



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

ROCHELLE HOLANDA BARROSO

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE EM UMA CRECHE
COMUNITÁRIA

FORTALEZA

2019

ROCHELLE HOLANDA BARROSO

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE EM UMA CRECHE
COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Promoção à Saúde

Orientadora: Dra. Emilia Soares Chaves
Rouberte

Coorientadora: Dra. Katia Virginia Viana
Cardoso

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B285c Barroso, Rochelle Holanda.
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL : ANÁLISE EM UMA CRECHE
COMUNITÁRIA / Rochelle Holanda Barroso. – 2019.
67 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Emilia Soares Chaves Rouberte.
Coorientação: Prof. Dr. Katia Virginia Viana Cardoso.

1. Saúde da criança. 2. Crescimento e Desenvolvimento. 3. Creche. 4. Família. I. Título.

CDD 610

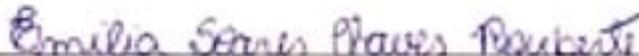
ROCHELLE HOLANDA BARROSO

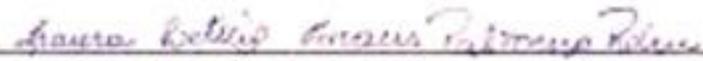
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE EM UMA CRECHE
COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 11/11/2019

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr.ª. Emilia Soares Chaves Rouberte (Presidente e Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB


Prof. Dr.ª. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA


Prof. Dr.ª. Rafaella Pessoa Moreira (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a DEUS por ter me dado o dom da vida e me guiado para que eu chegasse até aqui. Obrigada Senhor por mais uma conquista!

Aos meus pais, João Humberto de Oliveira Barroso e Joselene Holanda Barroso, por todo o amor que me dedicaram e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu irmão, Rafael Holanda Barroso, por todo o carinho.

À minha família, em especial minha avó e madrinha, Maria Suely de Oliveira Barroso (*in memorian*), por estarem presentes em minha caminhada, compartilhando os momentos de alegria e tristeza.

Ao meu noivo, futuro esposo, Dogival Marrocos Moura Junior, por toda a paciência, carinho, ajuda nesse caminho.

À CAPES, pelo incentivo à pesquisa.

À coordenação e professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial à Nucleadora da Universidade Federal do Ceará.

À minha orientadora, Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte, pela disponibilidade, ajuda e ensinamentos.

À minha coorientadora e amiga Profa. Dra. Katia Virginia Viana Cardoso, pela paciência, pelo carinho e tempo doados.

Aos professores participantes da banca examinadora, Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira e Profa. Dra. Fabiane Do Amaral Gubert, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

À turma de Mestrado em Saúde da Família, CactoSUS, em especial, às minhas amigas Karliana Nascimento Farias e Maria Zilná Arrais Daniel Mendes por todos os desafios que pude contar com o apoio para superá-los.

À coordenadora e aos profissionais da UAPS Anastácio Magalhães por toda ajuda no período da coleta de dados e vida profissional.

À diretora e às educadoras da Creche por toda a atenção dada às crianças e à coleta.

Às crianças e aos cuidadores por terem aceitado colaborar e permitido que eu conhecesse um pouco de sua história.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para que eu chegasse até aqui. Obrigada!

“é necessária uma aldeia *inteira para criar*
uma criança”

Provérbio africano.

RESUMO

O desenvolvimento infantil tem sido alvo de olhares, sendo entendida a importância de cuidar da criança desde as fases mais precoces. A família é o primeiro contexto que o bebê vivencia. Nessa esteira, considera-se que as condições familiares e a assistência recebida pelos serviços de educação e saúde refletem no desenvolvimento infantil. A mais, cumpre destacar que a creche é o ambiente no qual as crianças estão inseridas na primeira infância. A partir dessa realidade, os objetivos deste trabalho foram analisar o crescimento e o desenvolvimento infantil em uma Creche de Fortaleza-Ceará; bem como associar o crescimento e o desenvolvimento ao contexto familiar da criança. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, realizada com crianças de 12-36 meses, em uma creche gratuita, de abril a junho/2019. Como instrumento foi utilizada a ficha espelho da Caderneta de Saúde da Criança, o Genograma e o Apgar de família. Como resultados, encontrou-se que o crescimento e o desenvolvimento das crianças foram adequados para a idade, a estrutura familiar mais encontrada foi a do tipo Nuclear Tradicional e Estendida e a maioria das famílias apresentou boa funcionalidade. Foi encontrada uma associação entre o peso e a estrutura familiar, pois a maior prevalência de peso elevado foi entre aquelas crianças de famílias do tipo Nuclear. Diante dos dados analisados, foi possível concluir que o crescimento e o desenvolvimento das crianças inseridas em creche pública estavam adequados; a mais, foi observado que a relação encontrada se deu entre o crescimento e a estrutura familiar.

Palavras-chave: Saúde da criança. Crescimento e Desenvolvimento. Creche. Família.

ABSTRACT

Child development has been the focus of attention and the importance of caring for the child from the earliest stages is understood. The family is the first context the baby experiences. Family conditions, assistance received by education and health services are considered to reflect on child development. The nursery is the environment in which children are inserted in early childhood. The objectives were to analyze the growth and child development. Nursery of Fortaleza-Ceará; and associate growth and development with the child's family context. It was a descriptive, cross-sectional, quantitative research. Held with children aged 12-36 months, in a free day care center, from April to June / 2019, the instrument used was the mirror form of the Child Health Handbook, the Genogram and the family Apgar. As a result, it was found that the growth and development of the children were adequate for age, the most found family structure were the traditional and extended nuclear type and most families had good functionality. We found an association between weight and family structure, where the highest prevalence of high weight was among those children from nuclear families. It was concluded the growth and development of children in public day care were adequate and the relationship found was between growth and family structure.

Keywords: Child Health. Growth and Development. Child Day Care Centers. Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.....	14
Figura 1 – Distribuição das Secretarias Regionais de Fortaleza – Ceará, 2018.....	22
Quadro 1 – Marcos do desenvolvimento e como pesquisar.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2019.....	30
Tabela 2 –	Distribuição do número de crianças segundo o crescimento (peso, estatura e IMC). Fortaleza, 2019.....	31
Tabela 3 –	Distribuição do número de crianças segundo o desenvolvimento (marcos alcançados para a idade). Fortaleza, 2019.....	32
Tabela 4 –	Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas dos pais das crianças. Fortaleza, 2019.....	32
Tabela 5 –	Distribuição do número de famílias segundo a estrutura familiar. Fortaleza, 2019.....	34
Tabela 6 –	Distribuição do número de famílias segundo a funcionalidade. Fortaleza, 2019.....	34
Tabela 7 –	Associação entre a estrutura familiar e o crescimento infantil. Fortaleza, 2019.....	36
Tabela 8 –	Associação entre a funcionalidade familiar e o crescimento infantil. Fortaleza, 2019.....	36
Tabela 9 –	Associação entre a estrutura familiar e o desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2019.....	37
Tabela 10 –	Associação entre a funcionalidade familiar e o desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2019.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
EqSF	Equipe de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NutriSUS	Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PC	Perímetro Cefálico
PPCT	Processo, Pessoa, Contexto e Tempo
PSE	Programa Saúde na Escola
RN	Recém-Nascido
SME	Secretaria Municipal de Educação
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UAPS	Unidades Primárias de Atenção à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	Tipo de estudo.....	21
3.2	Local de estudo.....	21
3.3	População e amostra.....	23
3.4	Procedimentos de coleta.....	23
3.5	Instrumento de coleta e avaliação.....	24
3.6	Procedimentos analíticos.....	28
3.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	28
3.7.1	<i>Riscos e benefícios do estudo</i>	29
4	RESULTADOS.....	30
5	DISCUSSÃO.....	40
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	49
7	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS CRIANÇAS (AUTORIZAÇÃO DOS PAIS)...	57
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS.....	59
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA.....	61
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	65

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde da criança e com o seu desenvolvimento iniciam desde o momento da gestação perpassando os anos da infância. Essa atenção na primeira infância é necessária, pois é o momento ideal para pensar o futuro, além disso, esforços nessa direção incentivam boas condições de vida às crianças e aumentam as chances de sociedades prósperas (CYPEL, 2011). Dessa forma, o desenvolvimento infantil, nos últimos anos, tem sido alvo de olhares, sendo entendida a importância de cuidar da criança desde as fases mais precoces.

Os estudiosos dividem o desenvolvimento infantil em três principais domínios: físico, cognitivo e psicossocial. O desenvolvimento físico engloba o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde; o desenvolvimento cognitivo contém a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade; e o desenvolvimento psicossocial está relacionado às emoções, personalidade e relações sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Assim, o processo de desenvolvimento é dinâmico e contínuo, sendo cada estágio construído a partir dos anteriores de forma sequencial, sendo que o desenvolvimento acontece quando a criança alcança o esperado para as etapas: motora, de linguagem, de pensamento e de socialização (HALPERN, 2015).

O domínio físico compreende o crescimento e o desenvolvimento físico que seguem, desde o período gestacional, os princípios cefalocaudal e o próximo-distal. Segundo o princípio cefalocaudal (de cima para baixo), o crescimento ocorre primeiro pelas partes superiores do corpo seguidas das partes inferiores. De acordo com o princípio próximo-distal, o crescimento e o desenvolvimento ocorrem do centro do corpo para as extremidades, isto é, de dentro para fora (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os padrões de crescimento físico da criança apresentam considerável estabilização entre 1 e 3 anos, quando comparado ao primeiro ano de vida. O ganho de peso médio é de 1,8 a 2,7kg por ano. A estatura, via de regra, tem o aumento de 7,5 cm por ano. Geralmente, pode-se prever a estatura do adulto que é aproximadamente o dobro da estatura de uma criança com 2 anos de idade. Destaca-se também que o período de 12 a 36 meses apresenta uma curva de crescimento estável e gradual, característica da primeira infância (HOCKENBERRY, 2018).

Nos primeiros anos de vida da criança, ocorre o desenvolvimento cerebral; ao nascimento, o cérebro já está com seu crescimento celular praticamente concluído. Por outro lado, o recém-nascido apresenta a maior parte das células cerebrais sem conexão entre si, por isso o cérebro amadurece no decorrer dos primeiros anos de vida. Até os três anos, as células cerebrais, que são mais de 100 bilhões, multiplicam-se em 1 quatrilhão de novas conexões cerebrais, as quais sofrem influências do ambiente em que a criança vive (UNICEF, 2005; CEARÁ, 2019).

A Epigenética é a ciência que estuda a forma como as influências ambientais afetam a forma como os genes são expressos, mudando a ideia de que os genes são imutáveis; são quase sempre os dois. Durante o desenvolvimento, o DNA acumula marcas químicas, que formam o epigenoma. Isso explica o porquê de os gêmeos, geneticamente idênticos, terem comportamentos, saúde, habilidades e realizações diferentes (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2010).

Entende-se a importância desses vínculos familiares, pois, segundo os estudos dos neurocientistas, embora o bebê possua a genética, tendo a tendência a desenvolver determinados comportamentos, eles serão modulados pelas intervenções dos primeiros cuidadores (CYPEL, 2011).

O modo como esses vínculos forem se estabelecendo determinará a formatação neurobiológica cerebral, com a consequente organização das redes circuitárias neuronais, como se fossem aprendizados sucessivos, interdependentes e de complexidade crescente – de tal forma que o mais complexo necessitará da boa organização dos mais simples para sua adequada instalação. Servirão como alicerces seguros para o desenvolvimento integral do indivíduo e, mais especialmente, para a sua progressiva maturidade emocional (CYPEL, 2011, p.14-15).

Desta forma, é importante que sejam avaliadas a estrutura e a funcionalidade familiar, considerando que estas interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil.

Encontra-se, assim, na primeira infância, a neuroplasticidade, que é a capacidade de o cérebro moldar-se de maneiras diferentes em resposta às experiências vivenciadas, existindo diversas oportunidades de promoção do desenvolvimento infantil. Essa capacidade vai diminuindo com o decorrer dos anos de vida (SHORE, 2000 *apud* CYPEL, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O desenvolvimento cognitivo na infância, segundo Piaget, inicia pelo estágio sensório-motor, que perpassa do nascimento aos 2 anos. Nesse estágio, a

criança aprende sobre si e sobre o mundo por meio das atividades motoras e sensoriais, passando de comportamentos reflexos, a crianças orientadas para um objetivo (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O domínio psicossocial é vivenciado desde o nascimento; o desenvolvimento está introduzido nos contextos históricos e sociais, mostrando o quanto são seres essencialmente sociais. A família é normalmente esse primeiro contexto que o bebê experimenta (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A fase que inicia na gestação e vai até três anos é marcada pelas relações afetivas entre a criança e a mãe, sendo significativa para a saúde do binômio e podendo propiciar à criança realizações pessoais e profissionais (CYPEL, 2011).

Dentre as teorias sobre o desenvolvimento, a Bioecológica tem uma abordagem contextual na qual o indivíduo só pode ser entendido a partir do seu contexto social. Criada pelo psicólogo norte-americano Urie Bronfenbrenner (1917-2005), entende-se que o sujeito não é resultante do desenvolvimento, mas alguém que também molda o desenvolvimento por características biológicas e psicológicas (BENETTI *et al.*, 2013).

No seu paradigma, o teórico considera o desenvolvimento dentro de quatro dimensões que se interagem, chamadas de “Modelo PPCT” – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (BENETTI *et al.*, 2013).

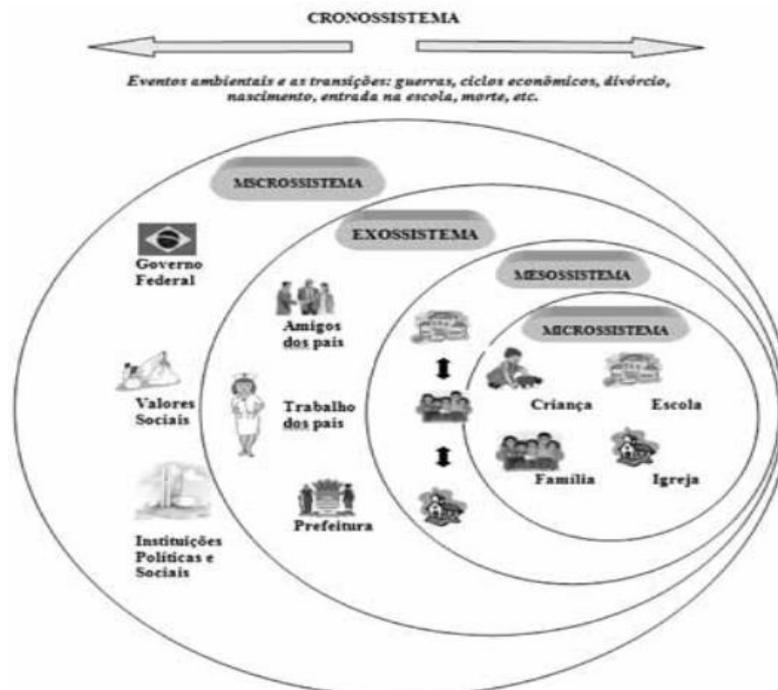
O processo é considerado o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento; são primordiais as relações entre o organismo e o contexto nomeadas como processos proximais. Tem-se como exemplos o brincar, sozinho ou com outras pessoas; atividades entre as crianças; aprender novas capacidades; ler etc., que são as engrenagens do desenvolvimento. O engajamento nessas atividades e relações dão sentido ao seu mundo e capacidade de transformá-lo. As crianças, na primeira infância, interagem por longos períodos com seus pais, ou outras pessoas mais velhas, como cuidadores, professores, irmãos, parentes e outras crianças, são essas relações diretas que produzem os processos proximais (BENETTI *et al.*, 2013).

No que se refere à Pessoa, Bronfenbrenner destaca os fatores genéticos e biológicos no desenvolvimento, esses atributos são três: Demandas, Recursos e Disposição. As demandas são as disposições comportamentais do indivíduo que levam aos processos proximais. Os recursos são cognitivos e emocionais como as habilidades, experiências e inteligência, também podem ser sociais e materiais promotores de processos proximais como acesso à moradia, alimentação, cuidado

parental, educação entre outras; além disso, os recursos podem ser também perturbadores: deficiências, lesões cerebrais etc. Cumpre destacar que as disposições são relacionadas ao temperamento, motivação e persistência (BENETTI *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao contexto, refere-se a qualquer evento ou condição externa ao organismo, podendo influenciar ou ser influenciado pelo ser em desenvolvimento. A teoria mostra cinco níveis de influência ambiental, a saber: microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema (Figura 1) estes começam do mais interno para o mais externo, fazendo uma analogia ao nicho ecológico, pois cada criança, em culturas diferentes, pode apresentar uma diversidade de desfechos, a partir das interações que realiza com o meio (HALPERN, 2015; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Figura 1 – Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner



Fonte: Fundamentos da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner (BENETTI *et al.*, 2013).

Assim, para melhor entender a Pessoa, deve-se ver a complexidade das influências sobre o desenvolvimento e o contexto desses múltiplos ambientes. O microsistema é o dia a dia da criança, em sua casa, creche, vizinhança, locais de lazer, posto de saúde, e os seus relacionamentos com os pais, irmãos, amigos,

colegas de classe, professores, profissionais de saúde que o acompanham, sendo essas influências vias de mão dupla, como exemplo a interação pais-bebê, na qual a criança afeta a vida dos pais e os sentimentos dos pais afetam a criança, vice-versa. Destaca-se que o mesossistema é a relação entre dois microssistemas, como o vínculo entre a família e a creche, entre a família e o grupo de colegas, entre a creche e o posto de saúde. Quando a criança entra em contato com um novo ambiente, ela cria um novo mesossistema. Por sua vez, o exossistema é um ambiente que não está diretamente ligado à criança, mas pode afetá-la a partir de situações que possam ocorrer nesses ambientes, como a programação da televisão que pode influenciar o comportamento infantil. Já o macrosistema é representado pela estrutura social, cultural e política da sociedade, como o ser é afetado por viver em um regime capitalista ou socialista (HALPERN, 2015; PAPALIA; FELDMAN, 2013; BENETTI *et al.*, 2013).

Por fim, tem-se o tempo com o cronossistema, o qual inclui a dimensão do tempo, que seria a mudança ou constância na pessoa e no ambiente, como as mudanças de estrutura nas famílias, o lugar da residência, ou mudanças culturais maiores, como guerras e ciclos econômicos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Todos esses contextos podem influenciar no desenvolvimento de forma positiva ou negativa. As situações extremas de estresse, nesses primeiros anos, podem acarretar um maior risco de problemas cognitivos, comportamentais e/ou emocionais, fazendo com que as crianças deixem de atingir o seu pleno potencial. Enquanto a genética mostra o que a criança pode atingir no seu desenvolvimento, o ambiente irá determinar se será ou não atingido (UNICEF, 2005).

O desenvolvimento cognitivo e emocional de uma criança é influenciado não apenas por sua saúde e estado nutricional, mas também pelas experiências e interações que ocorrem durante a infância com aqueles que participam de sua vida (pais, irmãos, amigos). Esses elementos atuam em sinergia e não podem ser separados em diferentes domínios. Por isso, além de assegurar nutrição e tratamento das doenças, é importante garantir que a criança cresça em um ambiente com afeto, estimulação intelectual e interação com as pessoas da família. (UNICEF, 2005, p.69)

Assim, pode-se considerar o atraso no desenvolvimento como um problema de saúde pública, pois apresenta uma alta prevalência e relevância, implicando em funções essenciais da infância à vida adulta (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, com um olhar biopsicossocial para as condições do contexto de saúde e de

vida de sua mãe e sua família, é realizado nas consultas de Puericultura (BRASIL, 2012).

Para orientar esse acompanhamento e proporcionar a qualidade do cuidado à saúde da criança, o Ministério da Saúde (MS) dispõe do Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, número 33 (CAB 33). O caderno descreve como essencial o acompanhamento da criança em seu crescimento, desenvolvimento, calendário vacinal, orientações à promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como a necessidade de as famílias serem orientadas quanto as mudanças que acontecem nas faixas etárias específicas (BRASIL, 2012).

A criança é parte essencial da unidade familiar, sendo o cuidado melhor realizado quando se entende que o paciente é a “família”. Esse ambiente familiar pode ter diversas estruturas, promovendo a saúde e dando condições para a criança desenvolver seu potencial por meio de um ambiente favorável (HOCKENBERRY, 2014). A mais, considera-se que as condições familiares e a assistência recebida pelos serviços de educação e saúde refletem no desenvolvimento infantil (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2007; RODOVALHO; BRAGA; FORMIGA, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde, a Puericultura é a ação programática que pode ser realizada pela enfermeira (o) ou pelo médico (a). O CAB 33 também propõe que as consultas de puericultura se iniciem desde a primeira semana de vida da criança, garantindo uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do enfermeiro à mãe e ao Recém-Nascido (RN) no contexto da família (BRASIL, 2012).

Nas consultas de puericultura, são realizadas as seguintes ações: orientar sobre os cuidados com o RN; informar sobre as consultas para ambos (mãe e RN); estimular a presença do pai, sempre que possível; apoiar o aleitamento materno; orientar e incentivar o seguimento do esquema vacinal; realizar o teste do pezinho; dentre outras. As consultas da criança seguem no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês). A partir dos dois anos, são recomendadas consultas anuais, próximas ao mês do aniversário, sendo selecionadas essas faixas etárias porque representam momentos para imunizações e/ou de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitam de uma maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

Todas as ações citadas têm como finalidade a busca do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, com foco na Atenção Primária à Saúde.

Reforçando a busca pelo cuidado à criança, foi criada, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida. Nessa esteira, é dada especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e melhor desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Um dos eixos estratégicos propostos pela PNAISC é a promoção e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança. A Política inclui o acompanhamento e o estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento, dando ênfase ao "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela Atenção Primária à Saúde (APS), conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança" (CSC), e envolve ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015).

Em 2018, foram lançadas pelo MS as orientações para a implementação da PNAISC, a qual destaca diversos estudos, ressaltando os riscos para o desenvolvimento infantil precário: a exposição a fatores de risco biológicos, psicossociais e ambientais, como a pobreza, maus-tratos, estimulação socioemocional e cognitiva deficientes, situações de violência na família e/ou comunidade, entre outras. Essas situações podem acarretar dificuldades na escola e na vida profissional, bem como perpetuação da pobreza nas gerações (BRASIL, 2018).

Entre as ações estratégicas está a disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, com atualização periódica de seu conteúdo, o que permite a identificação de crianças com alterações no ganho pondero-estatural em relação aos padrões, os riscos nutricionais (desnutrição ou obesidade) e, associado a uma avaliação integral, possibilita o diagnóstico de outros agravos (anemia, infecções etc.) e vulnerabilidades, favorecendo as devidas intervenções (BRASIL, 2018).

Em relação ao desenvolvimento, é necessário que, desde o nascimento, sejam registradas quaisquer ocorrências na Caderneta de Saúde da Criança e identificadas as situações que interfiram em seu potencial. É cabível destacar que as consultas de acompanhamento são realizadas com o objetivo de avaliar as

habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva, sendo realizadas por meio dos marcos propostos pela Caderneta de Saúde da Criança; a mais, destaca-se que, nesse momento, são escutadas as percepções dos pais e da escola (BRASIL, 2018).

Atualmente, a CSC contempla duas partes. A primeira com orientações sobre os cuidados com a criança, direitos, Registro Civil de Nascimento, amamentação, alimentação saudável, suplementação de vitamina A, estímulo ao desenvolvimento com afeto, vigiar o crescimento infantil, vacinação, saúde bucal, ocular e auditiva, diarreia e desidratação, prevenção de acidentes e violências (BRASIL, 2019).

A segunda parte da CSC traz os registros dos profissionais relacionados ao pré-natal, nascimento, crescimento, desenvolvimento, situações especiais, pressão arterial, saúde bucal, saúde ocular e auditiva, vacinação e suplementação de Ferro e Vitamina A, bem como alimentação e registro de internações (BRASIL, 2019). Entretanto, evidencia-se uma subutilização da CSC refletindo a baixa sensibilização dos profissionais de saúde para o registro no documento de acompanhamento de saúde da criança (ALMEIDA *et al.*, 2016; AMORIM *et al.*, 2018).

Em estudo de revisão sistemática, realizado para a descrição da vigilância do desenvolvimento infantil no Brasil, foi encontrado como resultado que, apesar de o Ministério da Saúde ter formalizado o acompanhamento do desenvolvimento por meio do Cartão ou da Caderneta de Saúde da Criança, sua realização ainda é bem deficitária (CAMINHA *et al.*, 2017). Um estudo de revisão integrativa também traz a precária utilização da CSC, com ausência ou fragilidade dos registros, com baixa sensibilização dos profissionais para o uso (SILVA; CURSINO; SILVA, 2018).

A partir da prática profissional, na Estratégia Saúde da Família, verifica-se uma situação de irregularidade na frequência das consultas e evasão das crianças saudáveis para o acompanhamento, a partir de um ano de idade, nas Unidades Primárias de Atenção à Saúde (UAPS), sendo essas crianças assistidas apenas nos quadros de doenças agudas.

Estudos reforçam a constatação dessa situação. Segundo Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), a frequência de crianças que não foram levadas regularmente à puericultura foi de 53,2%. Cumpre destacar que esse período do ciclo de vida (a partir de um ano de idade) é marcado pela entrada das crianças nas creches e pré-escolas.

A partir desse contexto, o presente estudo traz os seguintes questionamentos: como está o crescimento e o desenvolvimento de crianças inseridas em creche? Qual a influência da estrutura e funcionalidade familiar com o crescimento e o desenvolvimento infantil?

No contexto pessoal, essa temática sensibiliza-me desde o período da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, quando realizei um estudo com objetivos semelhantes, vivenciado em uma comunidade rural. Em tal contexto, todas as crianças da creche eram atendidas em uma única UAPS.

Ao iniciar a vida profissional na UAPS da pesquisa, identifiquei que a creche de responsabilidade desta está situada em um ambiente urbano, no qual as crianças são acompanhadas por várias UAPS dos bairros próximos.

No contexto da creche, o cuidado da enfermagem neste ambiente é importante para reconhecer as formas de aprofundar o acompanhamento das famílias e suas estruturas, bem como é importante saber como estão o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças. A mais, é importante verificar como se dá a atuação da equipe no ambiente escolar, visto o programa saúde na escola ser uma ação que proporciona a intersectorialidade entre saúde e educação, visando à promoção da saúde das crianças que passam boa parte do tempo na creche. Isso se dá porque a creche é um local que proporciona o desenvolvimento motor, intelectual e social, podendo interferir no crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Nessa esteira, este estudo é relevante, pois traz benefícios para a EqSF por aprofundar o cuidado das crianças e famílias acompanhadas pela UAPS, nas quais a puericultura faz parte do calendário das equipes de saúde. Também tem grande valia para as crianças e suas famílias, pois a avaliação do crescimento e os marcos do desenvolvimento permitem orientações sobre o estímulo parental e possíveis soluções para cuidar dos problemas de saúde.

No âmbito social, o estudo justifica-se, pois contribui para a reforçar o acompanhamento das crianças anualmente dentro do quadro saudável, levando a prevenção do atraso escolar, promoção das relações familiares, além de possibilitar a redução do índice de morbimortalidade infantil.

No âmbito acadêmico, a pesquisa mostra a possibilidade e a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da Caderneta de Saúde da Criança, a qual traz os registros de forma acessível e prática.

2 OBJETIVOS

- Analisar o crescimento e o desenvolvimento de crianças em uma Creche do município de Fortaleza-Ceará;
- Associar o crescimento e desenvolvimento ao contexto familiar da criança.

3 MÉTODO

3.1 Tipo estudo

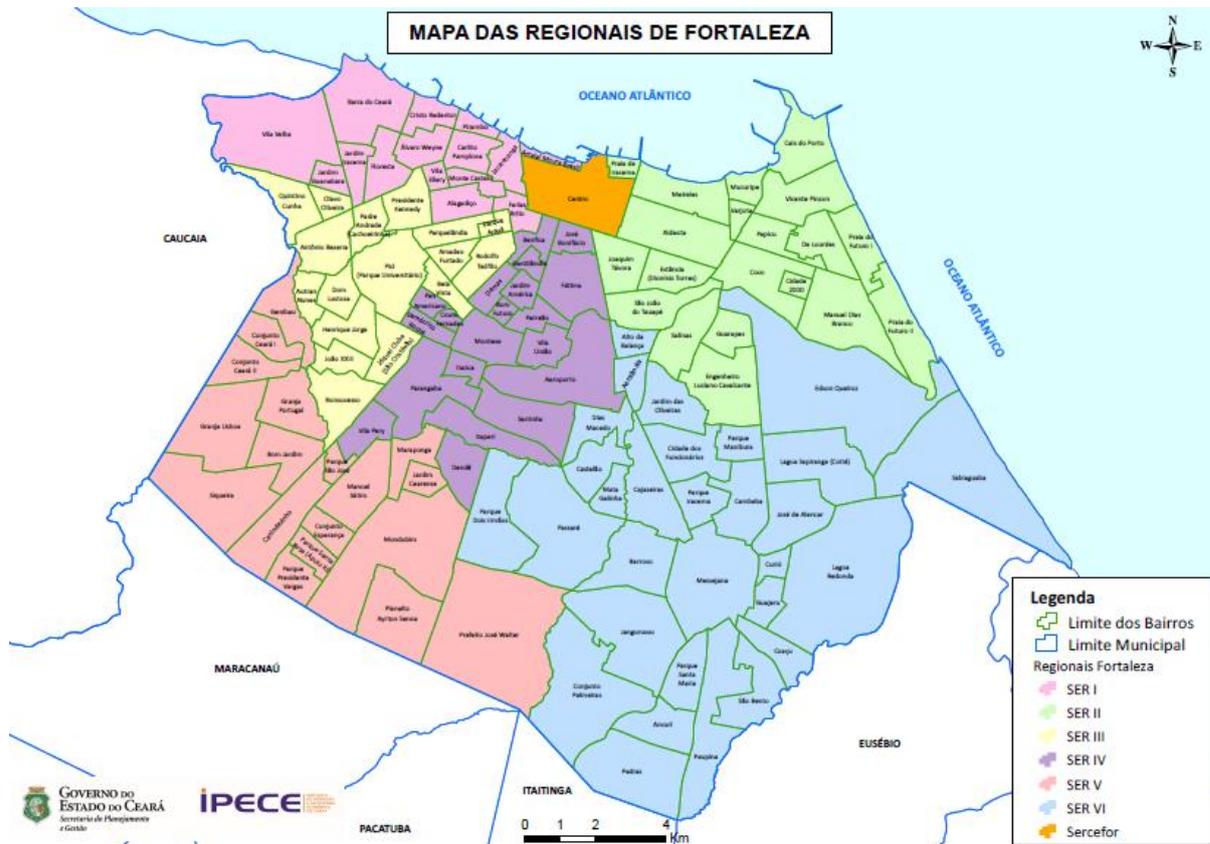
Tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm o intuito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação; são transversais por serem, sobretudo, apropriados para delinear a situação, o estado do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Na abordagem quantitativa, o pesquisador parte de um ponto inicial de um estudo para a obtenção de uma resposta. Ele está interpretando e examinando dados continuamente e tomando decisões a partir do que já foi descoberto. Para a obtenção dos dados nesse tipo de estudo, são usados instrumentos formais, os quais possibilitam o acesso a informações numéricas mensuradas estatisticamente (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Fortaleza, cuja população estimada corresponde atualmente a 2.627.482 habitantes (IBGE, 2017). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IBGE, 2019) é de 0,754, estando na posição 486º no Brasil.

A cidade de Fortaleza é dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CORES nas quais estão agrupados os bairros, conforme pode ser observado na Figura 2 a seguir:

Figura 2 – Distribuição das Secretarias Regionais de Fortaleza-Ceará, 2018.



Fonte: Site Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)

A pesquisa foi realizada na CORES III, cuja população é de 360.551 pessoas. Abrange os bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2019).

O município possui 124.353 crianças de zero a três anos de idade. A instituição de educação que atende essa faixa etária (zero a três anos) é a Creche. Atualmente, a rede pública municipal oferece aproximadamente 14 mil vagas para crianças de 1 a 3 anos em Fortaleza na Educação Infantil (creche) (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2015).

O estudo foi realizado em uma creche que está localizada no bairro Rodolfo Teófilo, o qual apresenta Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,481, na posição 33 entre os bairros de Fortaleza, segundo Censo 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2014).

Essa creche foi escolhida por conveniência, devido ao fato de estar adscrita no território de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da pesquisadora e vinculada à UAPS Anastácio Magalhães pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

A referida creche funciona em período integral, e oferece cinco refeições diárias, orientadas por nutricionista, e faz parte da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (NutriSUS).

Possui um quadro de cinco professoras, uma diretora, uma secretária e uma agente administrativa. A estrutura física contém: secretaria, diretoria, refeitório, parque de brinquedos, cinco salas de aula.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por crianças na faixa etária de 12 a 36 meses de idade, que estudavam na creche, sendo um total de 56 crianças.

Foram considerados critérios de inclusão: estar matriculada na creche, independentemente do tempo que já a frequentava. Como critérios de exclusão teve-se: criança não comparecer à creche no período de coleta de dados; crianças que apresentaram algum transtorno neuromotor, sensorial ou cognitivo previamente diagnosticado por médico.

No decorrer da coleta, foi verificado que três crianças tinham diagnóstico de autismo, uma criança com diminuição da acuidade auditiva, uma criança ficou internada durante o período da coleta e uma criança saiu da creche. Dessa forma, a amostra foi composta por 50 crianças.

Também fizeram parte do estudo os cuidadores principais das crianças que participaram da pesquisa, correspondendo a 50 cuidadores.

3.4 Procedimentos de coleta

O recrutamento dos sujeitos da pesquisa foi realizado com a identificação das crianças e responsáveis (cuidador principal) a partir de uma listagem disponibilizada pela creche municipal. O projeto de pesquisa foi apresentado aos pais durante a Campanha de Vacinação para Influenza 2019, realizada na creche, momento em que foi explicado o propósito do estudo. As crianças levaram na agenda

um informe para os pais/familiares sobre a data agendada para a avaliação do seu filho e a entrevista com o cuidador principal.

As avaliações do crescimento e do desenvolvimento das crianças foram realizadas por meio das medidas de perímetro cefálico (PC), peso, estatura e identificação dos marcos do desenvolvimento, na Sala do Programa Promoção e Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil (PADI). Os cuidadores principais foram entrevistados na sala da Diretoria, no horário de entrada ou saída das crianças na creche.

A coleta de dados aconteceu em todos os dias da semana (segunda a sexta-feira) no início da manhã (7h00 às 8h00) ou no final da tarde (16h00 às 17h00), durante os meses de abril, maio e junho de 2019. Esses dias foram escolhidos por conveniência dos cuidadores principais. O tempo da coleta com as crianças foi de aproximadamente 15 minutos e com os cuidadores 10 minutos.

3.5 Instrumentos de coleta e avaliação

A coleta era realizada utilizando uma ficha espelho da Caderneta de Saúde da Criança, em que eram investigados os seguintes dados: a identificação, a avaliação da criança, sendo realizada no dia da coleta por meio das medições de perímetro cefálico (até os 24 meses), peso, altura e Índice de Massa Corporal (crescimento) e identificação dos marcos do desenvolvimento alcançado (desenvolvimento).

Para identificar a estrutura e a funcionalidade da família, foram utilizados o Genograma (Apêndice C) e Apgar de família (Apêndice C), respectivamente. Em relação à Teoria Bioecológica dentro do Modelo PCCT, a dimensão da Pessoa foi investigada na identificação da criança, a dimensão do Contexto no Microssistema foi avaliada pela identificação dos pais, pela estrutura e pela funcionalidade da família.

Foram utilizados os seguintes materiais para a coleta dos dados referentes ao crescimento: balança digital devidamente calibrada para aferição do peso e fita métrica para medida da estatura e perímetro cefálico. Para coletar os dados referentes ao desenvolvimento, foram utilizados: bolinha de papel, blocos, caneca, colher, garfo, cubos, gaveta, figuras, bola, papel, lápis, figuras de animais. Na entrevista com o familiar, foi utilizada a ficha com Genograma e Apgar da família.

O crescimento foi avaliado por meio das medidas antropométricas das crianças, que eram colocadas no gráfico escore Z para a classificação. Nele, tem-se

as seguintes medidas para a relação perímetro cefálico x idade (até 24 meses): maior que + 2 escores z: PC acima do esperado para a idade, maior/igual +2 escore z e maior/igual -2 escores: PC adequado para a idade, menor que -2 escores z: PC abaixo do esperado para a idade; para a relação peso x idade: maior que +2 escores z: peso elevado para idade, maior/igual -2 e menor/igual +2 escores z: peso adequado para idade, maior/igual -3 e menor -2 escores z: baixo peso para idade, menor -3 escores z: muito baixo peso para idade; para a relação altura x idade: maior/igual que -2 escores z: estatura adequada para idade, maior/igual -3 e menor -2 escores z: baixa estatura para idade, menor -3 escores z: muito baixa estatura para idade; para a relação Índice de Massa Corpórea (IMC) x idade: maior que +3 escores z: obesidade, menor/igual +3 e maior/igual +2 escores z: sobrepeso, menor/igual +2 e maior +1 escores z: risco de sobrepeso, menor/igual +1 e maior/igual -2 escores z: eutrofia, menor -2 e maior/igual -3 escores z: magreza, menor -3 escores z: magreza acentuada (BRASIL, 2019).

Para avaliar o desenvolvimento, foram pesquisados os marcos do desenvolvimento utilizando a CSC, que apresenta áreas em destaque, indicando as faixas de idade para as quais é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas (Apêndice C). As seguintes atividades realizadas pelas crianças também são avaliadas e classificadas para os marcos do desenvolvimento: Imita gestos, Mostra o que quer, Usa colher ou garfo, Tira a roupa, Veste-se com supervisão, Brinca com outras crianças (**Socialização**); Faz pinça, Coloca blocos na caneca, Constrói torre de 2 cubos, Constrói torre de 3 cubos, Constrói torre de 6 cubos, Imita linha vertical (**Motor Fino**); Produz “jargão”, Fala uma palavra, Fala 3 palavras, Fala frases com 2 palavras, Aponta 2 figuras, Reconhece 2 ações (**Linguagem**); Anda com apoio, Anda sem apoio, Anda para trás, Chuta a bola, Pula com ambos os pés, Arremessa a bola (**Motor Grosso**) (HOCKENBERRY, 2018; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019a).

Como pesquisar:

Quadro 1 – Marcos do desenvolvimento e como pesquisar

Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.

Continua.

Quadro 1 – Marcos do desenvolvimento e como pesquisar (*Conclusão*)

Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar
Faz pinça	Coloque próximo à criança uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que ela a pegue. Observe se, ao pegá-la, ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
Produz “jargão”	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.
Coloca blocos na caneca	Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar, pelo menos, um bloco dentro da caneca, soltando-o.
Fala uma palavra	Observe se, durante o atendimento, a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.
Fala 3 palavras	Observe se, durante o atendimento, a criança diz pelo menos três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se dá dois passos para trás sem cair.
Tira a roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como: sapatos que exijam esforço para a sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere a informação do acompanhante.
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 3 cubos sem que eles caiam ao retirar a sua mão.
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar 2 de um grupo de 5 figuras.
Chuta a bola	Observe se a criança chuta a bola sem se apoiar em objetos.
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário, tais como: cueca, meias, sapatos, casaco etc.
Constrói torres de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 6 cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.
Fala frases com 2 palavras	Observe se a criança combina, pelo menos, 2 palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.
Pula com ambos os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.
Imita linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de, pelo menos, 5cm de comprimento.
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: “quem mia?”, “quem late?”, “quem fala?”, “quem galopa?”.
Arremessa a bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (2019).

Para classificar a avaliação do desenvolvimento realizado, foi utilizada a tabela na CSC: **Desenvolvimento adequado**: todos os marcos para a sua faixa etária

estão presentes; **Desenvolvimento adequado com fatores de risco:** todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas há 1 ou mais fatores de risco; **Alerta para o desenvolvimento:** ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária; **Provável atraso no desenvolvimento:** perímetro cefálico < -2 escores z ou $> +2$ escores z, ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas, ou ausência de 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior (BRASIL, 2019).

Para caracterização da família, foi usado o Genograma. Este é capaz de captar informações sobre a família, em que é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar o diagrama de um grupo familiar (BRASIL, 2006). Tem o objetivo de avaliar a estrutura familiar, na perspectiva de avaliação dos riscos familiares, os quais podem explicar o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, propiciando elementos para subsidiar ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Pela estrutura, a família pode ser classificada em Nuclear Tradicional, que consiste em um casal de fato casado e seus filhos biológicos; Nuclear, que é composta por pais e filhos que podem ser biológicos, enteado, adotivo ou de guarda; Mista, também chamada de família reconstruída, inclui um padrasto ou uma madrasta; Estendida, inclui um progenitor, um ou mais filhos e um ou mais membros (parentes ou não parentes); Monoparental, uma mulher ou um homem cuida da criança; Binuclear refere-se aos pais que continuam com o papel de progenitores quando encerram a unidade conjugal; Polígama refere-se a múltiplas esposas ou maridos; Comunitária consiste em grupos que partilham da posse comum da propriedade, Homoafetiva é aquela em que há um vínculo legal ou de direito comum entre duas pessoas do mesmo sexo que têm filhos (HOCKENBERRY, 2018).

A funcionalidade familiar foi estudada por meio do Apgar da família. O APGAR é um acrônimo de: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutiva). É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes (BRASIL, 2006).

Os domínios citados foram avaliados por meio de cinco questões: Adaptação: Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando?; Companheirismo: Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas?; Desenvolvimento: Estou satisfeito (a) com a maneira

como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?; Afetividade: Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?; e Capacidade Resolutiva: Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos? (BRASIL, 2006).

Foram atribuídos valores a partir das respostas: Sempre (2), Algumas vezes (1), Nunca (0), que ao final são somados resultando num escore total, cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade). A pontuação de 0 a 4 classifica como: Elevada disfunção familiar, 5 e 6 como: Moderada disfunção familiar e de 7 a 10 como: Boa funcionalidade familiar. Ao encontrar novas situações o potencial de adaptação ou as prováveis mudanças de papéis, as famílias com altos índices do Apgar demonstram melhor adaptação, enquanto o baixo índice pode representar um ambiente estressante, de pouca adaptabilidade e pode requerer intervenções (BRASIL, 2006).

3.6 Procedimentos analíticos

Os resultados foram organizados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 18.0 para proceder às análises descritivas. Os resultados foram discutidos, confrontados e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

Os dados foram apresentados em frequência e taxa de prevalência de modo a investigar associações entre as variáveis da família e crescimento e desenvolvimento infantil, análise realizada por meio do teste exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. A mais, as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico JAMOVI e Microsoft Excel 2016.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012a). O projeto foi enviado primeiramente à Secretaria Municipal de Educação – SME

solicitando a autorização para a realização do estudo na creche. Em seguida, foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob número do Parecer: 3.227.722.

No momento da entrevista, foram apresentados os dois termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Um em que o responsável pela criança permitiu que ela participasse da pesquisa, para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; e outro no qual o familiar aceitou participar da pesquisa, para avaliação da família. Foi garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para o incremento do conhecimento.

3.7.1 Riscos e benefícios do estudo

A pesquisa apresentou riscos mínimos para as crianças, como cansaço ou irritabilidade, sendo garantida a interrupção a qualquer momento, dando tempo para a criança beber água, descansar e, se possível, retornar à avaliação. Também apresentou como risco, para os familiares, o cansaço e constrangimento, sendo garantida a interrupção caso essas situações acontecessem. Foi dada a garantia de confidencialidade em todos os dados da pesquisa.

Como benefícios da pesquisa: conhecimento do estado de saúde de um público vulnerável, que pode permitir melhor assistência pelos profissionais atuantes na área adscrita onde a creche está inserida, além de fornecer ao pais maior conhecimento sobre o estado de saúde de suas crianças, já que foi realizada a avaliação do crescimento, marcos do desenvolvimento. A partir disso, foram possibilitadas orientações, formas de estimular e possíveis soluções para cuidar das necessidades de saúde das crianças.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 50 crianças e seus cuidadores. Os resultados estão apresentados em tabelas e abordam dados referentes às variáveis sociodemográficas, crescimento e desenvolvimento das crianças; as variáveis sociodemográficas dos pais; a estrutura familiar em que as crianças estão inseridas; a funcionalidade da família e a associação entre essas variáveis.

Na Tabela 1, estão apresentadas a distribuição das crianças avaliadas por idade, gênero, etnia e UAPS que frequenta em Fortaleza.

Tabela 1 – Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Idade em meses (média ± DP)	28,44 ± 5,4
Faixa etária em meses	
12 a 24	14 (28%)
25 a 36	36 (72%)
Gênero	
Feminino	30 (60%)
Masculino	20 (40%)
Etnia	
Parda	23 (46%)
Branca	20 (40%)
Negra	5 (10%)
Amarela	1 (2%)
Não declarou	1 (2%)
UAPS que frequenta	
Anastácio Magalhaes	27 (54%)
Gothardo Peixoto	11 (22%)
Pereira de Almeida	4 (8%)
Outros	08 (16%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem

Fonte: Dados gerados pelo autor

Verifica-se, na tabela 1, que a maioria das crianças está na faixa etária entre 25 e 36 meses (72%); a maior parte das crianças é do sexo feminino (60%); em relação à naturalidade, em sua totalidade, são de Fortaleza; sobre a etnia, a parda obteve a maior parcela (46%); por fim, as famílias frequentam em maior número a UAPS Anastácio Magalhães (54%), seguida da UAPS Gothardo Peixoto (22%) e UAPS Pereira de Almeida (8%).

Na Tabela 2, estão apresentadas as distribuições das crianças segundo o crescimento, sendo composto pelo peso, estatura, IMC e PC por meio dos gráficos do escore Z da Caderneta de Saúde da Criança.

Tabela 2 – Distribuição do número de crianças segundo o crescimento (peso, estatura e IMC).
Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Peso	
Baixo p/ idade	2 (4%)
Adequado p/ idade	44 (88%)
Elevado p/ idade	4 (8%)
Estatura	
Baixa p/ idade	3 (6%)
Adequada p/ idade	47 (94%)
IMC	
Magreza acentuada	1 (2%)
Magreza	1 (2%)
Eutrofia	26 (52%)
Risco de sobrepeso	14 (28%)
Sobrepeso	6 (12%)
Obesidade	2 (4%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem. IMC=Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Dados gerados pelo autor

Os parâmetros da tabela 2 foram avaliados levando em consideração o escore Z. Foi identificado que a maioria das crianças estava com peso adequado para a idade (88%) e com altura adequada para a idade (94%).

No que se refere ao IMC, a maioria foi classificada como eutrófica (52%), seguida pelas crianças que estavam com risco de sobrepeso (28%), sobrepeso (12%) e obesidade (4%).

O Perímetro Cefálico (PC) estava adequado para a idade em todas as crianças menores de dois anos. Para as crianças maiores de dois anos, a CSC não traz parâmetros para a avaliação.

Em relação às crianças que obtiveram crescimento inadequado, os pais foram indagados se já realizavam acompanhamento com profissional de saúde, se não, eram encaminhadas ao Pediatra na UAPS Anastácio Magalhães.

Na Tabela 3, estão apresentadas a distribuição das crianças segundo as áreas do desenvolvimento e a avaliação do desenvolvimento por meio dos marcos da Caderneta de Saúde da Criança.

Tabela 3 – Distribuição do número de crianças segundo os marcos do desenvolvimento alcançados para a idade. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Áreas	
Socialização	43 (87%)
Motor Fino	42 (84%)
Linguagem	35 (70%)
Motor Grosso	47 (94%)
Desenvolvimento	
Adequado	25 (50%)
Alerta	19 (38%)
Provável atraso	06 (12%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem

Fonte: Dados gerados pelo autor

Ressalta-se que, para classificar o desenvolvimento, foram agrupados em áreas e seguiram a classificação da Caderneta de Saúde da Criança. A Tabela 3 mostra que, dentro das áreas do desenvolvimento, o Motor Grosso foi o mais presente (94%) e a linguagem foi o menos presente (70%). Quanto ao desenvolvimento, predominou o adequado (50%), mas houve crianças com provável atraso no desenvolvimento (12%).

Sobre as crianças que ficaram em “Alerta para o desenvolvimento”, os responsáveis foram orientados como estimular em casa, bem como foi solicitado retorno para a UAPS de acompanhamento; e as que apresentaram “Provável atraso no desenvolvimento” foram encaminhadas ao Pediatra na UAPS Anastácio Magalhães.

A seguir, a tabela 4 apresenta os dados relacionados aos pais das crianças com as idades e as escolaridades maternas e paternas.

Tabela 4 – Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas dos pais das crianças. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Idade da mãe (média \pm DP)	29,9 \pm 7
Faixa etária da mãe (anos)	
15 a 20	4 (8%)
21 a 30	25 (50%)
31 a 40	18 (36%)
41 a 50	3 (6%)

Continua

Tabela 4 – Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas dos pais das crianças. Fortaleza, 2019. (*Conclusão*)

Variáveis	N (%)
Idade do pai (média ± DP)	34,2 ± 8,5
Faixa etária do pai (anos)	
21 a 30	16 (32%)
31 a 40	21 (42%)
41 a 50	9 (18%)
51 a 60	1 (2%)
>60	1 (2%)
Não sabe	2 (4%)
Escolaridade da mãe (média ± DP)	10,76 (± 2,9)
Período de estudo da mãe (anos)	
<3	1 (2%)
4 a 9	13 (26%)
10 a 13	27 (54%)
>14	8 (16%)
Não sabe	1 (2%)
Escolaridade do pai (média ± DP)	10,23 (±2,3)
Período de estudo do pai (anos)	
4 a 9	9 (18%)
10 a 13	33 (66%)
>13	2 (4%)
Não sabe	6 (12%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem

Fonte: Dados gerados pelo autor

As idades e a escolaridade dos pais das crianças foram obtidas por meio de informações dadas pelo cuidador principal, sendo que alguns não sabiam informações sobre o pai e/ou mãe da criança avaliada.

Os dados da tabela 4 mostram prevalência de mães entre 21 e 30 anos (50%) e dos pais entre 31 e 40 anos (42%).

Quanto à escolaridade materna e paterna, a maioria foi entre 10 a 13 anos de estudo (54% e 66%), respectivamente.

A tabela 5 apresenta os dados relacionados à família quanto à quantidade de pessoas no domicílio e a sua estrutura, por meio do Genograma.

Tabela 5 – Distribuição do número de famílias segundo a estrutura familiar. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Número de pessoas no domicílio (média ± DP)	5 ± 2
Número de pessoas no domicílio	
≤ 5	37 (74%)
≥ 6	13 (26%)
Tipos	
Nuclear Tradicional	16 (32%)
Nuclear	1 (2%)
Estendida	16 (32%)
Mista	4 (8%)
Monoparental	2 (4%)
Binuclear	3 (6%)
Comunitária	1 (2%)
Estendida e monoparental	6 (12%)
Estendida e mista	1 (2%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem

Fonte: Dados gerados pelo autor

Conforme a Tabela 5, a quantidade de pessoas do domicílio foi de até cinco em sua maioria (74%). Pode-se também visualizar que as maiores frequências são de famílias do tipo Nuclear tradicional (32%), que consiste em um casal casado e seus filhos biológicos; e tipo Estendida (32%), que inclui um progenitor, um ou mais filhos e um ou mais membros (parentes – avós, tios, primos, bisavós, entre outros ou não parentes). Segue-se pelas famílias Estendida e Monoparental (12%). A família monoparental se define por aquela que tem um progenitor o qual cuida da criança, porém encontra-se essa família também com outros membros (estendida). As famílias Polígamas e Homo afetivas não foram identificadas na população.

Na tabela 6, estão apresentados os domínios do Apgar da família e a funcionalidade familiar.

Tabela 6 – Distribuição do número de famílias segundo a funcionalidade. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Adaptação	
Sempre	33 (66%)
Algumas vezes	14 (28%)
Nunca	3 (6%)
Companheirismo	
Sempre	21 (42%)
Algumas vezes	24 (48%)
Nunca	5 (10%)

Continua.

Tabela 6 – Distribuição do número de famílias segundo a funcionalidade. Fortaleza, 2019.
(Conclusão)

Variáveis	N (%)
Desenvolvimento	
Sempre	28 (56%)
Algumas vezes	17 (34%)
Nunca	5 (10%)
Afetividade	
Sempre	24 (48%)
Algumas vezes	19 (38%)
Nunca	7 (14%)
Capacidade Resolutiva	
Sempre	37 (74%)
Algumas vezes	11 (22%)
Nunca	2 (4%)
Apgar Familiar	
Boa funcionalidade	33 (66%)
Moderada disfunção	11 (22%)
Elevada disfunção	06 (12%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na tabela 6, observou-se que o valor mais elevado de resposta “Sempre” foi a capacidade resolutiva (74%), em que era perguntado ao cuidador principal: Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos? E o menor foi a afetividade (48%) em que era perguntado: Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?

Em relação à funcionalidade familiar, a maioria das famílias apresentou boa funcionalidade familiar (66%). Embora tenha sido encontrada moderada disfunção (22%) e elevada disfunção familiar (12%).

A tabela 7 apresenta os resultados da associação entre a estrutura familiar e o crescimento infantil. Para a associação dos dados relacionados à estrutura familiar, foram agrupados os tipos de família “Nuclear tradicional” e “Nuclear”, sendo nomeada de **Nuclear**; e as famílias do tipo “Estendida”, “Estendida e Monoparental” e “Estendida e Mista” foram agrupadas e nomeadas como **Estendida**; e os demais tipos de famílias (Mista, Monoparental, Binuclear e Comunitária) em **Outras**.

Tabela 7 – Associação entre a estrutura familiar e o crescimento infantil. Fortaleza, 2019.

Crescimento	Genograma			p ^d
	Nuclear n (%)	Estendida n (%)	Outras n (%)	
Peso				0,036*
Baixo p/ idade	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Adequado p/ idade	12 (70.6%)	22 (100.0%)	10 (90.9%)	
Elevado p/ idade	3 (17.6%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	
Estatura				0,79
Baixa p/ idade	1 (5.9%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	
Adequada p/ idade	16 (94.1%)	20 (90.9%)	11 (100.0%)	
IMC				0,65
Magreza acentuada	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Magreza	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Eutrofia	10 (58.8%)	11 (50.0%)	5 (45.5%)	
Risco de sobrepeso	2 (11.8%)	8 (36.4%)	4 (36.4%)	
Sobrepeso	2 (11.8%)	2 (9.1%)	2 (18.2%)	
Obesidade	1 (5.9%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem D: Teste Exato de Fisher. IMC= Índice de Massa Corpórea. *p ≤ 0,05

Fonte: Dados gerados pelo autor

Dentro dos fatores relacionados ao crescimento infantil, o teste Exato de Fisher detectou associação significativa apenas entre estrutura familiar e o crescimento, (p=0,036), ocorrendo a maior prevalência de peso elevado entre aqueles de famílias Nucleares (17,6%).

Na tabela 8, estão apresentados os resultados da associação entre a funcionalidade da família e o crescimento infantil.

Tabela 8 – Associação entre a funcionalidade familiar e o crescimento infantil. Fortaleza, 2019.

Crescimento	Apgar da Família			p ^d
	Elevada disfunção n (%)	Moderada disfunção n (%)	Boa funcionalidade n (%)	
Peso				0,89
Baixo p/ idade	0 (0.0%)	1 (9.1%)	1 (3.0%)	
Adequado p/ idade	6 (100.0%)	9 (81.8%)	29 (87.9%)	
Elevado p/ idade	0 (0.0%)	1 (9.1%)	3 (9.1%)	
Estatura				0,42
Baixa p/ idade	1 (16.7%)	0 (0.0%)	2 (6.1%)	
Adequada p/ idade	5 (83.3%)	11 (100.0%)	31 (93.9%)	

Continua

Tabela 8 – Associação entre a funcionalidade familiar e o crescimento infantil. Fortaleza, 2019.
(Conclusão)

Crescimento	Apgar da Família			p ^d
	Elevada disfunção n (%)	Moderada disfunção n (%)	Boa funcionalidade n (%)	
IMC				0,62
Magreza acentuada	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	
Magreza	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.0%)	
Eutrofia	3 (50.0%)	6 (54.5%)	17 (51.5%)	
Risco de sobrepeso	2 (33.3%)	2 (18.2%)	10 (30.3%)	
Sobrepeso	0 (0.0%)	2 (18.2%)	4 (12.1%)	
Obesidade	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (3.0%)	

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem. IMC= Índice de Massa Corpórea. D: Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados gerados pelo autor

Dentro dos fatores relacionados ao crescimento infantil, o teste Exato de Fisher não detectou associação significativa entre a funcionalidade familiar e as variáveis de crescimento.

A tabela 9 apresenta os resultados da associação entre a estrutura familiar das crianças e o desfecho de desenvolvimento e suas áreas alcançadas.

Tabela 9 – Associação entre a estrutura familiar e o desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2019.

Desenvolvimento	Genograma			p ^d
	Nuclear n (%)	Estendida n (%)	Outros n (%)	
Socialização				0,29
Presente	16 (94.1%)	19 (86.4%)	8 (72.7%)	
Ausente	1 (5.9%)	3 (13.6%)	3 (27.3%)	
Motor Fino				0,25
Presente	13 (76.5%)	18 (81.8%)	11 (100.0%)	
Ausente	4 (23.5%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	
Linguagem				>1,00
Presente	12 (70.6%)	15 (68.2%)	8 (72.7%)	
Ausente	5 (29.4%)	7 (31.8%)	3 (27.3%)	
Motor Grosso				0,79
Presente	16 (94.1%)	20 (90.9%)	11 (100.0%)	
Ausente	1 (5.9%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	

Continua.

Tabela 9 – Associação entre a estrutura familiar e o desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2019.
(Conclusão)

Desenvolvimento	Genograma			p ^d
	Nuclear n (%)	Estendida n (%)	Outros n (%)	
Desenvolvimento				0,65
Adequado	9 (52.9%)	11 (50.0%)	5 (45.5%)	
Alerta	6 (35.3%)	7 (31.8%)	6 (54.5%)	
Provável Atraso	2 (11.8%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem D: Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados gerados pelo autor

Dentro dos fatores relacionados ao desenvolvimento infantil, o teste Exato de Fisher não detectou associação significativa entre a estrutura familiar e as variáveis de desenvolvimento.

Na tabela 10, estão apresentados os resultados da associação entre a funcionalidade da família e o desenvolvimento infantil e suas áreas alcançadas.

Tabela 10 – Associação entre a funcionalidade familiar e o desenvolvimento infantil. Fortaleza, 2019.

Desenvolvimento	Apgar da Família			p ^d
	Elevada disfunção n (%)	Moderada disfunção n (%)	Boa funcionalidade n (%)	
Socialização				0,32
Presente	5 (83.3%)	11 (100.0%)	27 (81.8%)	
Ausente	1 (16.7%)	0 (0.0%)	6 (18.2%)	
Motor Fino				0,30
Presente	4 (66.7%)	9 (81.8%)	29 (87.9%)	
Ausente	2 (33.3%)	2 (18.2%)	4 (12.1%)	
Linguagem				>1,00
Presente	4 (66.7%)	8 (72.7%)	23 (69.7%)	
Ausente	2 (33.3%)	3 (27.3%)	10 (30.3%)	
Motor Grosso				0,70
Presente	6 (100.0%)	11 (100.0%)	30 (90.9%)	
Ausente	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (9.1%)	
Desenvolvimento				0,80
Adequado	2 (33.3%)	7 (63.6%)	16 (48.5%)	
Alerta	3 (50.0%)	3 (27.3%)	13 (39.4%)	
Provável atraso	1 (16.7%)	1 (9.1%)	4 (12.1%)	

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem D: Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados gerados pelo autor

Dentro dos fatores relacionados ao desenvolvimento infantil, o teste Exato de Fisher não detectou associação significativa entre funcionalidade familiar e as variáveis do desenvolvimento.

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento é um fenômeno complexo, segundo a Teoria Bioecológica, diversos fatores podem influenciar, de forma positiva ou negativa, o crescimento e o desenvolvimento infantil. No presente estudo foi utilizado o Modelo PPCT (Processo, Pessoa, Contexto e Tempo), e, por meio dele, foram investigadas as variáveis relacionadas à Pessoa e ao Contexto no Microsistema das crianças de uma creche. Com base nessa investigação, verificou-se o crescimento e desenvolvimento adequados para a idade, sendo encontrada associação entre o peso e a estrutura familiar (BENETTI *et al.*, 2013).

Em relação aos dados da dimensão de Pessoa (fatores genéticos e biológicos) (BENETTI *et al.*, 2013), entre as crianças matriculadas na creche, existiu uma maior frequência do sexo feminino em comparação ao sexo masculino. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a distribuição populacional em Fortaleza em 2010 apresentou uma população do sexo masculino na faixa etária de 0 a 4 anos correspondente a 86.157 habitantes e a população do sexo feminino correspondente a 82.657 (BRASIL, 2010).

No que se refere à dimensão do Contexto, foi explorado o Microsistema das crianças e suas famílias, a UAPS que elas buscavam dependia do local de moradia, a maior parcela frequentava a UAPS Anastácio Magalhães (54%), seguido pela UAPS Gothardo Peixoto (22%) e a UAPS Pereira de Almeida (8%), essa realidade é encontrada em regiões urbanas em que, na mesma creche, convivem crianças de diversos territórios. Sabe-se que existem variações nos bairros de moradia em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) o qual mede os índices de Renda, Educação e Longevidade. A UAPS Anastácio Magalhães está localizada no bairro Rodolfo Teófilo, que tem o IDH de 0,481 e está na posição 33, a UAPS Gothardo Peixoto encontra-se no bairro Damas com IDH 0,51, na posição 27 e a UAPS Pereira de Almeida está localizada no bairro Pici com IDH 0,218, na posição 100 (BENETTI *et al.*, 2013; PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2014).

Os estudos reforçam as diferenças nutricionais encontradas em cidades em relação ao IDH, existindo maiores iniquidades nas populações com menor IDH (VALE *et al.*, 2019; NEVES *et al.*, 2016), o mesmo pode ser pensado em relação aos bairros. Assim o ambiente da creche pode ser entendido como o espaço que diminui

as desigualdades vivenciadas pelas crianças em seus bairros, oferecendo refeições balanceadas durante todo o dia.

No presente estudo, encontrou-se uma normalidade no peso (88%) e altura (94%) para a idade na maioria das crianças, achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado com 92 crianças, de 24-36 meses, em creches em uma cidade do Vale do Jequitinhonha em que o peso/idade e a estatura/idade alcançou o adequado em 96,7% das crianças e 84,7%, respectivamente (NEVES *et al.*, 2016), e no estudo em municípios do Maranhão, por inquérito domiciliar, em crianças menores de cinco anos, que encontrou peso e estatura adequados (95,6% e 91,5%, respectivamente) (CHAGAS, 2013).

O contexto histórico do estado do Ceará, na década de 1980, traz o combate à desnutrição infantil e à diarreia como as principais preocupações daquele momento. Um estudo realizado nesse período, nos estados do Ceará, Sergipe e Rio Grande do Norte, obteve que a prevalência de desnutrição infantil foi marcadamente mais elevada no Ceará do que nos outros dois municípios. No período, existiam claras associações entre a renda familiar e as prevalências de déficits de altura/idade e peso/idade. Em relação à diarreia, a frequência de episódios era duas vezes mais alta no Ceará do que em Sergipe e Rio Grande do Norte (VICTORA *et al.*, 1991).

Atualmente, o cuidado com a infância no estado do Ceará está voltado aos primeiros mil dias de vida, período em que diversas conexões cerebrais acontecem. A infância é o momento que as crianças experienciam os desafios da vida em sociedade, cada vez mais complexa, assim, vão adquirindo a autonomia necessária para atuarem de maneira independente, para interagirem e integrarem a comunidade de outros adultos e crianças (CEARÁ, 2019). Logo, os contextos familiar, social e comunitários, nos quais as crianças estão inseridas, refletem no seu crescimento e desenvolvimento.

Podemos observar que, ao avaliar o Índice de Massa Corpórea (IMC), aproximadamente a metade das crianças apresentou-se eutrófica, porém 28% das crianças demonstrou risco de sobrepeso, 12% sobrepeso e 4% obesidade, dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Paraíba, com 269 crianças de 24 a 59 meses, que frequentavam creches públicas, em que 86,6% estavam eutróficas e 8,6% com sobrepeso (PEDRAZA; SOUSA; OLINDA, 2017).

Estes dados corroboram também com uma pesquisa realizada na região Sul do Brasil, com 204 crianças pré-escolares de dois a 10 anos, em que 66% estavam

eutróficas e 34% estavam com excesso de peso (risco para o sobrepeso; sobrepeso e obesidade) (SPARRENBARGER *et al.*, 2015) e com estudo realizado com pré-escolares na cidade de Taubaté interior de São Paulo que encontrou eutrofia em 48,7% das crianças, risco para sobrepeso em 5,7% e sobrepeso e obesidade em 1,1% (LOPES, 2018). Também no estudo de Lopes (2018) foram realizadas duas avaliações no intervalo de 2 anos, que obteve uma associação significativa entre ter excesso de peso (risco para o sobrepeso; sobrepeso e obesidade) em 2014 e ter sobrepeso ou obesidade em 2016, resultando em um risco relativo duas vezes maior de apresentar sobrepeso ou obesidade após dois anos.

Apesar de a maioria das crianças serem eutróficas, ressalta-se que algumas estavam com sobrepeso/obesidade, o que reflete no crescimento e desenvolvimento inadequado, acarretando problemas físicos e psicológicos.

Um estudo de caracterização do perfil antropométrico de crianças em creches, em diversas cidades do Brasil, encontrou uma transição nutricional com prevalências expressivas de sobrepeso (PEDRAZA; MENEZES, 2016).

Outro estudo que correlaciona o excesso de peso com o consumo de alimentos ultraprocessados encontrou que as maiores prevalências de excesso de peso estão nas regiões sudeste, sul e centro-oeste, associadas ao consumo de ultraprocessados e maiores valores de IDH (VALE *et al.*, 2019).

Atualmente, encontra-se uma transição nutricional infantil, a qual pode ser evidenciada por pesquisa realizada com séries transversais de base populacional nos anos de 1987, 1990, 1994, 2001 e 2007, dados das Pesquisas de Saúde Materno-Infantil do Ceará, sendo estudadas mais de 13 mil crianças até os três anos de idade. Dentre os resultados, foi encontrado que a desnutrição aguda caiu 50%, porém a obesidade infantil aumentou 240%. Os fatores associados à obesidade infantil diferiram no decorrer dos anos, sendo, em 1987, renda familiar, cesariana, peso ao nascer > 4kg, não falar e não andar. No ano de 2007, os fatores foram a escolaridade materna, peso ao nascer e o consumo de carboidratos. Ressalta-se que os fatores socioeconômicos se associaram de forma mais fraca no ano de 2007, mostrando o avanço da epidemia de obesidade para as áreas mais pobres (ROCHA, 2016).

Segundo o Caderno de Atenção Básica: Crescimento e Desenvolvimento Infantil, a inclusão do IMC nas medidas do crescimento possibilita uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura, também foi notado

que o IMC mensurado na infância pode ser preditivo em relação ao IMC na idade adulta (BRASIL, 2012).

A pesquisa de Pedraza, Sousa e Olinda (2017), que avaliou a percepção materna do estado nutricional do seu filho, apontou a necessidade de os cuidadores serem orientados sobre o estado nutricional infantil, pois ao entenderem tornam-se corresponsáveis pelas medidas de prevenção e promoção da saúde.

Nessa esteira, faz-se necessária a orientação aos cuidadores pelos profissionais de saúde por meio do uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), com o uso dos gráficos para PC, peso, estatura e IMC. Cumpre destacar que pesquisas mostram a baixa utilização desse material (GAÍVA; SILVA, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2016; SILVA; CURSINO; SILVA, 2018).

A análise dos resultados obtidos pela aplicação da Caderneta de Saúde da Criança, em relação ao Desenvolvimento, mostrou que metade das crianças obteve o desenvolvimento adequado e 12% apresentou provável atraso para o desenvolvimento. Entre os estudos brasileiros que utilizaram procedimento de pesquisa semelhante, Oliveira *et al.* (2012), com 364 crianças de 2 a 24 meses em uma UAPS de Belo Horizonte, obtiveram 62,9% das crianças com todos os marcos para as idades presentes (desenvolvimento adequado) e em 28% das crianças existiu a ausência de um ou mais marcos para a idade (alerta ou provável atraso para o desenvolvimento). Estudo realizado com 122 crianças de 2 meses a 2 anos, em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, comparou a CSC com o AIDPI. Tal estudo obteve, por meio da CSC, que 64,8% apresentaram desenvolvimento adequado e 35,2% têm provável atraso para o desenvolvimento (ALVIM *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada em Fortaleza e Sobral, com crianças em idade de 2 a 12 meses, foi encontrado desenvolvimento adequado em 77% e 87,3%, respectivamente (MAIA, 2013).

O papel do enfermeiro dentro do processo do desenvolvimento pode acontecer no momento da puericultura ou em avaliações nas instituições, em que, por meio do Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento contido na Caderneta de Saúde da Criança, são realizados os marcos do desenvolvimento correspondentes às idades. A partir dessa avaliação, podem ser propostas as atividades a serem desenvolvidas pelos pais e cuidadores das crianças.

Em relação às áreas do desenvolvimento, o marco referente ao domínio Motor Grosso foi o mais alcançado pelas crianças, também denominado de

habilidades motoras gerais ou habilidades físicas que envolvem os músculos maiores. Para o desenvolvimento dessas habilidades, a criança necessita apenas de espaço e liberdade para movimentar-se. Sendo assim, o ambiente é importante para o desenvolvimento, como reforça a Teoria de Bronfenbrenner, pois, oferecendo as devidas oportunidades e os sistemas nervoso central, muscular e esquelético estando preparados, as crianças desenvolvem-se adequadamente. Eles iniciam pelas habilidades motoras mais simples e depois vão combinando o sistema de ações (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O marco que menos foi alcançado pelas crianças foi no domínio Linguagem, concordando com outros estudos realizados em creches de João Pessoa, Goiânia e São Paulo, onde a avaliação do desenvolvimento foi realizada por meio do Teste de Triagem do Desenvolvimento – Denver II; a mais, encontraram a linguagem como a área mais afetada (SILVA, 2013; BRAGA; RODOVALHO; FORMIGA, 2011; BISCEGLI *et al.*, 2007).

A linguagem é um ato social, não sendo necessários apenas os mecanismos biológicos e cognitivos, mas é imprescindível a interação com o interlocutor vivo. Dentre os fatores que podem afetar o desenvolvimento da linguagem evidencia-se a necessidade de estímulos parentais, pois a aquisição da linguagem passa por um processo em que os gestos ajudam o bebê na fala, podendo o contato com os primeiros gestos ser preditor do tamanho do vocabulário futuro. Cumpre destacar que as crianças, na faixa etária até três anos, utilizam gestos e palavras na comunicação indicando o uso de sentenças com várias palavras no início da fala (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Logo, a creche é um local que pode proporcionar o desenvolvimento da linguagem, visto ser espaço favorecedor da interação e das relações e trocas entre as próprias crianças e os educadores.

Além disso, a Teoria Bioecológica ressalta que muitos são os fatores que podem influenciar no processo de aquisição da linguagem, a saber: idade dos pais e cuidadores, o modo como interagem e conversam com as crianças, a ordem de nascimento dos filhos, a experiência no cuidar, a escolaridade, os amigos, e a exposição às telas (televisão, computador e *tablet*). Tais aspectos definem o modo de desenvolvimento da linguagem (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Dentre os estudos relacionados à avaliação do desenvolvimento, a maioria focava no preenchimento e na utilização da CSC pelos profissionais, não havendo relação direta com a avaliação dos marcos do desenvolvimento. Cabe ressaltar que

foram encontrados apenas alguns estudos brasileiros de avaliação do desenvolvimento de crianças usando o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento da Caderneta de Saúde da Criança (ALVIM *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MAIA, 2013; SOARES *et al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada no Brasil avaliou o preenchimento e a leitura das CSC em diversos municípios. Tal estudo encontrou que 72,6% das mães tinham idade entre 20 e 34 anos, dados semelhantes ao do estudo atual. Na pesquisa da CSC também foi encontrada uma relação entre a escolaridade materna e a leitura da CSC, em que as mães com menor escolaridade tinham menos chances de ler (PEIXOTO *et al.* 2016).

Em relação às variáveis sociodemográficas dos pais, a atual pesquisa corrobora com o estudo de Guerreiros (2013), realizado com crianças que frequentavam Unidades de Educação Infantil em Belém na faixa etária de 36 a 48 meses. Esse estudo encontrou que, em geral, as mães tinham idade dentro da faixa dos 20 anos, com 12 anos ou mais de estudo, enquanto, entre os pais, predominam, nos homens com 30 anos ou mais, 9 a 11 anos de estudo. O atual estudo corrobora como o de Cintra (2018), realizado em Taubaté com crianças menores de cinco anos e sua progenitora, em que 60% das mães tinham escolaridade entre 10 a 12 anos. Porém, discordando do estudo de Neves *et al.* (2016), em uma cidade do Vale do Jequitinhonha com crianças de 24 a 36 meses, pois as escolaridades paternas e maternas estavam com apenas o primário completo (39,2% e 34,4%, respectivamente).

As idades materna e paterna demonstram, em sua maioria, pais adultos jovens, sendo um fator positivo, pois a maternidade em idade precoce pode ser associada à inexperiência no cuidado com a criança, menor percepção de suas necessidades e menor agilidade em situação de doença (DRACHLER *et al.*, 2003).

O estudo de Wijtzes *et al.* (2013) encontrou a relação da maior escolaridade materna com o menor consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças (lanches e bebidas doces). Já a pesquisa de Sparrenberg *et al.* (2015) encontrou a relação inversa, quanto menor a escolaridade materna maior o consumo de alimentos *in natura*. O atual estudo não encontrou associação significativa entre a idade e a escolaridade dos pais com o crescimento e o desenvolvimento infantil, discordando dos estudos de Oliveira *et al.* (2007) e Ramos, Dumith, Cesar (2015), os quais encontraram associação entre a escolaridade materna e o crescimento; e os de

Grantham *et al.* (2007), Walker *et al.* (2011), que relacionam, de forma positiva, a escolaridade materna e o desenvolvimento infantil.

No que diz respeito à família, o número de pessoas do domicílio, em maior parte, foi de cinco pessoas ou menos, corroborando com o estudo de Neves (2016) com 92 crianças do Vale do Jequitinhonha; e Silva (2013) com 112 crianças e cuidadores de João Pessoa. A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) foi realizada em 2006 e traz que a maioria das famílias têm cinco ou menos membros (91,4%) (BRASIL, 2009).

O atual estudo tem uma amostra na qual prevaleceu a quantidade de famílias nucleares e estendidas, discordando em parte do estudo realizado em Antioquia com 11.486 crianças e suas famílias, sendo o tipo de família predominante a monoparental (uma família apoiada apenas pela mãe) com 52,9%, seguido pelo tipo de família estendida (em sua conformação possui vários núcleos familiares) com 43,2% (TABORDA-RESTREPO; PÉREZ-CANO; FERNÁNDEZ, 2011). Embora concorde com o estudo de Oliveira, Araújo e Rodrigues (2012) com 85 famílias de crianças com doença crônica, no distrito de Braga, que apresentou 77% do tipo de nucleares seguido de 13% do tipo alargadas.

No que se refere às famílias monoparentais, que um progenitor cuida da criança, o resultado foi 16%, e pode-se identificar que 12% está inclusa em uma família estendida, domicílio em que moram outros parentes ou não parentes, o que reforça a necessidade de apoio ao pai/responsável que se vê sozinho no papel de cuidar. Um estudo realizado com crianças em creche no Vale do Jequitinhonha também encontra essa prevalência com 26,1% das famílias mononuclear e expandida (mãe, filhos e outros) e 20,6% mononuclear (mãe e filhos) (NEVES *et al.*, 2016).

No PNDS, realizado em 1996 e 2006, foi encontrada uma prevalência de famílias nucleares de 65% e diminuíram, para 58,7%; as monoparentais em 1996 de 4,5% dos domicílios, com pouca alteração no ano de 2006; porém a presença de outro membro na família aumentou, sendo ressaltado que o fenômeno, de mais um membro na família, é mais urbano do que rural (BRASIL, 2009).

Em relação ao Apgar Familiar, foram avaliados os 5 domínios. No domínio adaptação, 66% referiram que podem recorrer a sua família sempre que algo está preocupando. No que se refere ao Companheirismo, 48% dos cuidadores relataram que algumas vezes estão satisfeitos, pois conversam ou compartilham os problemas com a família. No que se relaciona ao Desenvolvimento, 56% dos entrevistados

referiram que sempre estão satisfeitos na forma como sua família aceita o início de novas atividades. Na avaliação da Afetividade, 48% verbalizaram que estão satisfeitos com a maneira como sua família reage às emoções. No item Decisão, 74% relataram que sempre estão satisfeitos com o tempo que dividem com sua família.

No que se refere à funcionalidade, 66% das famílias têm uma boa funcionalidade, 22% com moderada disfunção familiar e 12% apresentam elevada disfunção familiar, discordando do estudo que encontrou a maioria das famílias (79,2%) disfuncionais, realizado com 125 pais de crianças com qualquer tipo de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Hospital Universitário do Canal de Suez, Egito (AZAZY *et al.*, 2018).

O estudo de Oliveira, Araújo e Rodrigues (2012) constatou que 81% das famílias se percebem como altamente funcionais, 14% com moderada disfunção e apenas 4% com disfunção acentuada, corroborando com a atual pesquisa.

O valor mais elevado foi a capacidade resolutiva (74%), e o menor foi o companheirismo (42%) discordando do estudo que encontrou o valor mais elevado de score para adaptação (73%) e o menor para a capacidade resolutiva (63%) (OLIVEIRA; ARAÚJO; RODRIGUES, 2012).

No que diz respeito às associações do crescimento e do desenvolvimento ao contexto familiar da criança, foi encontrada, no atual estudo, uma associação significativa entre o crescimento relacionado com a estrutura familiar, em que a maior prevalência de peso elevado foi entre as crianças de famílias Nucleares, corroborando com os estudos que reforçam que, nos últimos anos, está havendo um aumento do excesso de peso em crianças em detrimento do baixo peso (CHAGAS, 2013; SPARREBERG *et al.*, 2015; PEDRAZA *et al.*, 2017). As demais associações entre o crescimento e o desenvolvimento com Apgar familiar e o desenvolvimento com a estrutura da família não obtiveram significância.

Pode-se pensar que o espaço da creche de tempo integral diminui diversas iniquidades vivenciadas pelas crianças, ao oferecer as refeições e estímulos dos educadores de forma igualitária. Sobre isso, uma revisão sistemática realizada por Pereira, Lanzillotti e Soares (2010) reforça que a frequência da criança na creche tem uma relação positiva com a melhoria do estado nutricional, pois a creche possibilita as refeições durante o período que a criança está na instituição.

O estudo de Pedraza (2017) revela um melhor estado nutricional das crianças em creches de tempo integral comparadas com as de tempo parcial, podendo

ser considerado o papel protetor no desenvolvimento e a oferta de refeições para crianças de famílias com risco de insegurança alimentar.

Estudos também mostram que os investimentos em creches e pré-escolas aumentam em 18% o poder de compra das crianças quando adultas e melhoram a sua escolaridade e a chance de colocação no mercado de trabalho (UNICEF, 2008).

No cuidado integral com a criança perpassam as relações entre a creche e a família; a creche e a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS); e a família e a UAPS, sendo essas interações identificadas pela Teoria Bioecológica como o Mesossistema. Sobre isso, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal reforça que a comunicação entre esses cuidadores e serviços necessita ser clara e dinâmica, para que o cuidado seja oferecido de forma qualificada (CYPEL, 2011).

Assim, pode-se ressaltar a importância da creche no cuidado ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, sendo o papel do enfermeiro, por meio do Programa Saúde na Escola, esse acompanhamento do estado nutricional (peso e altura) e do desenvolvimento, pois o monitoramento ajuda nas tomadas de decisões e orientações aos educadores e pais.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve como limitações o preenchimento incompleto ou inadequado da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), impossibilitando a coleta de dados referente ao pré-natal, parto, pós-parto e dados do recém-nascido.

Encontrou-se como empecilho para a avaliação do desenvolvimento infantil a Caderneta de Saúde da Criança disponibilizar os marcos do desenvolvimento apenas até os 36 meses de idade. Sendo assim, tiveram que ser retiradas do estudo as crianças que tinham acima de 37 meses, porém a CSC propõe o acompanhamento até os nove anos de idade da criança.

A mais, os resultados do estudo não podem ser generalizados para outras populações, já que foi incluída uma população específica da creche vinculada à UAPS.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo identificou-se, em relação ao crescimento, que a maioria das crianças estavam com a altura e o peso adequados para a idade. Em relação ao IMC, a maior parte estava adequada, porém ressaltando a atenção para o risco de sobrepeso.

No que diz respeito ao desenvolvimento, metade das crianças apresentou desenvolvimento adequado. Dentro das áreas do desenvolvimento, o Motor Grosso foi o mais presente e a linguagem foi a mais ausente.

Em relação à estrutura familiar, as maiores frequências são de famílias do tipo Nuclear Tradicional e do tipo Estendida. No que concerne à funcionalidade da família, a maioria apresentou boa funcionalidade familiar.

Entre as associações, os fatores relacionados ao crescimento infantil obtiveram relação significativa com a estrutura familiar, sendo a maior prevalência de peso elevado foi entre aqueles de famílias Nucleares.

Diante do exposto, os resultados deste estudo permitiram o conhecimento da realidade das crianças que estudam em uma creche da zona urbana, abrindo um leque de possibilidades para investigações futuras.

Dentro do campo da enfermagem, o estudo possibilitou reconhecer a importância do uso de instrumentos, como a Caderneta de Saúde da Criança, o Genograma e o Apgar da família para conhecer de forma mais profunda a criança e a família que está sendo cuidada.

Após esta pesquisa, recomenda-se a realização de novos estudos com crianças nessa faixa etária em diferentes cenários, para que, assim, se possa conhecer com mais propriedades, tanto o crescimento, o desenvolvimento, e sua família. Outro ponto relevante é a importância do vínculo família-creche-posto de saúde, que traz inúmeros ganhos para a qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ana Claudia de *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, p.122-131, 2016.
- AMORIM, Leonardo de Paula *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s./], v. 27, n. 1, p.1-10, mar. 2018. Instituto Evandro Chagas.
- ALVIM, Cristina Gonçalves *et al.* A avaliação do desenvolvimento Infantil: um desafio interdisciplinar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s./], v. 36, n. 1 (supl.1), p.51-56, 2012.
- AZAZY, Samar *et al.* Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. **Eastern Mediterranean Health Journal**, [s./], v. 24, n. 6, p.579-587, 1 jun. 2018. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO/EMRO).
- BENETTI, Idonézia Collodel *et al.* Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, [s./], v. 9, n. 16, p.89-99, nov-dez. 2013.
- BISCEGLI, Terezinha Soares *et al.* Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.337-342, 2007.
- BRAGA, Ana Karolina Paiva; RODOVALHO, Juliana Campos; FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, [s./], v. 2, n. 21, p.230-239, 2011.
- BRASIL. IBGE. **Conheça Cidades e Estados do Brasil - 2017**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 11 jun. 2018.
- BRASIL. IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. II** – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Brasília, 2012. p. 272.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Decreto nº466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012a.

BRASIL. 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** [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 149, Seção 1, p.37, 06 de agosto de 2015.

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** / Ministério da Saúde. Brasília, 2018.180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança.** 12 ed. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: avaliação dos marcos do desenvolvimento.** 2019a. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/caderneta-de-saude-da-crianca-avaliacao-dos-marcos-do-desenvolvimento/> Acesso em 14 out. 2019.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa *et al.* vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.102-109, 20 fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

CEARÁ. **Programa Mais Infância Ceará.** E-book. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/EBook-MaisInfanciaCeara-2019.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

CINTRA, Silvia Maira Pereira. **Prevalência de anemia e suas relações entre mães e filhos pré-escolares em um município de elevado Índice de Desenvolvimento Humano.** 2018. 93 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Curso de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CYPEL, S. (Organizador). **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos.** Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. São Paulo, 2011.

CHAGAS, Deysianne Costa das *et al.* Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev Bras Epidemiol**, [s.l.], v. 1, n. 16, p.146-156, 2013.

DRACHLER, Maria de Lourdes *et al.* Desigualdade social e outros determinantes da altura em crianças: uma análise multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1815-1825, nov. 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Competências familiares na atenção às crianças de até 6 anos: avaliação em oito comunidades brasileiras.** Brasília, 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação mundial da infância 2008.** Caderno Brasil. 2008.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Fabiane Blanco da. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Rev Enferm Ufpe**, Recife, v. 3, n. 8, p.742-749, mar, 2014.

GRANTHAM-MCGREGOR, Sally *et al.* Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **The Lancet**, [s.l.], v. 369, n. 9555, p.60-70, jan. 2007. Elsevier BV.

GUERREIRO, Talitha Buenaño França. **Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças das unidades de educação infantil do município de Belém: características pessoais e fatores ambientais associados.** 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

HALPERN, R. **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento.** 1 ed. Manole. São Paulo, 2015.

HOCKENBERRY, Marilyn J. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica.** 10. ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2018.

LOPES, Amanda Forster. **Evolução do estado nutricional de crianças na idade pré-escolar.** 2018. 93 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MAIA, Polyana Candeia. **O enfermeiro e a avaliação do desenvolvimento neuromotor do lactente.** 2013. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper.** 2010. Disponível em: www.developingchild.harvard.edu. Acesso em: 20 out. 2019.

NEVES, Kelly da Rocha *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 3, p.241-250, maio 2016. Elsevier BV.

OLIVEIRA, Lucivalda P. M. *et al.* Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.601-613, mar. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 479-485, dez., 2012.

OLIVEIRA, C; ARAÚJO, B; RODRIGUES, V. Famílias de crianças com doença crônica: percepção de coesão familiar. In: CARVALHO J, C. **Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família**. Porto (PT): ESEP, p.147-51., 2012.

PAPALIA, Diane E., FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre, 2013.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; MENEZES, Tarciana Nobre de. Characterization of anthropometric assessment studies of Brazilian children attending daycare centers. **Revista Paulista de Pediatria (english Edition)**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.216-224, jun. 2016. Elsevier BV.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Perfil antropométrico de crianças segundo a estrutura das creches. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1361-1371, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SOUSA, Carolina Pereira da Cunha; OLINDA, Ricardo Alves de. Concordância entre o estado nutricional aferido e o percebido pelas mães em crianças pré-escolares. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 3, n. 35, p.289-295, 14 jul. 2017.

PEIXOTO, M.V.M. *et al.* **Relatório Integrado das Pesquisas**: utilização da caderneta de saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância & compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na estratégia de saúde da família. Instituto Nacional Fernandes Figueira. Fiocruz, 2016.

PEREIRA, Alessandra da Silva; LANZILLOTTI, Haydée Serrão; SOARES, Eliane de Abreu. Frequência à creche e estado nutricional de pré-escolares: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 366-372, jan. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza**. 2014. Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/0032553521353dc27b3d9>. Acesso em: 04 set. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal da Educação (SME). **Plano Municipal da Educação de Fortaleza (2015 – 2025)**. Fortaleza, junho de 2015.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Secretaria Regional III**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-317>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RAMOS, Clariana V.; DUMITH, Samuel C.; CÉSAR, Juraci A. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 91, n. 2, p.175-182, mar. 2015. Elsevier BV.

ROCHA, Sabrina Gabriele Maia Oliveira. **Obesidade em crianças de região do semiárido brasileiro: tendência temporal e determinantes**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

RODOVALHO, Juliana Campos; BRAGA, Ana Karolina Paiva; FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. **Rev. Eletr. Enf.**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.122-132, 2012.

SILVA, Ângela Cristina Dornelas da; ENGSTRON, Elyne Montenegro; MIRANDA, Cláudio Torres de. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 9, p.1881-1893, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Ângela Cristina Dornelas da. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6 a 18 meses de vida inseridas em creches públicas do município de João Pessoa**. 2013. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Curso de Ciências na área de Saúde Pública., Fiocruz, João Pessoa, 2013.

SILVA, Talita Cristina Tomaz; CURSINO, Emília Gallindo; SILVA, Liliane Faria da. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 12, p. 3445-3455, 2 dez. 2018.

SOARES, Ana Ravenna Sales *et al.* Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 0-18 meses acompanhadas em uma unidade básica de saúde da família. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 3, p.531-538, 2017.

SPARREBERGER, K.; FRIEDRICHA, R. R.; SCHIFFNERB, M. D.; SCHUCHC, I.; WAGNERA, M. B. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015.

TABORDA-RESTREPO, Paula Andrea; PÉREZ-CANO, Margot Elena; FERNÁNDEZ, Dedsy Yajaira Berbesi. Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia. **Revista Ces Medicina**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.6-19, jan. 2011.

VALE, Diôgo *et al.* Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.983-996, mar. 2019.

- VICTORA, Cesar G. *et al.* A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.218-225, jun. 1991.
- VITOLLO, Márcia Regina Vitolo; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 1, jan-fev, Porto Alegre, 2010, pp. 80-84.
- WALKER, Susan P. *et al.* Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **The Lancet**, [s.l.], v. 378, n. 9799, p.1325-1338, out. 2011. Elsevier BV.
- WIJZES, Anne I. *et al.* Maternal educational level and preschool children's consumption of high-calorie snacks and sugar-containing beverages: Mediation by the family food environment. **Preventive Medicine**, [s.l.], v. 57, n. 5, p.607-612, nov. 2013. Elsevier BV.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS CRIANÇAS (AUTORIZAÇÃO DOS PAIS)

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Este é um convite especial para seu filho participar voluntariamente do estudo de Rochelle Holanda Barroso. Ele e/ou você não devem participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa que será realizada tem como título: **Crescimento e desenvolvimento infantil: uma análise em uma creche comunitária**, que tem como finalidade avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças inseridas em uma Creche do município de Fortaleza-Ceará.

Assim, gostaria de contar com a participação do seu filho, permitindo que sejam coletados dados da Caderneta de Saúde da Criança e ser realizada a medição do peso, altura, índice de massa corporal e perímetro cefálico, marcos do desenvolvimento da criança, vacinação e alimentação. Esclarecemos que: As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, sendo a sua participação voluntária. A recusa da criança e/ou a sua não irão acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com você. Esta pesquisa poderá trazer benefícios para as crianças e sua família com a identificação do estado nutricional da criança e orientações; marcos do desenvolvimento da criança e formas de estimular; vacinas atualizadas. A presente pesquisa apresenta riscos para as crianças como cansaço ou irritabilidade, sendo garantida a interrupção a qualquer momento, dando tempo para a criança beber água, descansar e se possível retornar à avaliação. O tempo da coleta será de aproximadamente 45 minutos, variando conforme a demanda da criança e cuidador principal. Será dada a garantia de confidencialidade em todos os dados da pesquisa. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Gostaria de colocar que a participação do seu filho(a) será de extrema importância para a realização desta pesquisa. Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Rochelle Holanda Barroso **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Telefone: (085) 999180828 **E-mail:** rochelleholbarroso@gmail.com

Endereço Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: (085) 3366-8346

Fortaleza, ____/____/____

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

IMPRESSÃO DACTILOSCOPICA



APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo de Rochelle Holanda Barroso. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa que será realizada tem como título: **Crescimento e desenvolvimento infantil: uma análise em creche comunitária**, que tem como finalidade avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças inseridas na Creche do município de Fortaleza-Ceará. Assim, gostaria de contar com a sua participação, permitindo que seja realizada uma entrevista com você (a) para responder a um instrumento de dados com informações sobre a criança e sua família. Esclarecemos que: As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, sendo a sua participação voluntária, tendo a criança e/ou você, liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. A recusa da criança e/ou a sua não irão acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com você. A presente pesquisa apresenta riscos para você como cansaço e constrangimento, sendo garantida a interrupção caso estas situações aconteçam. Será dada a garantia de confidencialidade em todos os dados da pesquisa. Como benefícios a pesquisa terá o conhecimento da família, já que será realizado uma entrevista sobre a estrutura da família e a funcionalidade. O tempo da coleta será de aproximadamente 45 minutos, variando conforme a demanda da criança e cuidador principal. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Gostaria de colocar que a sua participação será de extrema importância para a realização desta pesquisa. Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Rochelle Holanda Barroso	Instituição: Universidade Federal do Ceará
Telefone: (085) 999180828	E-mail: rochelleholbarroso@gmail.com
Endereço Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará	
Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: (085) 3366-8346	

Fortaleza, ___/___/___

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

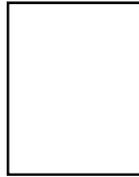
Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

IMPRESSÃO DACTILOSCOPICA



APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA

Ficha Espelho da Caderneta de Saúde da Criança

<p>Identificação _____</p> <p>Idade em meses: _____</p> <p>Município de nascimento: 1 () Fortaleza 2 () Interior 3 () Outro Estado do Brasil () 4 Outro País</p> <p>Mae: Idade: _____</p> <p>Escolaridade em anos: _____</p> <p>Pai: Idade: _____</p> <p>Escolaridade em anos: _____</p> <p>Raça/cor/etnia: 1 () Branca 2 () Negra 3 () Amarela 4 () Parda 5 () Indígena</p> <p>Unidade Básica que frequenta: 1 () Anastacio Magalhaes 2 () Sta Liduina 3 () Pereira de Almeida 4 () Gothardo Peixoto 5 () Outros</p> <p>Dados sobre gravidez, parto e puerpério</p> <p>Pré-natal</p> <p>Pré-natal iniciou no: 1 () 1º tri 2 () 2º tri 3 () 3º tri</p> <p>Número de consultas pré-natais: _____</p> <p>Gravidez: 1 () simples 2 () múltipla</p> <p>Sorologias realizadas no pré-natal: 1 () sim 2 () não</p> <p>Imunização:</p> <p>dT + dTpa</p> <p>1 () Esquema completo 2 () Esquema incompleto 3 () Não realizou 4 () Sem informação</p> <p>Hepatite B</p> <p>1 () Esquema completo 2 () Esquema incompleto 3 () Não realizou 4 () Sem informação</p> <p>Influenza 1 () Dose anual 2 () Não realizou 3 () Sem informação</p> <p>Suplementações de ferro: 1 () Sim 2 () Não realizou 3 () Sem informação</p> <p>Parto e pós-parto</p> <p>Parto realizado: 1 () Hospital/clínica 2 () Domicílio 3 () Casa de parto 4 () Outro</p> <p>Tipo de parto: 1 () Normal 2 () Fórceps 3 () Cesáreo</p> <p>Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos: _____</p> <p>1 () Não realizada 2 () Normal 3 () Alterada</p> <p>Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério:</p> <p>Dados do recém-nascido</p> <p>Peso ao nascer: _____ g</p> <p>Comprimento ao nascer: _____ cm</p> <p>Perímetro cefálico: _____ cm</p> <p>Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino</p> <p>Apgar: 1ºmin/5ºmin: ____/____</p> <p>Idade gestacional (IG): _____ semanas</p> <p>Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN) 1 () Pediatra 2 () Enfermeiro 3 () Parteira 4 () Outro</p> <p>Aleitamento materno na primeira hora de vida: 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Exames/Triagem neonatal:</p> <p>Manobra de Ortolani: 1 () Negativo 2 () Positivo</p> <p>Teste do reflexo vermelho: 1 () Normal 2 () Alterado</p> <p>Teste do Pezinho 1 () Não 2 () Sim</p> <p>Resultados: 1 () Normal 2 () Alterado</p> <p>Triagem auditiva 1 () Não 2 () Sim</p> <p>Dados na alta:</p> <p>Dias no hospital: _____</p> <p>Peso _____</p> <p>Alimentação:</p> <p>1 () leite materno 2 () leite materno e outro leite 3 () outro leite _____</p> <p>Avaliação</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Imunização: 1 () em dia 2 () atrasada</p> <p>Imu _____</p> <p>Crescimento</p> <p>PC: _____ Escore Z: _____ 1 () abaixo do esperado p/ idade 2 () adequado para a idade 3 () acima do esperado para a idade</p> <p>Peso: _____ Escore Z: _____ 1 () muito baixo p/ idade 2 () baixo p/ idade 3 () adequado 4 () elevado</p> <p>Estatuta: _____ Escore Z: _____ 1 () muito baixa p/ idade 2 () baixa p/ idade 3 () adequada 4 () elevada</p> <p>IMC: _____ Escore Z: _____ 1 () magreza acentuada 2 () magreza 3 () adequado 4 () risco de sobrepeso 5 () sobrepeso 6 () obesidade</p>	<p>Id _____</p> <p>Mês _____</p> <p>Nac _____</p> <p>MId _____</p> <p>MEsc _____</p> <p>PId _____</p> <p>PEsc _____</p> <p>Cor _____</p> <p>UBS _____</p> <p>PN _____</p> <p>Cons _____</p> <p>Grav _____</p> <p>Sor _____</p> <p>dT _____</p> <p>HB _____</p> <p>Inf _____</p> <p>Fe _____</p> <p>PLoc _____</p> <p>TipP _____</p> <p>SorM _____</p> <p>Peso _____</p> <p>Comp _____</p> <p>PC _____</p> <p>S _____</p> <p>Ap _____</p> <p>IG _____</p> <p>Prof _____</p> <p>AM _____</p> <p>Ort _____</p> <p>Olh _____</p> <p>Pez _____</p> <p>PezR _____</p> <p>Ouv _____</p> <p>D _____</p> <p>Peso _____</p> <p>Ali _____</p> <p>PC _____</p> <p>Peso _____</p> <p>IMC _____</p>
---	---

Desenvolvimento:

Marcos do desenvolvimento	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Limita gestos																									
Faz pinça																									
Produz "jargão"																									
Anda com apoio																									
Mostra o que quer																									
Coloca blocos na caneca																									
Fala uma palavra																									
Anda sem apoio																									
Usa colher ou garfo																									
Constrói torre de 2 cubos																									
Fala 3 palavras																									
Anda para trás																									
Tira a roupa																									
Constrói torre de 3 cubos																									
Aponta 2 figuras																									
Chuta a bola																									
Veste-se com supervisão																									
Constrói torre de 6 cubos																									
Fala frases com 2 palavras																									
Pula com ambos os pés																									
Brinca com outras crianças																									
Limita linha vertical																									
Reconhece 2 ações																									
Arremessa a bola																									

Avaliação:

- 1 () provável atraso no desenvolvimento
 2 () alerta para o desenvolvimento
 3 () desenvolvimento adequado com fatores de risco
 4 () desenvolvimento adequado

Des _____

GENOGRAMA

Avaliação

- 1 () nuclear tradicional 2 () nuclear 3 () mista
 4 () estendida 5 () monoparental 6 () binuclear 7 () polígama
 8 () comunitária 9 () homoafetiva

Gen ____

APGAR DA FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões responsabilidades e ações de	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			

maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.				
G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família eu compartilhamos o tempo juntos			

Avaliação:

1. () pontuação de 0 a 4 classifica como elevada disfunção familiar
2. () pontuação de 5 e 6 como moderada disfunção familiar
3. () pontuação de 7 a 10 com boa funcionalidade familiar

Apg_____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA ANÁLISE EM UMA CRECHE COMUNITÁRIA

Pesquisador: Rochelle Holanda Barroso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08175019.5.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.227.722

Apresentação do Projeto:

Objetivo: Analisar o crescimento e o desenvolvimento de crianças em uma Creche do município de Fortaleza-Ceará. Verificar as medidas antropométricas; Avaliar os marcos do desenvolvimento infantil conforme a idade; Identificar a relação do crescimento e do desenvolvimento infantil com o contexto familiar a partir da estrutura e funcionalidade da família.. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.; será realizado a partir ficha espelho da Caderneta de Saúde da Criança a avaliação da criança será realizada no dia da coleta por meio das medições de perímetro cefálico, peso, altura e Índice de Massa Corporal (crescimento), identificação dos marcos do desenvolvimento alcançados (desenvolvimento), a alimentação e a vacinação. Para identificar a estrutura e a funcionalidade da família serão utilizados o Genograma e Appar de família no espaço da creche no período de abril a junho de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o crescimento e o desenvolvimento de crianças em uma Creche do município de Fortaleza-Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.400-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (08)3388-8344 E-mail: compe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.227.722

A presente pesquisa apresenta riscos para as crianças como cansaço ou irritabilidade, sendo garantida a interrupção a qualquer momento, dando tempo para a criança beber água, descansar e se possível retomar à avaliação. Também apresenta riscos para os familiares como cansaço e constrangimento, sendo garantida a interrupção caso estas situações aconteçam. Será dada a garantia de confidencialidade em todos os dados da pesquisa.

Benefícios:

Como benefícios a pesquisa terá o conhecimento do estado de saúde, para as crianças e sua família, já que será realizado a avaliação do crescimento, marcos do desenvolvimento que permitirão orientações, formas de estimular e possíveis soluções para cuidar dos problemas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível cuja hipótese é: A importância do acompanhamento das crianças e suas famílias anualmente dentro do quadro saudável o que impacta no crescimento e desenvolvimento infantil. Que poderá trazer para os sistemas de creches atenção com vistas à promoção e detecção precoce dos transtornos do desenvolvimento infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e documentação para a inserção do projeto na PB e COMEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do COMEPE_UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1283187.pdf	11/02/2019 22:05:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoMestr.pdf	11/02/2019 22:05:38	Rochelle Holanda Barroso	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefones: (85)3366-6344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.237.732

Investigador	ProjetoMestr.pdf	11/02/2019 22:05:38	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Outros	comite.pdf	11/02/2019 21:39:13	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Outros	curriculolattes.pdf	11/02/2019 21:34:42	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
TICLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termos.pdf	11/02/2019 21:24:11	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Orçamento	Orçamento.pdf	11/02/2019 21:23:31	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Declaração de Pesquisadores	concor.pdf	11/02/2019 21:22:52	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instit.pdf	11/02/2019 21:21:24	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Cronograma	Cron.pdf	11/02/2019 20:59:41	Rochelle Holanda Barroso	Acelto
Folha de Rosto	Folhadierostoass.pdf	11/02/2019 20:59:52	Rochelle Holanda Barroso	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 27 de Março de 2019

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (081)3366-8344

E-mail: conep@ufc.br