)

“Pueri que a gente faz, né, de sagrado todo mês de 0 a 1 ano, né a gente já tem a lista das crianças, eu boto agente de saúde tudinho, porque a gente fica...[...] aquela mulher não trouxe a criança, mas a gente fica no pé [...] faz busca ativa, até vim, uma vez no mês até vim.” (Enfermeira 2)

Os profissionais também destacaram as dificuldades enfrentadas ao tentar conduzir casos de crianças com atrasos no desenvolvimento, pela não aceitação dos cuidadores.

“Quando a gente fala, elas interrompe logo a gente, elas corta logo, ela ficou de porta fechada um bom tempo pra mim, fechava as portas, eu batia [...] chamava... chamava..., insistia, insistia [...] mas nunca veio pra posto, nunca levei ninguém lá, porque não aceita.” (ACS 1)

Quando identificado alguma alteração é realizado o aconselhamento do pai/mãe/cuidador com encaminhamento da criança para um serviço especializado há uma resistência e dificuldade de aceitação do cuidador principal.

“E sem contar também na dificuldade que a gente tem [...] [A enfermeira] diagnosticou algo que não tava batendo com a tabelinha, porque a data de vacina, tudo... é tabela. A mãe teve dificuldade.” (ACS 3)

“a gente percebeu que ele começou a crescer absurdamente todo pueri era 2cm a mais... 2cm, tava passando já do preto; e pedi pra mãe ir à pediatra, a pediatra pediu uma avaliação neurológica, e ela disse que não ia porque achava normal, porque ela tinha a cabeça grande e o pai também.” (Enfermeira 1)

“A mãe até hoje nunca aceitou trazer ele e já tá um rapazinho, a gente percebe que ele não é normal feito os outros, quando ele via qualquer coisa na frente da televisão ele ficava assim (faz gesticulações com as mãos) ai eu fui conversar com ela, ela só faltou me engolir (se referindo à mãe).” (ACS 1)

“Até hoje ela nunca aceitou trazer pra vir pra psicóloga... eu já conversei com ela, mas ela não aceitou, inclusive outros vizinhos já conversou, mas ela não, até hoje não aceitou.” (ACS 1)

“Duas crianças que tão com o perímetro cefálico maior; pode ser genético? pode, mas e se não for genético? Se for uma macrocefalia, se for um problema, um tumor, alguma coisa... Então assim, o pai ele não aceita, ele não entende, né? Mas a gente como profissionais de saúde, a gente tem que perceber.” (Enfermeira 1)

“as famílias que ainda, mesmo assim não tendo o conhecimento sobre o autismo ou outra característica já dá pra perceber alguma diferença no desenvolvimento da criança, mas acho que existe um receio de aceitar aquela condição, tem mãe que não aceita, não aceita, a gente mostra, chama profissionais, né...(Técnica de enfermagem 3)

- “Eu conheço uma menininha que hoje ela tá com 5 anos, e com 1 ano de idade eu já percebia alguma coisa diferente, aí questionava-se assim: não ela não brinca, ela não tem outros irmãozinhos, não tem um vizinho, mora na cidade, não tem aquele desenvolvimento com outras crianças, que no sítio tem, né? de brincadeiras, é por isso, aí a família também não queria aceitar talvez [...] Aí eu acredito que dificulta mais ainda o desenvolvimento da criança, né, quando os pais não aceitam... muito mais.”(Técnica de enfermagem 3)

Figura 5 – Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Terceiro encontro: caderneta de saúde da criança. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

Outros entraves fazem parte da aceitação de pais/mães/cuidadores diante de alguma orientação profissional que esteja relacionada à condução de seus filhos. Essas questões foram percebidas como entraves para o diagnóstico e o acompanhamento da criança.

“Ele veio aceitar com quase 6 meses na frente né...”(Enfermeira 1)

“Com 1 ano e 3 meses ela veio pedindo encaminhamento, vai passar mais um ano na fila de espera. E se for um problema fisiológico?” (Enfermeira 1)

“Pronto, teve um caso assim na minha área, de um rapaz, ele é bem isolado, ele não tinha muita comunicação com ninguém, aí eu conversei com a mãe ela disse ‘olha, eu já tentei ele não vai’ ‘eu posso falar com ele? você acha que ele vai me ouvir?’ aí ela disse ‘tente’, aí eu chamei ele e disse ‘olhe tem uma psicóloga que eu acho que você vai gostar. Você num quer que sua mãe marque uma consulta?’ aí a mãe marcou a consulta, ele fez o tratamento, ele mudou muito e depois foi aonde descobriu que tinha autismo, leve mas tinha, e já tem quase trinta anos.” (ACS 3)

“tem mãe que leva né a criança, aí não gosta do diagnóstico [...] provavelmente é autismo, ‘não gostei do profissional, porque disse que meu filho era isso’...não aceita, não aceita... isso dificulta muito.” (Enfermeira 2)

”tem pai mesmo que não aceita, eu conheço um, eles são gêmeos [...] os dois tem autismo, o neuro já deu o diagnóstico [...], a mãe só não fez chamar a gente de santa no ambulatório [...] disse que foi a pandemia, por conta que eles não estavam indo pra escola e passavam muito tempo na frente da televisão assistindo, só que não é tá entendendo... só vocês vendo eles, minha gente, eles são bem espertos, mas, é o grau leve, mas elas não aceitam.”(Técnica de enfermagem 2)

Categoria 3. Dimensões do Letramento em Saúde nas ações de promoção do desenvolvimento infantil

Em relação às dimensões do LS (acessar, compreender, avaliar e aplicar), pode-se identificar processos de mudanças ao longo da intervenção demonstrado pela compreensão e atitudes demonstradas pelos profissionais. O quadro 4 destaca aspectos de mudança em cada dimensão do LS. Na dimensão acessar destaca-se a incorporação da caderneta de saúde da criança como material para subsidiar informações importantes; compreender pelas colocações acerca do assunto trabalhado; avaliar pelo julgamento direcionado à capacitação e a outros meios e, aplicar sendo possível perceber formas diferentes de trabalhar o DI com pais/mães/cuidadores no contexto da atenção primária adotando uma abordagem que abarca os pressupostos do LS.

Quadro 4 - Conhecimentos construídos a partir do letramento em saúde ao longo do processo formativo. Passira-PE, Brasil, 2022.

Dimensões do letramento em saúde	Antes da intervenção educativa	Ao longo da intervenção educativa
Acessar	<p>“Uma médica pediatra que eu acompanho no instagram” (Grupo A)</p> <p>“Tem uma ‘blogueirazinha’ (rede social instagram)” (Grupo A)</p> <p>“Eu sempre ia com aquela menina (profssional de saúde), ela costumava dizer muitas coisas...” (Grupo A)</p> <p>“O próprio ministério ele já tem essa iniciativa uma vez ao mês, cada mês é voltado pra uma parte, pronto, agora agosto é gestante,</p>	<p>“A consulta de pueri e diz que seu filhinho tá com 6 meses, já vai introduzir... eu orientei ela ler a caderneta na página 32” (Grupo A)</p> <p>“Só depois que você deu os papéis.” (Grupo B)</p> <p>“Educação é isso é você tá sempre se atualizando mesmo.” (Grupo A)</p>

	<p>aleitamento exclusivo, então já foi passado pras enfermeiras que a gente precisa fazer alguma atividade pras gestantes, pra orientar a amamentação exclusiva” (Grupo A)</p> <p>“Da internet!” (Grupo B)</p> <p>“Tinha no posto um quadro que dizia assim a criança até 6 meses, aleitamento exclusivo, aí com 7 meses introduza frutas, tinha um quadro mostrando, não sei porque tiraram, era muito interessante.” (Grupo A)</p> <p>“Eu tenho muitos psicólogos na minha família, e eles disseram a mim... (Grupo B)</p> <p>“A gente sempre ver nas capacitações que a gente sempre aprende alguma coisa diferente, alguns anos atrás dava medicação antes de chegar na vacina e a gente já orienta que não se dá remédio para febre sem que a criança tenha reação e sobre a vacina rotavírus que</p>	
--	--	--

	<p>a gente orienta 48h de muito cuidado quando for trocar a fraldinha lavar bem as mãozinhas [...]” (Grupo B)</p> <p>"Na minha época era PACS, muita gente aqui começou com PACS né, era PACS e não tinha nem essas pueri e foi na base da conversa com a agente de saúde e foi maravilhoso.” (Grupo B)</p>	
Compreender	<p>“Letramento eu jurava que era aleitamento materno (risos)” (Grupo B)</p> <p>““você coloca ela em decúbito”, eu disse ‘oh, meu Deus... o que é decúbito ?’ Aí é só virar, só virar de ladinho... aprendi mais uma no meu vocabulário (risos)” (Grupo B)</p>	<p>“Uma linguagem que a gente já sabe que a gente já sabe que a gente não deve usar termos técnicos, que não vai entender” (Grupo B)</p> <p>“Esse livro diz tudo que a gente fala pras pessoas, mas o duro não é a gente mostrar esse livro, o duro é as pessoas aceitar, porque a industrialização tomou conta mesmo do nosso convívio, e o povo acha melhor a industrialização...” (Grupo B)</p> <p>“É a maneira como a gente</p>

		<p>se comunica com o nossos paciente”(Grupo B)</p> <p>“Pra ela compreender eu repito a pergunta e peço pra que ela faça comigo, repita e diga como é que ela vai fazer pra que a criança tenha melhoria no que ela me perguntou” (Grupo A)</p> <p>“é falar de forma simples pro pessoal entender... a gente tem que falar a linguagem do paciente.” (Grupo B)</p> <p>"Letramento em saúde é a forma de se comunicar com o paciente.” (Grupo B)</p>
Avaliar	<p>“Às vezes uma informação, um exemplo da nossa vida, alguma coisa, pode acrescentar na vida do outro, né? ‘Olha a minha menina era assim, mas foi diferente... mas vá tentando” (Grupo A)</p> <p>“Vê lá na internet aquele fato, acha que aquilo ali é pra fazer daquele jeito e faz” (Grupo B)</p>	<p>“Essa formação ela é boa porque vocês já tão falando daquilo que a gente vive, e a gente tá adquirindo mais experiência... é sempre bom dá uma reforçada em tudo.” (Grupo B)</p> <p>“É muito importante, a gente debater isso... É aquilo que a gente vivencia, né, no nosso dia a dia.” (Grupo B)</p>

	<p>“pedi pra ele procurar um profissional, assim, uma enfermeira ou um médico que explicasse pra ele sobre também o aleitamento materno.” (Grupo B)</p>	<p>"Desde o primeiro encontro que eu disse a você foi a primeira que a gente participou que não deu sono, que deu vontade da gente participar porque o assunto abordado é o assunto que a gente já usa no dia a dia e que a gente precisava se aprimorar, e foi isso, foi ótimo.” (Grupo B)</p> <p>“Eu avalio que não só a gente deve falar, mas trabalhar de forma dinâmica, né que a gente consegue compreender mais, com certeza as mães na hora que colocaram ali o papelzinho elas compreenderam melhor as coisas.” (Grupo B)</p>
Aplicar	<p>“Sempre oriento as mães, se for da idade, ‘olhe, comece a falar, dizer palavrinhas, né? coloque desenho que fale das letrinhas’, tem que estimular, né?” (Grupo A)</p> <p>“Grupo de aleitamento materno, a gente já começa</p>	<p>“Eu avaliei que ela realmente tinha dado a essa criança do jeito que eu expliquei, porque a criança apresentava vômito, ela botava e a criança colocava pra fora; então eu avaliei” (Grupo A)</p>

	<p>com a gestante ai depois as mães, com aleitamento materno. A gente faz sempre no dia da pueri... na zona rural a gente tem que usar dessa estratégia.” (Grupo B)</p> <p>“Tu tá entendendo o que eu tô falando (nome da paciente), aí ela balançando a cabeça...” (Grupo B)</p> <p>“Uma vez na área, aí eu fui levar os potinhos que é pra fazer a... Colher as amostras, aí eu falei: olhe, (risos) esse aqui, mostrei mesmo, é pra você cagar dentro” (Grupo B)</p>	<p>“Orientei ela a importância de usar um brinquedo educativo tipo aquelas casinhas... a mãe foi, comprou o brinquedo, que achou muito importante o brinquedo.” (Grupo A)</p> <p>“Eu passei sobre as anotações do cartão de vacina, aí teve uma mãe que já fez e disse que foi ótimo, gostou de mais, não sabia que tinha tantas informações” (Grupo A)</p> <p>“Eu perguntei, só uma me respondeu... falou que elas se desenvolveram bem desde o nascimento...” (Grupo B)</p> <p>“Eu parabeneizei a mãe pelo esforço de dar comida a criança e pedi que ela continuasse oferecendo outras fruta” (Grupo A)</p> <p>“Ela levou a criança para a sala de vacina e eu juntamente com ela fiz e mostrei a criança justamente o que ela comprou e parabeneizei ela por ela ter</p>
--	---	--

		<p>incentivado o seu filho” (Grupo A)</p> <p>"Eu disse pra ela fazer a citologia ela casou-se há dois anos e não fez, ela disse 'isso aqui é exame de que?' eu disse 'você conhece por que nome?' ela disse 'prevenção', 'pronto, a mesma coisa.'" (Grupo B)</p> <p>“[...] falando nos termos técnicos não, né! Porque se a gente fosse falar bilirrubina ela não ia entender. Falei que era um fator do corpinho dela, por isso que ela tava assim com a pelinha amarelada [...]” (Grupo B)</p> <p>“Na sala de vacina orientei sobre a vacina que seriam aplicadas e as possíveis reações, falei de maneira simples, repeti várias vezes para que a mãe pudesse entender [...]” (Grupo B)</p>
--	--	--

Figura 6 – *Print Screen* de vídeo da Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Metodologia ativa: Role-play. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

Figura 7 – Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Aplicando na prática. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

Figura 8 – Sessão grupal com a Equipe B na Unidade Básica de Saúde. Estudo de caso: como utilizar a caderneta de saúde da criança. Passira– PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

Ao término dos encontros foi realizada a avaliação do processo formativo, além dos feedbacks, as participantes escreveram em um formulário as contribuições e aprendizados construídos durante os encontros dos GF e nas atividades práticas. Essa etapa também se enquadra no pressuposto avaliar do LS. Mudanças identificadas pelas participantes foram: melhor comunicação com cuidadores, uso de informações mais simples, estratégias para aprimorar a assistência, uso de dinâmicas, entre outros.

Quanto à avaliação da capacitação e a importância para formação profissional foi avaliada pelas participantes como ótima capacitação, com assuntos importantes, que trouxe o aumento e aprimoramento do conhecimento, troca de experiências, momento oportuno para tirar dúvidas, maior conhecimento sobre os cuidados com a criança. Além disso, todas identificaram a necessidade de mais momentos como esse e com frequência maior.

6 DISCUSSÃO

No panorama que compreende o início, onde foi efetuado o acompanhamento das atividades em campo dos profissionais de saúde - em ambientes/consultas de vigilância à saúde da criança no contexto da APS - durante e ao término dos encontros dos GF da intervenção educativa, constata-se mudanças em conhecimentos, motivações, habilidades e atitudes. Por meio das anotações de campo e do relato das participantes dos GF foi possível identificar o aumento no repertório de ações a serem aplicadas no contexto de cuidado às crianças na atenção primária, maior uso e atenção à CSC como instrumento para o LS das famílias, utilização de estratégias de comunicação simples, desenvolvimento de atividades que favorecem e promovem o desenvolvimento da criança, como brincadeiras apropriadas para a idade, cuidados nutritivos e imunização oportuna.

Na primeira categoria, resgate da infância dos profissionais e reflexões sobre a infância no contexto de trabalho, as participantes recordaram lembranças que marcaram sua infância. As brincadeiras foram as principais memórias desse período, trazendo consigo significados especiais e memórias apreciáveis do que se fora vivenciado. As memórias sobre a infância, o brincar enquanto principal atividade da criança favoreceu a compreensão das vivências dos profissionais e suas percepções da infância contemporânea, que segundo falas é uma realidade diferente, permeada de brincadeiras mais solitárias, com uso demasiado da tecnologia e menos brincadeiras ao ar livre, mesmo se tratando de um município situado no interior do estado.

Durante a primeira infância o ato de brincar é um potencial aliado para o desenvolvimento da criança, por meio da brincadeira é possível promover habilidades socioemocionais, cognitivas, de linguagem e motoras. Durante a brincadeira a capacidade cerebral da criança é estimulada substancialmente a desencadear novas ligações e construir um cérebro pró-social, destarte, brincar e aprender andam juntos. Em contrapartida, a ausência de estímulos pode ocasionar estresse à criança e atrapalhar seu desenvolvimento (YOGMAN *et al.*, 2018).

O brincar envolve motivação, engajamento, criatividade, imaginação e aprendizagem (SCOTT; COGBURN, 2022), conforme a cultura do local, diferentes habilidades podem ser aprendidas enquanto ocorre a brincadeira. Segundo Yogman e colaboradores (2018) “O

brincar não é frívolo: melhora a estrutura e a função cerebral e promove a função executiva (ou seja, o processo de aprendizagem, em vez do conteúdo)”.

Há uma diversidade de brincadeiras e formas de brincar para estimular o desenvolvimento da criança, por exemplo, a exploração do objeto pela criança inclui habilidades sensoriais e motoras; jogos que utilizam a locomoção estimula o desenvolvimento motor e promove estilo de vida mais ativo; brincadeiras ao ar livre permitem uma gama de atividades da criança, domínios motores, cognitivos, sociais e de linguagem; até mesmo o brincar sozinho denota estímulos essenciais para aquisição de competências (YOGMAN *et al.*, 2018).

A crescente onda das tecnologias e fácil acesso a dispositivos tecnológicos tem sido incorporada na rotina de crianças e adolescentes indiscriminadamente, diante dessa realidade, as tecnologias estão substituindo as brincadeiras lúdicas tradicionais que envolve o exercitar e se relacionar com outras crianças pelo mundo meramente virtual. Esse fato repercute de maneira negativa no desenvolvimento das crianças, na saúde física (obesidade e sedentarismo) e mental (ansiedade, agressividade, depressão) (COSTA; QUERIDO; RATO, 2021; PAIVA; COSTA, 2015; ARABIAT *et al.*, 2022).

Por outro lado, contrapondo os impactos negativos gerados pela tecnologia, impactos positivos são identificados se utilizados de maneira adequada como ferramentas que incentivam atividades físicas e educacionais, incluindo-se o letramento em saúde da criança. Diante desse panorama, a tecnologia pode atribuir-se a um processo de aprendizagem e aquisição de habilidades no desenvolvimento, não sendo relativa apenas para distrair ou acalmar a criança (SILVA, 2017).

Estudo conduzido por Fink, Mélo e Israel (2019) mostrou que a tecnologia não influenciou no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de quatro a seis anos de idade, isso porque na mesma proporção que a criança tem contato com as tecnologias também são estimuladas por meios não tecnológicos e realiza-se a mediação do uso dos dispositivos pelos cuidadores.

Observa-se na fala e expressões das participantes o vínculo e interação com familiares durante a primeira infância como aspecto positivo que melhora o desenvolvimento da criança. Este dado é corroborado na literatura ao identificar que a interação entre pares solidifica habilidades, principalmente sociais, com benefícios positivos na vida da criança (SCOTT;

COGBURN, 2022). Segundo Souza (2014) “ [...] o alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento”. Dessa forma, a interação com outras pessoas deve ser encorajada no ambiente familiar.

Ao passo que os profissionais relembrou a infância, destacaram também as dificuldades enfrentadas por não possuírem brinquedos, o distanciamento das tecnologias e utilização de brincadeiras mais culturais na época. Além disso, refletiram sobre o avanço tecnológico mostrando a diferença na infância que tiveram da atualidade que é movida pelas tecnologias e redes sociais.

Produções científicas mostram que brincadeiras ao ar livre estão associadas a resolução de problemas, interação com outras crianças e aprendizado de habilidades (sociais, emocionais, motoras e cognitivas); brincadeiras com brinquedos/materiais de baixo custo como colher, bola, caixas, objetos domésticos, entre outros, além do envolvimento do cuidador com o filho ao conversar, ler, assistir e brincar com interações positivas, como potenciais para o DI (BRUSSONI *et al.*, 2015; YOGMAN *et al.*, 2018). Enquanto o avanço da tecnologia, uso de smartphone e a comercialização de produtos para o público infantil tem se tornado uma preocupação (CRISTIA; SEIDL, 2015; YOGMAN *et al.*, 2018), o aumento do uso da internet e de smartphone pelo público infantil e adolescente pode repercutir na saúde mental dessa população de forma negativa (DEREVENSKY; HAYMAN; GILBEAU, 2019).

Yogman *et al.*, (2018) traz em seu estudo um roteiro destinado a profissionais pediatras para prescrever aos cuidadores, brincadeiras conforme cada faixa etária da criança de zero até seis anos de idade. Compreende-se a importância do profissional de saúde em orientar cuidadores de como estimular seus filhos a alcançar competências importantes e como conduzir pais/mães/cuidadores para introduzir brincadeiras que estimulem o desenvolvimento das crianças.

A segunda categoria trouxe saberes e experiências prévias dos profissionais de saúde na promoção do DI no contexto da APS. O conceito de DI foi criando forma e envolveu nas discussões aspectos e palavras-chaves importantes como “evolução”, “sinal”, “andar”, “falar”, entre outros.

O DI pode ser entendido como um processo dinâmico na aquisição de habilidades das mais simples para mais complexas de competências motoras, cognitivas, psicossociais e de

linguagem (SOUZA, 2014). Para que a criança atinja tais objetivos é necessário cuidados especiais. Nessa perspectiva, o *Nurturing Care Framework* (NCF) for early childhood development (ECD) - Estrutura de cuidados nutritivos para o desenvolvimento da primeira infância da Organização Mundial da Saúde, prevê intervenções essenciais em cinco eixos estratégicos: saúde, nutrição, aprendizagem, responsividade dos cuidadores, segurança e seguridade, para que a criança atinja seu pleno desenvolvimento (BRITTO *et al.*, 2017).

No contexto estudado, envolvendo a atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família, as ações voltadas para o desenvolvimento das crianças, estavam relacionadas principalmente às dimensões da saúde e nutrição, como os cuidados com a vacinação, aleitamento materno e avaliação das medidas antropométricas, com escassez de atividades e ações voltadas à melhor responsividade dos cuidadores, por meio de brincadeiras e atividades que favorecem a aprendizagem.

O NCF endossa os cuidados nutritivos como um conjunto de ações realizadas por pais ou outros cuidadores para enriquecer o DI e a relação com a criança, nesse panorama inclui-se prover um ambiente favorável com promoção de saúde e nutrição, cuidados responsivos, aprendizagem precoce e proteção de riscos e maus tratos à criança. Evidências demonstram que para além da alimentação e cuidados com a saúde é preciso incorporar atividades que estimulem a aprendizagem precoce, como brincadeiras e atividades físicas, e prover segurança às crianças (PROULX *et al.*, 2022).

Durante a pandemia de COVID-19, momento este em que a pesquisa foi concebida, preocupações que permeiam provedores de saúde relacionam-se à cuidados responsivos, segurança infantil, nutrição adequada, entre outros quesitos que foram interrompidos neste contexto. Diante da atual realidade se faz necessário obter alternativas para atender especificidades da criança em desenvolvimento (PROULX *et al.*, 2022).

O acesso a espaços coletivos, ambientes para jogos, creches, escolas, interrompeu parte das atividades coletivas e de socialização da criança. Em contraponto, a residência tornou-se o espaço principal de atividades da criança e período de maior contato com pais/cuidadores. Pontos positivos foram observados nesse período como maior interação dos pais, envolvimento em leituras e outras atividades de aprendizagem, na mesma medida, outras realidades não tiveram as mesmas oportunidades de dispor desses momentos, além disso, brincadeiras ao ar livre foram interrompidas e contato com a tecnologia fez parte de forma ainda mais rotineira do dia-a-dia da criança (PROULX *et al.*, 2022).

No contexto comunitário, importa que os profissionais estejam atentos a fatores de risco que possam interferir no desenvolvimento, assim como, estejam aptos a intervir em momentos oportunos. As participantes deste estudo destacaram ambientes em que os profissionais são pró-ativos para atuar e potencializar o DI junto com cuidadores, destaca-se a visita ao recém-nascido na primeira semana de vida, a consulta de puericultura e a visita domiciliar.

A visita domiciliar é uma estratégia que viabiliza contato dos profissionais de saúde com o ambiente familiar para fortalecer o DPI no contexto primário. Repercussões positivas têm sido encontradas para crianças de zero a seis anos de idade por meio das visitas como a aquisição de habilidades do desenvolvimento, reforço com cuidadores sobre os estímulos necessários e brincadeiras/brinquedos apropriados de acordo com a faixa etária da criança, alimentação mais adequada, aumento de cuidados parentais, redução de maus-tratos infantis e aumento do vínculo dos cuidadores com o serviço de saúde (HILÁRIO *et al.*, 2022).

O MS estabelece a visita domiciliar como uma forma de garantir a continuidade do cuidado e implementar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação à saúde. O olhar dos profissionais de saúde deve iniciar no primeiro contato com a criança, ainda no puerpério da mãe na visita puerperal previsto ainda na primeira semana após alta da criança para sua residência. Na oportunidade é importante orientar para pai/mãe/cuidador sobre alimentação, vacinação, triagens neonatais, cuidados responsivos, estímulos para o desenvolvimento, dentre outros. Dessa forma, a visita ao RN e durante seu crescimento e desenvolvimento é oportuno para fomentar as demandas.

No âmbito da atenção primária, o enfermeiro dá seguimento ao acompanhamento da criança nas consultas de puericultura, atendendo às necessidades e especificidades de cada criança/família. A puericultura abrange o conjunto de atividades voltadas ao atendimento integral e vigilância à saúde da criança, compreende avaliação do crescimento, desenvolvimento, imunização, aleitamento materno, cuidados essenciais, prevenção de agravos e demais condutas. Uma das ações que podem favorecer o conhecimento dos pais neste tema, é que o pai/mãe/cuidador seja comunicado sobre a evolução das curvas de crescimento assim como dos marcos do desenvolvimento conforme a idade da criança, além de viabilizar oportunidades para promoção da saúde (CAMPOS; RIBEIRO; SILVA; SAPAROLLI, 2011).

A puericultura, visita domiciliar e visita ao RN, são ações que possibilitam identificar alterações nos cuidados infantis, em alerta especial para atrasos no desenvolvimento e ambiente familiar. No entanto, os profissionais de saúde verbalizaram dificuldades ao abordar estas situações com os cuidadores, visto que geralmente as mães tendem a não aceitar condições que envolvem o atraso no desenvolvimento do filho.

Decerto o diagnóstico precoce contribui para um melhor prognóstico na qualidade de vida e desenvolvimento da criança. Outros estudos (SILVA; FERREIRA; MIRANDA; MORAIS, 2017; CONSTANTINIDIS; SILVA; RIBEIRO, 2018; COSTA; BONFIM; MAGALHÃES; VIANA, 2018;) referem a dificuldade na aceitação frente ao diagnóstico de atraso no desenvolvimento, principalmente no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ao recusar ou negar o diagnóstico ou a investigação de suspeita de atraso no desenvolvimento, posterga-se a oferta de estímulos mais direcionados. Faz-se imprescindível que os profissionais estejam capacitados para perceber e orientar o diagnóstico e os cuidados para crianças com atraso no desenvolvimento (SILVA; FERREIRA; MIRANDA; MORAIS, 2017). Outro ponto crucial refere-se à comunicação empática com os cuidadores para abordar estas situações, além de ofertas de cuidados na Rede de Saúde, o que constitui um desafio ainda maior para pequenos municípios.

Durante a implementação da intervenção educativa sobre o DI no contexto da atenção primária, os próprios profissionais foram destacando mudanças dentro do seu contexto de atuação. Na terceira categoria, destacam-se mudanças que abarcam os pressupostos do LS. As participantes puderam refletir sobre aumento no repertório de ações simples que poderiam ser aplicadas no cotidiano de trabalho, nas dimensões do acesso, compreensão, avaliação e aplicação, tais como o potencial uso da CSC, como um instrumento escrito, a ser melhor utilizado pelas famílias no seu dia-a-dia, a utilização de informações mais simples e claras, com avaliação da compreensão das famílias, além da ampliação de orientações sobre os cuidados responsivos, com orientações sobre brinquedos e brincadeiras adequados à idade da criança.

As UBS devem apoiar estratégias que favoreçam o bem-estar infantil com vista a propiciar condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento adequado. Na zona rural em Moçambique foi implementado um programa em serviços de saúde para promoção de cuidados nutritivos e do DI, que abarcava monitorar o crescimento e desenvolvimento, nutrição, aprendizagem, entre outros aspectos importantes voltados para a primeira infância.

Os entrevistados (cuidadores, profissionais) demonstraram apoio e puderam refletir acerca dos inúmeros benefícios que podem ser providos a partir do programa, além de fortalecer os sistema de saúde e trazer melhorias do conhecimento, atitudes e práticas em cuidados nutritivos e desenvolvimento (JEONG *et al.*, 2021).

O modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris pontua as interações vivenciadas pela criança com o ambiente como potencial modulador e fator determinante no processo de desenvolvimento. O principal meio de inserção da criança é o ambiente familiar, portanto, é o espaço que oriunda processos constantes em seu dia-a-dia, todavia, o contato com outros ambientes, como os comunitários, pode exercer influência proximal ou distal à medida que a criança mantém contato com o mesmo, neste se enquadra serviços de saúde (COLEY *et al.*, 2021).

Estudo desenvolvido por Coley e colaboradores (2021) buscou identificar os fatores comunitários e familiares que afetam o desenvolvimento, os resultados mostraram que a renda familiar mais alta se associou a maiores oportunidades ao meio relacional da criança, dispondo de mais recursos e menos estressores no contexto comunitário, assim como os baixos recursos e estresse estava relacionado a posicionamento parental mais punitivo e maior exposição ao crime. Entender como o ambiente comunitário e familiar impacta a criança é essencial para reforçar práticas que envolvam aspectos que estimulem o desenvolvimento e contornar situações por meio da mediação profissional.

O processo formativo de profissionais de saúde deve ocorrer de forma permanente nos serviços de saúde, não apenas com o objetivo de trazer atualizações aos profissionais, mas de fomentar questões advindas do processo de trabalho e vivências experienciadas de cada circunstância. A educação permanente envolve o quadrilátero da formação: ensino, atenção, gestão e controle social. O processo de ensino-aprendizagem ocorre por meio de trocas entre os sujeitos envolvidos ao compartilhar vivências, sentimentos e conhecimentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conforme Batterham *et al.*, (2016) há seis níveis que o LS pode ser avaliado: pacientes individuais; grupo de pacientes; serviços de saúde individuais; áreas locais; inquéritos nacionais; países. Consoante ao processo formativo com profissionais de saúde, foi avaliado a nível de áreas locais que compreende os serviços de saúde. Diante disso se tem por finalidade medir o LS para:

“Planejar estratégias de marketing e educação em todos os serviços; avaliar a capacidade dos membros da comunidade de participar de atividades de planejamento de saúde baseadas na comunidade (letramento crítico em saúde) e desenvolver abordagens adequadas para permitir sua participação.” (BATTERHAM *et al.*, 2016)

Causalidades em ambientes de saúde e/ou comunitários são determinantes para os resultados de saúde dos usuários. O acesso e uso dos cuidados de saúde, assim como a interação com profissionais de saúde configura-se pontos essenciais para a saúde do usuário. No contexto comunitário o cuidar de si e do outro, tal qual a participação de usuários em debates de saúde para tomada de decisões comunitárias são quesitos que influenciam o LS (BATTERHAM *et al.*, 2016)

Ainda é incipiente na formação do profissional a introdução dos pressupostos do LS. De acordo com Coleman (2011) “qualquer profissional de saúde que interaja com pacientes, suas famílias ou populações pode se beneficiar do treinamento em princípios do LS”. É de suma importância que o LS seja discutido no próprio ambiente prático dos profissionais de saúde para a formação (COLEMAN, 2011) intenta-se ao fato que os profissionais de saúde devem estar orientados quanto às lacunas de LS dos usuários nos serviços de saúde e estratégias para lidar com necessidades da rotina prática, talvez adotar uma precaução universal seja uma tática interessante para abarcar à todos níveis de LS (BATTERHAM *et al.*, 2016).

Nos primeiros encontros do processo formativo era comum os profissionais referirem as redes sociais e ferramentas da internet para buscar informações em saúde que orientassem sua prática assistencial. A internet facilita a forma de procurar e obter informações, entretanto, vale salientar que o profissional deve avaliar criticamente as fontes acessadas assim como avaliar a fundamentação das informações encontradas, na mesma via, ao utilizar esse meio para orientar e propagar informações é importante que o profissional de saúde trabalhe sob a ótica do LS direcionado à facilitar o acesso, compreensão e aplicação da informação pelo usuário de saúde (RUDD; BAUR, 2020).

Ao longo dos grupos, outras fontes foram sendo incorporadas na vigilância à saúde da criança, dentre elas a CSC. É fundamental que o profissional esteja atento às mudanças e atualizações, busque qualificação continuamente, se respalde em evidências científicas, utilize materiais com fontes confiáveis e fidedignas, avalie o nível de evidência das informações acessadas e incorpore práticas confiáveis em sua assistência.

Acessar uma informação em saúde envolve aspectos do LS (SORENSEN *et al.*, 2012), o primeiro pressuposto que, tanto o profissional de saúde como o usuário realizam para obter uma informação sobre saúde. O acesso no meio da saúde pode perpassar por diversos meios e fontes disponíveis. Apesar de ser comumente referido meios de acesso as redes sociais e a internet, importa que os profissionais estejam atentos à veracidade e confiabilidade das informações contidas. No meio científico, há disponíveis artigos científicos, manuais do MS, atualizações e cursos na modalidade presencial, remota ou híbrida.

A informação acessada pelo profissional pode implicar em repercussões diante da adoção de práticas e atitudes para sua assistência, dessa forma, ressalta-se a importância diante de uma capacitação pautada nos pressupostos do LS que envolve habilidades críticas para acessar materiais e conteúdo da área da saúde, tendo vista discuti-los e colocar em prática de forma consciente.

Compreender a informação é o ponto de partida para colocá-la em prática. Segundo Sørensen e colaboradores (2012) compreender as informações acessadas e obter um significado da informação é uma competência complexa mediada pela lógica, linguagem e experiência pessoal. A forma que se conduziu os encontros, a metodologia adotada e a modalidade em GF possibilitou um maior envolvimento das participantes para refletir e discutir os eixos temáticos propostos. Identificou-se que a competência compreender foi alcançada ao longo do processo formativo e a construção de novos conhecimentos foram criados a partir dos encontros, visto que foram compartilhadas e assimiladas novas práticas que estavam sendo desenvolvidas no período com pais/mães/cuidadores nas atividades laborais utilizando os pressupostos do LS e a temática que havia sido discutida.

Outro aspecto importante é avaliar as informações, apesar de ser uma competência que visa conceber um julgamento para o que se acessa, avaliar envolve a criticidade do profissional ao escolher e filtrar seus meios de pesquisa e quanto ao conteúdo da informação obtida. Para Sorensen et al., (2012) “avaliar descreve a capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações de saúde que foram acessadas”. Destaca-se a forma como os profissionais de saúde avaliaram o processo formativo, quanto a metodologia adotada, disposição em GF e pela temática abarcar seu contexto de trabalho.

O desfecho final do processo formativo, para além das mudanças esperadas, é que as participantes colocassem em prática os pressupostos do LS e habilidades de comunicação com pais/mães/cuidadores para promover o DI, à vista disso, tornar o profissional capaz de tomar

decisões pautadas no LS e aplicar em seu ambiente de trabalho para uma melhor comunicação com pais/mães/cuidadores. Aplicar é uma competência que traz implicações à tomada de decisão do indivíduo (SORENSEN *et al.*, 2012).

A técnica *teach-back* (ensino-retorno) foi uma estratégia bem aceita pelos profissionais que passaram a aplicar em seu contexto de trabalho com pais/mães/cuidadores ensinando cuidados e solicitando que fosse demonstrado o que foi orientado como cuidado e/ou estímulo com a criança. Semelhante a esse achado, a intervenção educativa implementada por Klingbeil e Gibson (2018) com profissionais de saúde, obtiveram um aumento no conhecimento e aplicação da estratégia *teach-back*, com maior entendimento dos usuários e esclarecimento de dúvidas. Esta técnica também é orientada pelo estudo de Batterham *et al.*, (2016) como estratégia para aprimorar o LS nos serviços de saúde.

Estudo conduzido por Kaper *et al.*, (2018) em países Europeus, os autores desenvolveram e testaram uma formação para os profissionais de saúde construírem habilidades em comunicação em LS; uma das metodologias empregadas no estudo (KAPER *et al.*, 2018) foi a do roleplay, semelhantemente fora utilizada nos encontros do GF para sensibilização dos participantes. Os resultados obtidos foram positivos e os profissionais relataram uma melhor comunicação após a formação, corroborando-se aos achados positivos no presente estudo.

Para estabelecer uma comunicação efetiva, a partir do LS, são fundamentais competências e habilidades do profissional assim como o nível do letramento do usuário de saúde; isso implica que o profissional esteja preparado para abranger aspectos que facilitem a comunicação e saiba identificar diferentes graus do LS (PASSAMAI; SAMPAIO; DIAS; CABRAL, 2012). Na situação estudada, implementou-se na prática dos profissionais a adoção de uma comunicação mais clara e com mais dinâmicas que facilitam o entendimento de pais/mães/cuidadores da atenção primária, livre de termos técnicos e barreiras entre profissional-cuidador.

Reitera-se a necessidade de um estudo posterior para avaliar o aprendizado a longo prazo dos profissionais que participaram do processo formativo, assim como outros estudos para trabalhar novos eixos temáticos nos demais contextos de saúde. Diante da percepção das profissionais de saúde mais momentos como esses deveriam ser vivenciados como suporte educacional.

7 CONCLUSÃO

A partir das análises feitas neste estudo chega-se a algumas conclusões: a intervenção educativa trouxe contribuições para a educação permanente de profissionais de saúde que atuam no contexto da APS; foi alcançado mudanças em conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais com base no referencial teórico do LS; contribuições para futuras pesquisas e desenvolvimento de novas intervenções com profissionais de saúde; alerta para a necessidade de maior enfoque nos aspectos que englobe o LS dos usuários de saúde; contribuições para políticas públicas relacionadas à capacitação dos profissionais e melhor atuação na saúde da criança, com foco no desenvolvimento como eixo condutor.

Contribuir com a formação de profissionais de saúde do âmbito primário a construir conhecimentos e habilidades de LS permitiu ao profissional um olhar mais direcionado aos pressupostos de acessar, compreender, avaliar e aplicar. Espera-se que a intervenção educativa tenha benefícios a longo prazo e que as participantes apliquem na prática assistencial com pais/mães/cuidadores, mas que seja também utilizado em outros ambientes, com outros públicos, com os demais usuários e profissionais da equipe multiprofissional e interdisciplinar. Conceber uma comunicação sem lacunas é algo que deve ser sempre discutido em serviços de saúde e em todas as linhas de cuidado.

Resultados secundários serão obtidos nesta pesquisa visto que pais/mães/cuidadores serão beneficiados pelo atendimento das profissionais participantes da intervenção educativa, com a aplicação de uma comunicação que se adeque às especificidades e demandas individuais dos usuários atendidos, destinada à obter o fornecimento de melhores cuidados nutritivos, ambiente favorável ao aprendizado e estímulos adequados para a idade da criança.

Limitações foram identificadas no estudo, nem todos os profissionais participaram, a exemplo o profissional médico por incompatibilidade de horário, além disso não houve participação da equipe do NASF. Diante de alguns imprevistos, alguns profissionais chegaram a faltar a um dos encontros, o que pode ser uma lacuna para processo de ensino-aprendizagem proposto pelo processo formativo. Além disso, a avaliação em curto espaço de tempo apresenta uma limitação do estudo dependendo da avaliação futura do aprendizado. Ademais, destaca-se a necessidade de novas intervenções que atendam outras temáticas e outros serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, Neil. Participatory research-A modernizing science for primary health care. **Journal Of General And Family Medicine**, v. 19, n. 5, p. 154-159, 11 jul. 2018.
- ARABIAT, Diana; AL JABERY, Mohammad.; ROBINSON, S.; WHITEHEAD, Lisa.; Mörelius, Evalotte. Interactive technology use and child development: a systematic review. **Child Care Health Dev.** 2022. Accepted Author Manuscript. <https://doi.org.ez16.periodicos.capes.gov.br/10.1111/cch.13082>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- ARAÚJO, M. R. N. et al. Atuação do enfermeiro na promoção dos vínculos familiares e desenvolvimento infantil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. 1-18, 2021.
- BATTERHAM, R.W.; HAWKINS, M.; COLLINS, P.A.; BUCHBINDER, R.; OSBORNE, R.H.. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. **Public Health**, [S.L.], v. 132, p. 3-12, mar. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>.
- BELINTXON, Maider; DOGRA, Nisha; MCGEE, Paula; PUMAR-MENDEZ, Maria Jesus; LOPEZ-DICASTILLO, Olga. Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. **Nursing & Health Sciences**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 273-282, 14 jan. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12683>.
- BELTRE, G.; MENDEZ, M. D. Desenvolvimento infantil. Stat Pearls. **Treasure Island**, jan 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi-nlm.nih.ez16.periodicos.capes.gov.br/books/NBK564386/>>.
- BLIZNASHKA, Lilia; MCCOY, Dana C.; SIYAL, Saima; SUDFELD, Christopher R.; FAWZI, Wafaie W.; YOUSAFZAI, Aisha K.. Child diet and mother-child interactions mediate intervention effects on child growth and development. **Maternal & Child Nutrition**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 1-1, 14 dez. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13308>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Passaporte da Cidadania. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o DecretoLei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: [http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2015-2018/2016/lei/113257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm). Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRITTO, Pia R; LYE, Stephen J; PROULX, Kerrie; YOUSAFZAI, Aisha K; MATTHEWS, Stephen G; VAIVADA, Tyler; PEREZ-ESCAMILLA, Rafael; RAO, Nirmala; IP, Patrick; FERNALD, Lia C H. Nurturing care: promoting early childhood development. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 91-102, jan. 2017. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31390-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31390-3).

BRUSSONI, Mariana; GIBBONS, Rebecca; GRAY, Casey; ISHIKAWA, Takuro; SANDSETER, Ellen; BIENENSTOCK, Adam; CHABOT, Guylaine; FUSELLI, Pamela; HERRINGTON, Susan; JANSSEN, Ian. What is the Relationship between Risky Outdoor Play and Health in Children? A Systematic Review. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 12, n. 6, p. 6423-6454, 8 jun. 2015. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120606423>.

CAMINHA, M. F. C. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 102-109, fev. 2017.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da; SAPAROLLI, Eliana Campos Leite. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 45, n. 3, p. 566-574, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000300003>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CHEN, X. et al. Health literacy and use and trust in health information. **Journal Of Health Communication**, v. 23, n. 8, p. 724-734, 3 ago 2018.

COLEMAN, Clifford. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. **Nursing Outlook**, [S.L.], v. 59, n. 2, p. 70-78, mar. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.004>.

COLEY, Rebekah Levine; SPIELVOGEL, Bryn; KRUIK, Claudia; MILLER, Portia; BETANCUR, Laura; VOTRUBA-DRZAL, Elizabeth. Explaining income disparities in young children's development: the role of community contexts and family processes. **Early Childhood Research Quarterly**, [S.L.], v. 55, p. 295-311, 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2020.12.006>.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; SILVA, Laila Cristina da; RIBEIRO, Maria Cristina Cardoso. "Todo Mundo Quer Ter um Filho Perfeito": vivências de mães de crianças com autismo. **Psico-USF**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 47-58, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230105>.

COSTA, Elizama dos Santos; BONFIM, Elisiane Gomes; MAGALHÃES, Rosilane de Lima Brito; VIANA, Livia Maria Mello. Mothers' experiences of children with microcephaly. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [S.L.], p. 1-8, 3 out. 2018. **Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste**. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193453>.

COSTA, Margarida; QUERIDO, Débora; RATO, Joana. O impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde**, [S.L.], v. 12, n. , p. 60-60, 13 out. 2021. Cadernos de Saúde. <http://dx.doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10260>.

CRISTIA, Alejandrina; SEIDL, Amanda. Parental Reports on Touch Screen Use in Early Childhood. **Plos One**, v. 10, n. 6, p. 1-20, 17 jun. 2015. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0128338>.

DEREVENSKY, Jeffrey L.; HAYMAN, Victoria; GILBEAU, Lynette. Behavioral Addictions. **Pediatric Clinics Of North America**, v. 66, n. 6, p. 1163-1182, dez. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2019.08.008>.

DIAS, Ernandes Gonçalves; OLIVEIRA, Carlos Keliton Nunes de; LIMA, Jordan Arthur Dias; CALDEIRA, Maiza Barbosa. A educação em saúde sob a ótica de usuários e enfermeiros da Atenção Básica. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 7 mar. 2022.

DÍAZ, A. A., et al. Desarrollo infantil en zonas pobres de Perú. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n. 71, p. 1-8. 2017

FAN, Z.; YANG, Y.; ZHANG, F. Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Public Health**, v. 79, n. 119, p. 1-13, 01 jul 2021.

FINK, Karina; MÉLO, Tainá Ribas; ISRAEL, Vera Lúcia. Tecnologias no desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de quatro a seis anos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 270-278, 2019. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1186>.

FINKLER, A. L.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S.; OBREGÓN, P. L.; RODRIGUES, R. M. The process of work in primary health care to children. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 15, n. 1, p. 171-9, mar. 2016.

FREITAS, Cilene Maria; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; PARENTE, José Reginaldo Feijão; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; LIMA, Gleiciane Kélen; MESQUITA, Karina Oliveira de; MARTINS, Svetlana Coelho; MENDES, Janice Dávila Rodrigues. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 117-130, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>.

FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; ÓRFÃO, Nathália Halax; CAVALCANTE, Daniela Ferreira; NASCIMENTO, Rayanne Cavalcante; MENDES, Tatiane Maciel; SANTOS, Águida Thomaz. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 32, p. 1-10, 2 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.

FROSCH, C. A.; SCHOOPPE-SULLIVAN, S. J.; O'BANION, D. D. Parenting and child development: a relational health perspective. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 15, n. 1, p. 45-59, 36 mai 2019.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Fabiane Blanco da. Child health handbook: integrative review. **Rev Enferm Ufpe On Line**, [s. l], v. 8, n. 3, p. 742-9, mar. 2014.

HEN, Xuewei; HAY, Jennifer L.; WATERS, Erika A.; KIVINIEMI, Marc T.; BIDDLE, Caitlin; SCHOFIELD, Elizabeth; LI, Yuelin; KAPHINGST, Kimberly; OROM, Heather. Health Literacy and Use and Trust in Health Information. **Journal Of Health Communication**, [S.L.], v. 23, n. 8, p. 724-734, 3 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>.

HILÁRIO, Jeniffer Stephanie Marques; HENRIQUE, Nayara Cristina Pereira; SANTOS, Jaqueline Silva; ANDRADE, Raquel Dully; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; MELLO, Débora Falleiros de. Desenvolvimento infantil e visita domiciliar na primeira infância: mapa conceitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1-9, 2022. **Acta Paulista de Enfermagem**. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ar03653>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados**: Passira. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/passira.html>. Acesso em: 10 de nov. de 2021.

JEONG, Joshua; BLIZNASHKA, Lilia; AHUN, Marilyn N.; KARUSKINA-DRIVDALE, Svetlana; PICOLO, Melanie; LALWANI, Tanya; PINTO, Judite; FREY, Matthew; VELTHAUZ, Daan; DONCO, Rotafina. A pilot to promote early child development within health systems in Mozambique: a qualitative evaluation. **Annals Of The New York Academy Of Sciences**, [S.L.], v. 1509, n. 1, p. 161-183, 2 dez. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.14718>.

JOHNSON, Norah Louise; KRUEGER, Wendy; JILEK, Elizabeth; HAGLUND, Kristin. Conversations With Health Care Providers and Parents Before Autism Diagnosis: a qualitative study. **Journal Of Pediatric Health Care**, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 453-461, set. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.05.002>.

KAPER, Marise S.; SIXSMITH, Jane; KOOT, Jaap A.R.; MEIJERING, Louise B.; VAN TWILLERT, Sacha; GIAMMARCHI, Cinzia; BEVILACQUA, Roberta; BARRY, Margaret M.; DOYLE, Priscilla; REIJNEVELD, Sijmen A. Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. **Patient Education And Counseling**, [S.L.], v. 101, n. 1, p. 152-158, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.017>.

KLINGBEIL, Carol; GIBSON, Cori. The Teach Back Project: a system-wide evidence based practice implementation. **Journal Of Pediatric Nursing**, [S.L.], v. 42, p. 81-85, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002>.

KOLB, Bryan; HARKER, Allonna; GIBB, Robbin. Principles of plasticity in the developing brain. **Developmental Medicine & Child Neurology**, [S.L.], v. 59, n. 12, p. 1218-1223, 13 set. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/dmcn.13546>.

LEACH, Matthew J.; NICHOLS, Sue; TRENHOLM, Sven; JONES, Martin. Health Literacy of Parents and Carers in a Regional Community: a cross-sectional study. **International Quarterly Of Community Health Education**, [S.L.], v. 0, n. 0, p. 1-8, 6 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/0272684x211022572>.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p. 202-208, jul. 2014.

MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S.M.A. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 535-559, aug. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf. Acesso em: 25 dez. 2022.

MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GIRARDI-DE-MENDONÇA, José Márcio; MORAIS-PINTO, Neila Maria de; MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão; PINTO-PORTO, Cláudia; MOREIRA, Tânia; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000900018>.

MOR-ANAVY, Shirly; LEV-ARI, Shahar; LEVIN-ZAMIR, Diane. Health Literacy, Primary Care Health Care Providers, and Communication. **Health Literacy Research and Practice**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 194-200, jul. 2021. SLACK, Inc.. <http://dx.doi.org/10.3928/24748307-20210529-01>

MORRISON, Andrea K.; GLICK, Alexander; YIN, H. Shonna. Health Literacy: implications for child health. **Pediatrics In Review**, [S.L.], v. 40, n. 6, p. 263-277, 1 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.2018-0027>.

NOBRE, F. C. et al. A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Espacios**, v. 38, n. 22, p. 13, 2017.

NORES, M.; FERNANDEZ, C. Building capacity in health and education systems to deliver interventions that strengthen early child development. **Annals Of The New York Academy Of Sciences**, v. 1419, n. 1, p. 57-73, maio 2018.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 259-267, 1 set. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.

NUTBEAM, Don; LLOYD, Jane E.. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. **Annual Review Of Public Health**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 159-173, 1 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>.

OKU, Afiong; OYO-ITA, Angela; GLENTON, Claire; FRETHEIM, Atle; AMES, Heather; MULOLIWA, Artur; KAUFMAN, Jessica; HILL, Sophie; CLIFF, Julie; CARTIER, Yuri. Perceptions and experiences of childhood vaccination communication strategies among caregivers and health workers in Nigeria: a qualitative study. **Plos One**, [S.L.], v. 12, n. 11, p. e0186733, 8 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0186733>.

PAIVA, Natália Moraes Nolêto de; COSTA, Johnatan da Silva.. **A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça?** 2015. Disponível em: [A0839.pdf \(psicologia.pt\)](#).

Acesso em: 11 dez. 2022.

PARNELL, T. A. et al. A concept analysis of health literacy. **Nursing Forum**, v. 54, n. 3, p. 315-327, fev. 2019.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; DIAS, Ana Maria Iorio; CABRAL, Lisidna Almeida. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 16, n. 41, p. 301-314, 19 jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000027>.

PIO, Fofoa H.; NOSA, Vili. Health literacy of Samoan mothers and their experiences with health professionals. **Journal Of Primary Health Care**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 57, 2020. <http://dx.doi.org/10.1071/hc19026>.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Ed. 9ª. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO - PIP. **Municípios**: Passira - PE. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/passira-pe/>. Acesso em: 10 de nov. de 2021.

PROULX, Kerrie; LENZI-WEISBECKER, Rachel; HATCH, Rachel; HACKETT, Kristy; OMOEVA, Carina; CAVALLERA, Vanessa; DAELMANS, Bernadette; DUA, Tarun. Nurturing care during COVID-19: a rapid review of early evidence. **Bmj Open**, v. 12, n. 6, p. 1-10, jun. 2022. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050417>.

PUEYO-GARRIGUES, María; WHITEHEAD, Dean; PARDAVILA-BELIO, Miren I.; CANGA-ARMAYOR, Ana; PUEYO-GARRIGUES, Sara; CANGA-ARMAYOR, Navidad. Health education: a rogerian concept analysis. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.L.], v. 94, p. 131-138, jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.005>.

RABELO, Lísia; GARCIA, Vera Lúcia. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 39, n. 4, p. 586-596, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>.

RICHTER, Linda M; DAELMANS, Bernadette; LOMBARDI, Joan; HEYMANN, Jody; BOO, Florencia Lopez; BEHRMAN, Jere R; LU, Chunling; LUCAS, Jane e; PEREZ-ESCAMILLA, Rafael; DUA, Tarun. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The Lancet**, [S.L.], v. 389, n. 10064, p. 103-118, jan. 2017. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31698-1).

ROCHA, Nelci Adriana Cicuto Ferreira; SILVA, Fernanda Pereira dos Santos; SANTOS, Mariana Martins dos; DUSING, Stacey C. Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: a systematic review. **Journal Of Child Health Care**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 365-385, 23 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1177/1367493519864742>.

RUDD, Rima; BAUR, Cynthia. Health literacy and early insights during a pandemic. **Journal Of Communication In Healthcare**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 13-16, 2 jan. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/17538068.2020.1760622>.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Health literacy in type 2 diabetics: associated factors and glycemic control. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 865-874, mar 2015.

SANIA, Ayesha *et al.* Early life risk factors of motor, cognitive and language development: a pooled analysis of studies from low/middle-income countries. **Bmj Open**, [S.L.], v. 9, n. 10, p. 1-13, out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026449>.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidade e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS (online)**, v. 8, n. 4, p. 960-966, dez. 2020.

SCOTT, H.K.; COGBURN, M. Peer Play. [Updated 2022 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; 2022 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez16.periodicos.capes.gov.br/books/NBK513223/>. Acesso em: 25 dez. 2022.

SHAH, R.; ISAIA, R.; SCHWARTZ A.; ATKINS M. Encouraging Parenting Behaviors That Promote Early Childhood Development Among Caregivers From Low-Income Urban Communities: A Randomized Static Group Comparison Trial of a Primary Care-Based Parenting Program. **Matern Child Health J**, v. 23, n. 1, p. 39-46, jan. 2019.

SILVA, Denize Cruz Rocha da; FERREIRA, Juliana Barros; MIRANDA, Vanessa Cruz; MORAIS, Karla Cavalcante Silva de. Percepção de mães com filhos diagnosticados com autismo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 377-383, 29 ago. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1506>.

SILVA, Patrícia Fernanda da. **O uso das tecnologias digitais com crianças de 7 meses a 7 anos:** como as crianças estão se apropriando das tecnologias digitais na primeira infância?. 2017. 232 f. Tese (Doutorado) - Curso de Informática na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000100028>.

SOUSA, J. C. B.; SILVA, R. D.; OLIVINDO, D. D. F. Child health handbook records for monitoring growth and development. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1-13, 2020.

SOUSA, Rute Costa Régis de; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; PAULA, Weslla Karla Albuquerque de; CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor. Nursing interventions to promote child development through bronfenbrenner's bioecological theory. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-20, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0685>.

SOUZA, Juliana Martins de. **Desenvolvimento infantil:** análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I. 2014. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014->

[115040/publico/DOUTORADO JULIANA MARTINS DE SOUZA.pdf](#)>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SØRENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan van Den; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN, Jürgen; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-13, 25 jan. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 25 jan 2012.

TANAKA, L. H; SANTANA, C. L. A. Grupo focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em saúde. In: TOLEDO, R. F. et al. **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. 203-239.

THEOHARIDES, T.C.; KAVALIOTI, M.; MARTINOTTI, R.. Factors adversely influencing neurodevelopment. **Journal Of Biological Regulators And Homeostatic Agents**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. 1663-1667, 31 dez. 2019. http://dx.doi.org/10.23812/19-33n6Edit_Theoharides.

UNICEF. **Desenvolvimento infantil**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

UN SDG. **United Nations Sustainable Development Goals**. [Acesso em: 27 Jun 2022]. Disponível em: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>>.

VASCONCELOS, Viviane Mamede; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Mariana Cavalcante; MACHADO, Márcia Maria Tavares. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 326-331, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452012000200017>.

ZANCHETTA, Margareth Santos; METERSKY, Kateryna; NAZZAL, Alessar; DUMITRIU, Marie Elisabeth; PAIS, Sasha; MOK, Yan Wei; LAM-KIN-TENG, Mary Rachel; YU, Celine. Awakening Undergraduate Nursing Students' Critical Awareness About Men's Health, Health Literacy and Nursing Practice. **Canadian Journal Of Nursing Research**, [S.L.], p. 0844562122114410, 15 dez. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/08445621221144131>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Educational settings. In Kickbush I., Pelikan J. M., Apfel F., Tsouros A. D. (eds), **Health Literacy**. The Solid Facts. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013, p. 35.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Nations Children's Fund, World Bank Group. **Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential**. Disponível em: <https://nurturing-care.org/ncf-for-eed>. Acesso em: 18 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion Retrieved from World Health Organization**, Geneva, 1986. Acesso em: 03 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/emblem>.

YIN, R.K. **Pesquisa Qualitativa do início ao fim**; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva.- Porto Alegre: Penso. 2016.

YOGMAN, Michael; GARNER, Andrew; HUTCHINSON, Jeffrey; HIRSH-PASEK, Kathy; GOLINKOFF, Roberta Michnick; BAUM, Rebecca; GAMBON, Thresia; LAVIN, Arthur; MATTSON, Gerri; WISSOW, Lawrence. The Power of Play: a pediatric role in enhancing development in young children. **Pediatrics**, v. 142, n. 3, 1 set. 2018. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2018-2058>.

YOUSAFZAI, A. K. et al. Capacity building in the health sector to improve care for child nutrition and development. **Ann. N.Y. Acad. Sci**, v. 1308, n. 1, p. 172-182, jan. 2014.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CONHECIMENTO DO PERFIL DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE**

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Pesquisa: “Intervenção Educativa com Profissionais de Saúde Sobre Desenvolvimento Infantil: Articulação com o Referencial do Letramento em Saúde”

- ❖ Número do formulário: _____
- ❖ Nome do profissional: _____
- ❖ Contato do participante: () _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Raça: () Branca () Parda () Indígena () Negra () Amarela

4. Grau de formação: () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior

Profissão: _____

5. Quanto tempo de formação: _____

6. Há quanto tempo atua na atenção básica? _____

7. Possui alguma especialização?

() Sim () Não

Se sim, em que área? _____

8. Atua na vigilância à saúde da criança?

() Sim () Não

Há quanto tempo? _____

- 9.** Realiza o acompanhamento/monitoramento do desenvolvimento infantil?
() Sim () Não () Às vezes
- 10.** Realiza o preenchimento do quadro dos marcos do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura?
() Sim () Não () Às vezes
- 11.** Desenvolve ações de educação em saúde voltadas para a promoção do desenvolvimento infantil?
() Sim () Não
- 12.** Se respondeu “sim” à questão anterior, com que frequência você desenvolve as ações?
() Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Outro: _____
- 13.** Utiliza alguma estratégia com os pais/mães/cuidadores para que haja um maior estímulo ao desenvolvimento infantil?
() Sim () Não () Às vezes
- Quais?

- 14.** Utiliza alguma estratégia para avaliar o aprendizado/entendimento dos pais/mães/cuidadores?
() Sim () Não () Às vezes

Quais?

15. Considera ter uma comunicação efetiva com os pais/mães/cuidadores das crianças, alcançando a sua compreensão acerca da importância da interação pai-filho para um desenvolvimento saudável?

Sim Não Às vezes

16. Consegue identificar quando os pais/mães/cuidadores compreendem as orientações repassadas durante o acompanhamento?

Sim Não Às vezes

17. Consegue identificar quando os pais/mães/cuidadores não compreendem as orientações repassadas durante o acompanhamento?

Sim Não Às vezes

18. Quais barreiras comunicativas mais comuns você identifica durante as consultas, acompanhamento, ações de educação em saúde, ou outros, com pais/mães/cuidadores de crianças na primeira infância?

19. Já participou de alguma capacitação voltada para a saúde da criança?

Sim Não

20. Já participou de alguma capacitação ou curso voltado para o desenvolvimento infantil na primeira infância?

Sim Não

21. Já ouviu falar sobre o Letramento em Saúde?

Sim Não

Se sim, onde? _____

22. Já participou de alguma capacitação sobre o Letramento em Saúde?

Sim Não

23. Quais barreiras comunicativas mais comuns você identifica durante as consultas, acompanhamento, ações de educação em saúde, ou outros, com pais/mães/cuidadores de crianças na primeira infância?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Intervenção Educativa com Profissionais de Saúde Sobre Desenvolvimento Infantil: Articulação com o Referencial do Letramento em Saúde**, que está sob a responsabilidade da do mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rayara Medeiros Duarte Luz, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Departamento de Enfermagem – Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50670- 901; telefone cel: (81) 995467566 e e-mail rayara.luz@ufpe.br. Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano- Marinus, telefone: (81) 99449-7508, e-mail mariawanderleya.coriolano@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar processos de mudanças dos profissionais de saúde da atenção primária durante e após uma intervenção educativa sobre promoção do desenvolvimento infantil a partir do referencial do letramento em saúde. O projeto consistirá em uma ação educativa implementada no município de Passira-PE para profissionais da atenção primária à saúde que atuem na vigilância à saúde da criança. Os participantes vão ter a oportunidade de aprenderem/desenvolverem estratégias baseadas no letramento em saúde para conduzirem uma comunicação efetiva com pais/mães/cuidadores com foco no desenvolvimento infantil.

A coleta de dados será feita por meio de grupos focais, com todos os profissionais de saúde que aceitarem participar da pesquisa. No total serão cinco encontros presenciais, com carga horária de 10h e atividades práticas correspondendo a 30h, pois, além do momento de imersão teórica, os participantes serão mobilizados a realizarem atividades práticas no seu contexto de trabalho, envolvendo conhecimentos e habilidades trabalhadas. O local de execução dos grupos focais será cedido pela gestão municipal, em um ambiente reservado e que contemple os participantes da pesquisa. Serão cinco encontros no total, que levará em torno de duas horas de duração. Além disso, os participantes serão mobilizados a realizarem atividades práticas em seu campo de trabalho, desenvolvendo ações de educação em saúde e comunicação com pais/mães/cuidadores. Após os encontros em grupo, a pesquisadora entrará em contato individual com cada participante em seu ambiente de trabalho para identificar mudanças após a intervenção educativa.

Os riscos relativos à participação no estudo são o risco de desconforto/constrangimento durante as entrevistas e quebra de sigilo em relação à identidade do participante da pesquisa. Contudo, assegura-se que os participantes poderão sair da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum custo ou danos, e seus nomes serão mantidos desconhecidos. Para garantia do sigilo, o nome dos participantes não será identificado no resultado da

pesquisa, serão identificados por categoria profissional seguindo-se uma ordem numérica, como a seguir: “Enfermeira 1”, “Agente Comunitário de Saúde 1”, “Médico 1”, “Enfermeira 2”, e assim sucessivamente. Quanto aos benefícios relativos à participação no estudo, destacam-se o potencial de o profissional de saúde desenvolver habilidades comunicativas pautados nos constructos do letramento em saúde com os pais, durante o andamento da intervenção e perdurando na assistência à criança, com o intuito de promover saúde e incentivar o estímulo do desenvolvimento na primeira infância, além de potencializar a participação dos pais nos cuidados e relações afetivas, bem como identificar possíveis atrasos no desenvolvimento e intervir de forma precoce, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Acrescenta-se o benefício oriundo do processo da presente intervenção educativa como fundamental para capacitação dos profissionais que estão na assistência, pois configura orientações atualizadas e passíveis de serem implementadas com a equipe multidisciplinar e com/para a comunidade.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão registrados por gravações, através de entrevistas por meio de grupos focais, ficarão armazenados em pastas de arquivo, no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Após o término da pesquisa, a pesquisadora irá trazer os resultados obtidos para os participantes e para a gestão de saúde do município de Passira – PE, por meio de uma exposição dialogada do manuscrito final.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Intervenção Educativa com Profissionais de Saúde Sobre Desenvolvimento Infantil: Articulação com o Referencial do Letramento em Saúde**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Passira-PE, ____/____/____.

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

**APÊNDICE C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu, _____,
CPF: _____, RG: _____, depois
de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da
pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou
depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),
AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores: Rayara Medeiros Duarte Luz
(mestranda) e a Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano (orientadora), do projeto de
pesquisa intitulado “Intervenção Educativa com Profissionais de Saúde Sobre
Desenvolvimento Infantil: Articulação com o Referencial do Letramento em Saúde”, a
realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem
quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou
depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em
favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto
em lei.

Passira - PE, em ____/____/_____.

Entrevistado

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE D – CRONOGRAMA DOS ENCONTROS EM GRUPO FOCAL

ENCONTROS	CRONOGRAMA - INTERVENÇÃO EDUCATIVA
<p align="center">DATA ____/____/____</p> <p align="center">HORÁRIO ____:____h</p>	<p>1º EIXO – Desenvolvimento infantil na primeira infância.</p>
20 minutos	Apresentação da equipe e da intervenção educativa (projeto de pesquisa e seus objetivos).
20 minutos	Acolhimento.
30 minutos	<p>Exposição dialogada sobre o desenvolvimento infantil na primeira infância.</p> <p>Problematização: de que forma tenho abordado o desenvolvimento infantil com pais/mães/cuidadores em meu ambiente de trabalho?</p>
Avaliação Formativa	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?
Aplicando na prática	<p>Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Converse com três pais/mães/cuidadores e pergunte quais suas percepções quanto ao desenvolvimento de seus filhos?</p>
<p align="center">DATA ____/____/____</p> <p align="center">HORÁRIO ____:____h</p>	<p>2º EIXO – Letramento em saúde no contexto da vigilância do desenvolvimento infantil.</p>
20 minutos	Acolhimento.

20 minutos	Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
30 minutos	Exposição dialogada sobre o letramento em saúde. Problematização: como o letramento em saúde pode ser abordado na vigilância do desenvolvimento infantil?
Avaliação Formativa	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?
Aplicando na prática	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Realize um diálogo com pais/mães/cuidadores durante a vigilância de saúde da criança e aplique os pressupostos do letramento em saúde.
DATA ____/____/____ HORÁRIO ____:____h	3º EIXO – Caderneta de saúde da criança.
20 minutos	Acolhimento.
20 minutos	Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
30 minutos	Exposição dialogada sobre a caderneta de saúde da criança. Problematização: como utilizar a caderneta de saúde da criança com pais/mães/cuidadores em meu ambiente de trabalho?
Avaliação Formativa	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?

Aplicando na prática	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Ler a caderneta de saúde da criança; Desenvolver uma atividade com pais/mães/cuidadores utilizando a caderneta de saúde da criança. Preencher os marcos do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança durante acompanhamento/monitoramento do desenvolvimento infantil.
DATA ____/____/____	4º EIXO – Comunicação entre profissional - pais/mães/cuidadores.
HORÁRIO ____:____ h	
20 minutos	Acolhimento.
20 minutos	Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
30 minutos	Exposição dialogada sobre a comunicação dos profissionais com pais/mães/cuidadores. Problematização: quais barreiras de comunicação identifique com pais/mães/cuidadores no ambiente de trabalho?
Avaliação Formativa	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?
Aplicando na prática	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Desenvolva estratégias de comunicação com pais/mães/cuidadores em seu ambiente de trabalho.
DATA ____/____/____	5º EIXO – Educação em saúde e letramento em saúde na vigilância do desenvolvimento infantil.
HORÁRIO ____:____ h	
20 minutos	Acolhimento.

20 minutos	Apresentação das atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.
30 minutos	Exposição dialogada baseada na revisão integrativa “Intervenções educativas com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil: revisão integrativa a partir dos constructos do letramento em saúde”. Problematização: De que forma tenho desenvolvido ações de educação em saúde que viabilizem os quatro domínios do letramento em saúde?
Avaliação Formativa	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse encontro, o que eu levo para a minha vida e como profissional de saúde na minha atuação com pais/mães/cuidadores na atenção primária?
Aplicando na prática	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Desenvolva uma ação educativa em seu ambiente de trabalho voltada para o desenvolvimento infantil, considerando os pressupostos do letramento em saúde (acessar, compreender, avaliar e aplicar).
Encerramento	Avaliação e autoavaliação dos participantes.

APÊNDICE E- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO COM FOCO NOS PRESSUPOSTOS DO
LETRAMENTO EM SAÚDE**

Número do formulário: _____

Nome do profissional: _____

- ❖ Faz o uso de materiais educativos nas consultas e visitas domiciliares ou outras atividades:

() Sim () Não

Observações:

- ❖ O que o profissional aborda sobre desenvolvimento na primeira infância nas consultas, visitas ou outros meios:

- ❖ Faz uso de técnicas de *feedback* durante consultas e visitas domiciliares:

() Sim () Não

Observações:

- ❖ Utiliza uma linguagem clara e verifica o entendimento do pai/mãe/cuidador:

() Sim () Não () Em partes

Observações:

- ❖ Utiliza a avaliação do desenvolvimento contido na caderneta de saúde da criança:

() Sim () Não

Observações:

- ❖ Qual frequência das consultas de puericultura? E das visitas domiciliares?

- ❖ Idade das crianças contempladas nas consultas de puericultura e visitas domiciliares:

- ❖ Há atividades de articulação com creches e pré-escolas (se existem):

() Sim () Não

Observações:

- ❖ Utiliza ferramentas digitais (prontuário eletrônico, comunicações via telefone e whatsapp):

() Sim () Não

Se sim, quais:

Observações:

APÊNDICE F - FOLHETO: GUIA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Passira - PE

**LETRAMENTO EM
SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO
INFANTIL**

Um guia para o Profissional
de Saúde

**2022**

01

Desenvolvimento infantil
na primeira infância

02

Letramento em saúde no
contexto da vigilância do
Desenvolvimento infantil

03

Caderneta de Saúde da
Criança

04

Comunicação entre
profissional-
pais/mães/cuidadores

05

Educação em Saúde e
Letramento em saúde na
vigilância do
Desenvolvimento infantil

ÍNDICE

01

DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

**NOSSO ENCONTRO ESTÁ
MARCADO PARA O DIA:**

____/____/____

01 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Tema: Desenvolvimento infantil na primeira infância

- Apresentação da equipe
- Explicando o projeto e os encontros
- Dinâmica de acolhimento
- Discussão da temática
- Síntese final
- Orientações



ANOTAÇÕES

02

LETRAMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

**NOSSO ENCONTRO ESTÁ
MARCADO PARA O DIA:**

____/____/____

02 LETRAMENTO EM SAÚDE

Tema: Letramento em saúde no contexto da vigilância do Desenvolvimento Infantil

- Acolhimento
- Atividades de ensino-aprendizagem
- Discussão da temática
- Síntese final
- Orientações



ANOTAÇÕES

03

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

**NOSSO ENCONTRO ESTÁ
MARCADO PARA O DIA:**

____/____/____

03 CADERNETA

Tema: Caderneta de saúde da criança



Acolhimento



Atividades de ensino-aprendizagem



Discussão da temática



Síntese final



Orientações



ANOTAÇÕES

04

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL- PAIS/MÃES/ CUIDADORES

**NOSSO ENCONTRO ESTÁ
MARCADO PARA O DIA:**

____/____/____

04 COMUNICAÇÃO

Tema: Comunicação entre profissional - pais/mães/cuidadores

Acolhimento

Atividades de ensino-aprendizagem

Discussão da temática

Síntese final

Orientações



ANOTAÇÕES

05

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E LETRAMENTO EM SAÚDE NA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

**NOSSO ENCONTRO ESTÁ
MARCADO PARA O DIA:**

____/____/____

05 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Tema: Educação em Saúde e letramento em saúde na vigilância do desenvolvimento infantil

Acolhimento

Atividades de ensino-aprendizagem

Discussão da temática

Síntese final

Orientações



ANOTAÇÕES

APÊNDICE G – FORMULÁRIO AVALIATIVO PÓS PROCESSO FORMATIVO**ROTEIRO DE PERGUNTAS**

Data: ___/___/_____

Número do questionário: _____

Nome do participante: _____

Categoria profissional: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Percepções da intervenção educativa

1. Quais mudanças você identificou em sua assistência com pais/mães/cuidadores após a intervenção educativa?

2. Quais estratégias vêm utilizando para ter uma boa comunicação com pais/mães/cuidadores sobre o desenvolvimento infantil?

Avaliação da intervenção educativa

1. Como você avalia a capacitação? Qual a importância que teve para sua formação profissional?

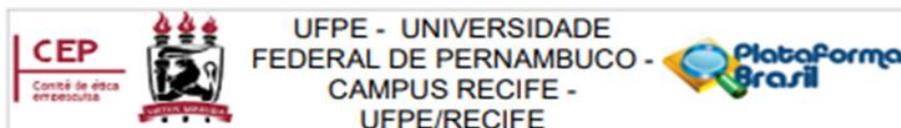
2. A capacitação contribuiu de que forma para sua formação?

3. Você considera que deveriam ter mais momentos como esse?

Autoavaliação do processo de aprendizagem

1. A capacitação lhe forneceu ferramentas suficientes para o processo de aprendizagem?
Em quais aspectos?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.308.561

oriundo do processo da presente intervenção educativa como fundamental para capacitação dos profissionais que estão na assistência, pois configura orientações atualizadas e passíveis de serem implementadas com a equipe multidisciplinar e com/para a comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de intervenção, com uma abordagem qualitativa, desenvolvendo-se a pesquisa participativa em saúde. A proposta será desenvolvida com/para profissionais de saúde da atenção básica que atuam na vigilância à saúde da criança, na atenção primária à saúde, no município de Passira - PE. A coleta de dados será desenvolvida por meio de quatro etapas, compreendendo: 1) Revisão da literatura; 2) Planejamento da intervenção educativa; 3) Execução da intervenção educativa; 4) Avaliação do processo formativo. A revisão da literatura, na modalidade de revisão integrativa, servirá de apoio para o planejamento da ação. O planejamento da intervenção será pautado em metodologias ativas que envolvam os atores sociais no processo de ensino-aprendizagem e na aplicação de conhecimentos envolvendo as dimensões do letramento em saúde (acesso, compreensão, avaliação e aplicação). Sua execução será em grupos focais operativos para maior envolvimento dos participantes nas atividades de ensino-aprendizagem. A avaliação será realizada durante a execução da intervenção educativa e após o seu término.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados então de acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

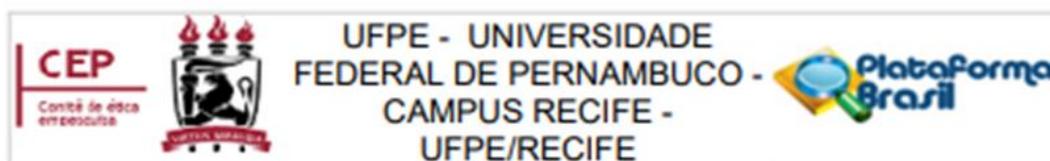
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Substantiado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepehumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.308.561

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar processos de mudanças dos profissionais de saúde da atenção primária durante e após uma intervenção educativa sobre promoção do desenvolvimento infantil a partir do referencial do letramento em saúde.

Objetivos Específicos:

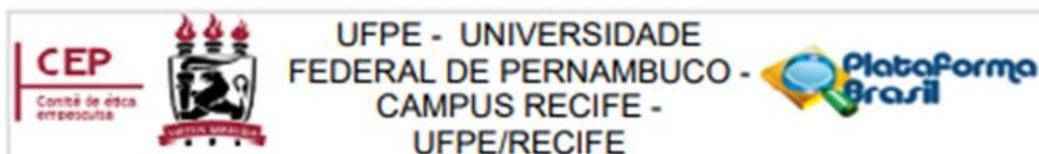
1. Elaborar uma intervenção educativa sobre desenvolvimento infantil a partir das necessidades dos profissionais de saúde com base no referencial do letramento em saúde;
2. Implementar uma intervenção educativa sobre o desenvolvimento infantil a partir dos pressupostos do letramento em saúde;
3. Identificar mudanças nos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais durante e após a intervenção educativa a partir dos autorrelatos e da observação empírica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos considerados nesta pesquisa são aqueles relacionados ao desconforto/constrangimento durante as entrevistas e quebra de sigilo da identidade do participante da pesquisa. Contudo, assegura-se que os participantes poderão sair da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum custo ou danos, e seus nomes serão mantidos desconhecidos. Para garantia do sigilo, os participantes serão identificados por categoria profissional seguindo-se uma ordem numérica, como a seguir: "Enfermeira 1", "Agente Comunitário de Saúde 1", "Médico 1", "Enfermeira 2", e assim sucessivamente. Durante a condução do estudo os cuidados em relação às medidas sanitárias vigentes serão tomados conforme recomendações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): higienização das mãos (água e sabão ou álcool em gel a 70%), distanciamento físico de no mínimo um metro entre as pessoas e utilização de máscara cirúrgica (WHO, 2020). Acrescenta-se que será disponibilizado máscara cirúrgica pela pesquisadora para os participantes que não possuírem.

Benefícios: Quanto aos benefícios relativos à participação no estudo, destacam-se o potencial de o profissional de saúde desenvolver habilidades comunicativas pautados nos constructos do letramento em saúde com os pais, durante o andamento da intervenção e perdurando na assistência à criança, com o intuito de promover saúde e incentivar o estímulo do desenvolvimento na primeira infância, além de potencializar a participação dos pais nos cuidados e relações afetivas, bem como identificar possíveis atrasos no desenvolvimento e intervir de forma precoce, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Acrescenta-se o benefício

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** oep@umanos.ufpe@ufpe.br

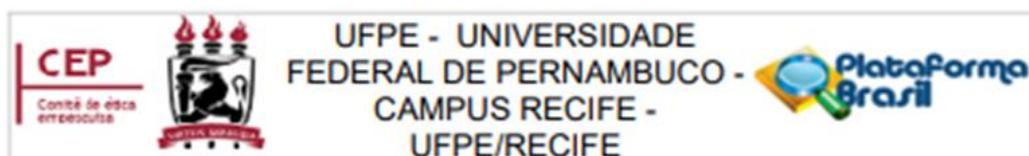


Continuação do Parecer: 5.308.561

disponibilidade para participar da intervenção educativa e das atividades propostas. Critérios de Exclusão-1. Estar afastado das atividades laborais por atestado médico, férias ou licença maternidade durante período de realização da ação educativa; O estudo será realizado em quatro etapas consecutivas, correspondendo à: (1) elaboração da revisão integrativa acerca da temática; (2) planejamento da intervenção educativa; (3) execução da intervenção educativa e (4) avaliação do processo formativo. A implementação se dará através da técnica de grupo focal (GF). O moderador é considerado o facilitador do grupo por intermediar o andamento da discussão (TANAKA; SANTANA, 2018). Os observadores serão previamente treinados quanto as suas contribuições durante os encontros, serão orientados a realizar a gravação de áudio por meio de aparelho gravador de áudio, registrar fotos e vídeos por meio de câmera fotográfica ou celular e realizar anotações de campo por meio de caderneta. As atividades serão realizadas em um espaço pré-estabelecido que acomode todos em um círculo para uma maior interação entre os participantes e um espaço reservado para que não haja interferência ou ruídos durante a efetivação da intervenção educativa. O local será disponibilizado pela gestão municipal para a execução de todos os encontros. Para maior aprofundamento das questões que serão levantadas o GF terá um tempo estimado de uma a duas horas de duração. Além de um ambiente confortável, serão tomadas medidas preventivas, diante do contexto da pandemia de COVID-19. Dessa forma, serão dispostos no local recipientes contendo álcool em gel, máscaras descartáveis e distanciamento entre as pessoas. Após 30 dias de encerramento dos encontros será realizado outro processo de avaliação mediante visitas ao campo de trabalho dos PS. Por meio da técnica de observação será avaliada a implementação do conhecimento apreendido durante o processo formativo seguindo-se o roteiro contido no APÊNDICE A. Espera-se observar uma comunicação efetiva com pais/mães/cuidadores direcionadas ao DI e pautadas nos construtos do LS, assim como estratégias voltadas para promoção do DI. Estrategicamente, as visitas da pesquisadora ao campo serão feitas nos dias de consultas de puericultura, visitas domiciliares e em ações educativas fornecidas pela unidade. Tais informações, como data e horário, serão concedidas pela gestão da saúde municipal ou pelos participantes da pesquisa.

Após o término da intervenção educativa, no último encontro, será aplicado um formulário (APÊNDICE G) com perguntas direcionadas ao participante do estudo acerca das suas percepções após a intervenção educativa, autoavaliação no processo de aprendizagem e avaliação da modalidade empregada para condução da intervenção. A análise dos dados será realizada mediante a triangulação de métodos, essa modalidade percorre a articulação de três dimensões: 1- dados empíricos; 2- autores que retratam a temática em estudo; 3- análise de conjuntura .

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ARTICULAÇÃO COM O REFERENCIAL DO LETRAMENTO EM SAÚDE

Pesquisador: RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55910522.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

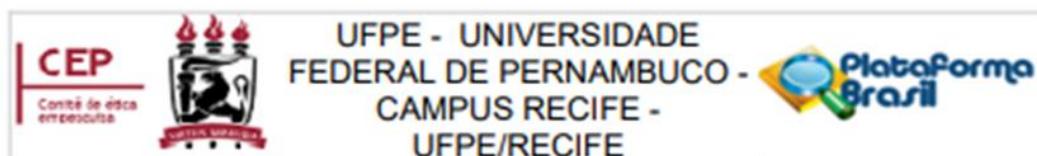
Número do Parecer: 5.308.561

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_Projeto_1881380.pdf de 17/03/2022), e do Projeto Detalhado (de 17/03/2022).

Descrição: Trata-se de uma pesquisa de Mestrado do programa de pós-graduação de Enfermagem-UFPE. É um estudo de intervenção, com abordagem qualitativa, ancorado ao referencial metodológico do Letramento em Saúde, onde serão exploradas suas dimensões, abarcando as quatro competências (acessar, compreender, aplicar e avaliar) contidas em seu constructo. A amostra será composta por profissionais de saúde atuantes na vigilância à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde. O tamanho amostral será definido de forma intencional, pelos profissionais que aceitarem participar e que se engajem neste processo educativo, abarcando profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de saúde bucal, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, psicólogo e assistente social. Critérios de Inclusão 1. Ser profissional de saúde que atue na vigilância à saúde da criança na atenção primária à saúde; 2. Atuar na promoção ou monitoramento do desenvolvimento infantil na primeira infância; 3. Ter

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.305.561

neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881380.pdf	17/03/2022 17:42:11		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	17/03/2022 17:41:45	RAYARA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto.docx	17/03/2022 17:39:39	RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Rayara.docx	17/03/2022 17:39:32	RAYARA MEDEIROS DUARTE LUZ	Aceito
Outros	Matricula_PPGENF_Rayara.pdf	14/03/2022 14:08:18	RAYARA MEDEIROS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	14/03/2022 14:06:48	RAYARA MEDEIROS	Aceito
Outros	Lattes_Rayara.pdf	16/02/2022 13:05:18	RAYARA MEDEIROS	Aceito
Outros	Lattes_Wanderleya.pdf	16/02/2022 13:02:08	RAYARA MEDEIROS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	16/02/2022 12:59:14	RAYARA MEDEIROS	Aceito

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

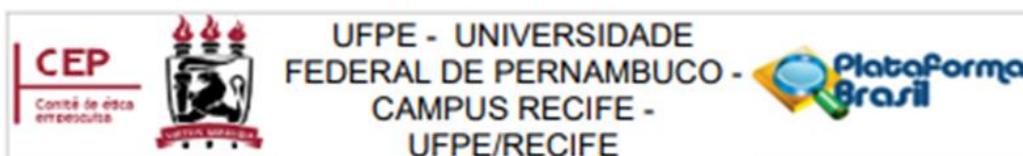
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.308.561

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/02/2022 10:32:13	RAYARA MEDEIROS	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_de_revisao_de_projeto_RAYA RA.pdf	07/02/2022 10:20:13	RAYARA MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 23 de Março de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br