



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GISELE RIBEIRO GRANGEIRO BEZERRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA O
ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0-2 ANOS PELO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

FORTALEZA – CEARÁ

2023

GISELE RIBEIRO GRANGEIRO BEZERRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA O
ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0-2 ANOS PELO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes.

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Ana Célia Caetano de Souza.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Bezerra, Gisele Ribeiro Grangeiro.

Construção e validação de uma cartilha para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0-2 anos pelo agente comunitário de saúde [recurso eletrônico] / Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra. - 2023.

109 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional - Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.e Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes.

Coorientação: Profe. Dra. Ana Celia Caetano de Souza.

1. agente comunitário de saúde. 2. desenvolvimento infantil. 3. tecnologia educacional. 4. saúde da criança. I. Título.

GISELE RIBEIRO GRANGEIRO BEZERRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA O
ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0-2 ANOS
PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-PPGSF/Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovado em: 17 de março de 2023

BANCA EXAMINADORA

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Prof. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes
(Orientador - UECE/RENASF)

Ana Célia Caetano de Souza

Prof. Dra. Ana Célia Caetano de Souza
(Coorientador - UECE/RENASF)

Paula Cavalcante

Prof. Dra. Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
(1º membro – SESA)

Shérica Karanini Paz de Oliveira

Prof. Dra. Shérica Karanini Paz de Oliveira
(2º membro – UECE/RENASF)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que sempre ilumina meus caminhos diariamente, e a toda a minha família, que compreende as dificuldades nessa estrada acadêmica e que trouxe o conforto necessário para os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente na minha vida, protegendo-me, dando a saúde necessária para prosseguir e superar as dificuldades postas em meu caminho. Dedico toda minha gratidão.

Aos meus pais, que sempre acreditaram e torceram por meu sucesso e possibilitaram aos seus filhos a prioridade aos estudos, sempre acreditando que o ensino proporciona alicerces fortes em nossas vidas. Meu pai (*in memoriam*) não conseguiu fazer parte de muitas etapas da minha vida, mas tenho certeza de que esta realização pessoal, como as demais, ele acompanha de onde estiver. Em especial, à minha mãe, por ser minha base, em suas orações diárias, rogar por saúde e prosperidade para seus filhos e incansavelmente batalhar por nossas vitórias e realizações. Aos meus irmãos, sempre solícitos a me ajudarem, compreendendo os dias difíceis, minha gratidão.

Ao meu marido Joel, meu eterno agradecimento pelo apoio ao longo de todas as etapas pelas quais passamos juntos em família, com sua ajuda incondicional para que este trabalho fosse desenvolvido e concluído. À minha filha Esther, meu amor maior, por sua doçura em ver a vida sem dificuldades, sendo desde criança ensinada que a educação transforma nossas vidas.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes, por sua compreensão e serenidade diante dos meus momentos difíceis e confiança em desenvolver este trabalho, sempre acreditando em minhas ideias (com acertos e desacertos), minha gratidão eterna. À minha coorientadora, Dra. Ana Célia Caetano de Souza; o mestrado oportunizou nosso reencontro, com a admiração que sempre tive da época da graduação, e agradeço por ter aceitado fortalecer e abrilhantar esta dissertação.

Ao colegiado de professoras/es do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UECE, que oportunizaram abrir a janela do conhecimento acadêmico, trazendo para a nossa realidade profissional a certeza de que é possível ter ações inovadoras em prol da comunidade em que atuamos.

Aos/às meus/minhas amigos/as, com quem pude estreitar laços ao longo do Mestrado em grande parte à distância, em meio a uma pandemia de covid-19, com todas as incertezas e dores desse processo. Foram eles que ajudaram essa caminhada a não ser tão árdua. Em especial, a meus companheiros de município, Ester Maia e

Raimundo Osmar, pois sem eles ao meu lado essa tarefa não teria sido nada fácil; compartilhamos os momentos difíceis, com tristezas e angústias, e também os de alegrias e risadas (não foram poucas), sempre ao meu lado me apoiando e me ajudando. Muito obrigada por tudo, levarei vocês para sempre em meu coração.

Agradeço às minhas colegas enfermeiras: Priscila, Rayane, Vladia Nylia, Naélia, Maryneili e Gisele Castro, que oportunizaram os momentos de interação com seus agentes de saúde e tornaram possível este trabalho ser realizado.

Eterna gratidão às minhas ACS: Angela, Flaudiana, Glaziania, Daniela, Rosilene e Irenilda. Dedico-lhes esta cartilha, que foi pensada desde o primeiro momento para ser um instrumento de auxílio em suas visitas domiciliares.

Enfim, agradeço a todas as outras pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta jornada.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família se firma como uma política de atenção aos cuidados da saúde da comunidade e tem como estratégia, no atendimento à criança, a consulta de Puericultura, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado um ator importante nesse processo, pois em suas visitas domiciliares pode perceber possíveis alterações do desenvolvimento infantil. O objetivo do estudo foi desenvolver uma cartilha digital para contribuir no acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde à criança de 0 a 2 anos quanto ao desenvolvimento infantil por ocasião da visita domiciliar. Trata-se de um estudo metodológico com validação de tecnologia, a qual foi desenvolvida em cinco fases de acordo com preceitos de Echer. Os sujeitos da pesquisa foram vinte e oito ACS de seis equipes de Saúde da Família do município de Horizonte-CE e 12 juízes-especialistas para validação da cartilha. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto à dezembro de 2022. Utilizou-se para validação de conteúdo o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) e, para validação da aparência da cartilha, o Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde (IVATES). Na etapa de análise de dados, utilizou-se o Razão de Validade de Conteúdo (RVC) para validação de conteúdo e o Índice de Validação de Aparência (IVA) para a validação de aparência. Os resultados mostraram que, na qualificação da Aparência da cartilha pelo ACS, o IVA total de 1, apresentou uma concordância alta para Aparência. Posteriormente, a validação pelos especialistas também se consolidou; a análise do IVACES pelo RVC total foi de 0,91 e, na apreciação do IVATES, o índice de validação de aparência foi 0,94. As sugestões que os especialistas realizaram acerca da cartilha foram analisadas e, apesar de não ter nenhum dos itens com RVC/IVA baixos, que levassem à realização de modificações, decidimos realizar as alterações. Conclui-se que a cartilha sobre Desenvolvimento Infantil de 0 a 2 anos foi considerada um material educativo válido quanto ao seu conteúdo e aparência para utilização pelos ACS em suas visitas domiciliares.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; desenvolvimento infantil; tecnologia educativa; Saúde da Criança.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is established as a policy of attention to community health care and its strategy, in child care, is Childcare consultation. The Community Health Agent (ACS) is considered an important actor in this process, as During your home visits, you can notice possible changes in child development. The objective of the study was to develop a digital booklet to contribute to the Community Health Agent's monitoring of children aged 0 to 2 years regarding child development during the home visit. This is a methodological study with technology validation, which was developed in five phases in accordance with Echer's precepts. The research subjects were twenty-eight CHWs from six Family Health teams in the city of Horizonte-CE and 12 expert judges to validate the booklet. Data collection took place between the months of August to December 2022. The Health Educational Content Validation Instrument (IVCES) was used for content validation and, to validate the appearance of the booklet, the Health Appearance Validation Instrument. Educational Technology in Health (IVATES). In the data analysis stage, the Content Validity Ratio (CVR) was used for content validation and the Appearance Validation Index (IVA) for appearance validation. The results showed that, when qualifying the booklet by ACS, the total VAT of 1 presented a high agreement for Appearance. Subsequently, validation by experts was also consolidated; the IVACES analysis using the total RVC was 0.91 and, in the assessment of IVATES, the appearance validation index was 0.94. The suggestions that the experts made regarding the booklet were analyzed and, despite not having any of the items with low RVC/VAT, which would lead to modifications, we decided to make the changes. It is concluded that the booklet on Child Development from 0 to 2 years old was considered a valid educational material in terms of its content and appearance for use by CHWs in their home visits

Keywords: Community Health Agent; child development; educational technology; Child Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Competências do ACS no âmbito da atenção básica em saúde ...	26
Quadro 2 – Competências da Atenção Primária à Saúde no atendimento materno-infantil	33
Quadro 3 – Respostas motoras aos estímulos sonoros e verbais em crianças de zero a 2 anos	37
Quadro 4 – Marcos do desenvolvimento visual da criança zero a 2 anos de idade	38
Quadro 5 – Indicadores de desenvolvimento motor da criança de zero a 2 anos	39
Quadro 6 – Função manual	41
Quadro 7 – Indicadores do desenvolvimento da cognição e linguagem	42
Quadro 8 – Triagens neonatais	44
Quadro 9 – Sugestões dos especialistas após avaliação dos instrumentos de validação da cartilha. Horizonte-CE, 2022	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Roteiro da visita de acompanhamento domiciliar do ACS no território	28
Figura 2 – Etapas de construção da cartilha.....	47
Figura 3 – Representação gráfica da construção e validação da cartilha.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero. Horizonte-CE, 2022	55
Gráfico 2 – Escolaridade do Agente Comunitário de Saúde. Horizonte-CE, 2022	56
Gráfico 3 – Tempo de serviço do ACS na atenção primária. Horizonte-CE, 2022	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação pelo ACS quanto à Aparência da cartilha.....	58
Tabela 2 – Perfil dos juízes especialistas participantes. Horizonte, Brasil, 2022	59
Tabela 3 – Avaliação do Conteúdo da Cartilha pelos especialistas	60
Tabela 4 – Avaliação da Aparência da Cartilha pelos especialistas	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral a Doenças Prevalentes da Infância
APS	Atenção Primária em Saúde
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DI	Desenvolvimento Infantil
IVA	Índice de Validação de Aparência
IVATES	Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RVC	Razão de Validade de Conteúdo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tecnologia Educacional
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	O SUS e a Estratégia Saúde da Família	21
3.2	A prática do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família	23
3.3	Políticas Nacionais de Promoção aos Cuidados na Primeira Infância.....	29
3.4	Os marcos do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos	34
3.5	Tecnologias educacionais em saúde	45
4	METODOLOGIA	47
4.1	Tipo de estudo	47
4.2	Etapas do estudo.....	47
4.2.1	Fases de construção da cartilha.....	48
4.2.2	Levantamento bibliográfico.....	48
4.2.3	Construção da cartilha.....	49
4.2.4	Qualificação da cartilha pelo ACS	49
4.2.5	Validação do material por especialista no assunto.....	50
4.3	Cenário da pesquisa	51
4.4	Sujeitos do estudo	51
4.5	Instrumentos de coleta de dados.....	52
4.6	Análise dos dados.....	53
4.7	Aspectos éticos e legais.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	Apresentação dos dados dos Agentes Comunitários de Saúde.....	55
5.2	Validação da Aparência e Conteúdo por juízes especialistas.....	59
5.2.1	Caracterização dos juízes	559
5.2.2	Avaliação dos juízes.....	60

5.3	Limitações do estudo.....	68
5.4	Recomendações do estudo.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	79
	APÊNDICE B– QUESTIONÁRIO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	81
	APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....	83
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES.....	84
	APÊNDICE E – INSTRUMENTOS DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DA CARTILHA SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0 A 2 ANOS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	85
	APÊNDICE F – CARTA DE ANUÊNCIA.....	89
	APÊNDICE G – VERSÃO FINAL DA CARTILHA.....	90
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	107

1 INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver um estudo acadêmico acerca do Desenvolvimento Infantil surgiu da minha experiência como enfermeira, por trabalhar há 21 anos na Estratégia Saúde da Família e me deparar com as mais diversas situações familiares, vulnerabilidades e fatores de risco em que crianças estavam inseridas.

Os primeiros anos de uma criança apresentam uma janela única de oportunidade para abordar a desigualdade, quebrar o ciclo da pobreza e melhorar uma ampla gama de resultados em sua vida. Intervenções nos primeiros anos de vida têm o potencial de oportunizar uma qualidade ideal de aprendizagem, crescimento físico, estímulo cognitivo e avaliação de saúde (DENBOBA *et al.*, 2014).

O art. 2º da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até 12 anos incompletos e a primeira infância o período que abrange os 6 anos completos ou 72 meses de vida, conforme o art. 2º da Lei 13.257/16, que rege o Marco Legal para Primeira Infância (BRASIL, 2021).

Essas crianças até o final da primeira infância devem fazer parte de uma linha de cuidado e ter uma rede de apoio à sua assistência, para lhes proporcionar um bom quadro nutricional e estímulos para o estabelecimento de vínculos com seus cuidadores, agindo de forma positiva com sua família, na escola e com outras crianças (BRASIL, 2018).

Nos últimos anos, muitas ações e serviços foram implantados no Brasil com objetivo de diminuir os agravos relacionados à saúde da criança e de fortalecer a rede de apoio ao cuidado em saúde. De acordo com Silva, Cursino e Silva (2018), com a expansão da Saúde Pública no país na década de 1990 e a estruturação dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), foi possível promover a interiorização da assistência à saúde através do Programa Saúde da Família (PSF) e do Agente Comunitário de Saúde, possibilitando a ampliação do acesso à rede de cuidados, impactando positivamente os indicadores infantis.

Em 1994, o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi integrado ao Programa Saúde da Família (PSF), no entanto, a primeira regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceu somente em 1999, com o Decreto 3.189/99. A criação da profissão de ACS ocorreu em 2002, com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu seu exercício como restrito ao âmbito

do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde. O Agente Comunitário de Saúde desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades, contribuindo para a ampliação do acesso da população a ações e serviços de saúde, na perspectiva da promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2004).

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou a Lei nº 14.536 de 20/01/2023, que regulamenta a categoria de Agente Comunitário de Saúde como profissional da saúde, valorizando a importância dos profissionais que atuam na ponta, próximos a população (BRASIL, 2023).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao longo dos anos, vem se firmando como uma política pública necessária para a regulação do sistema de saúde em um território adscrito. Ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços ocorreram principalmente no tocante à saúde da criança. Corroborando essa temática, o Ministério da Saúde refere que “ainda existem demandas de qualificação nessa linha de cuidado, e neste sentido o País tem inovado, tanto em aspectos normativos quanto na implementação de programas e ações específicas” (BRASIL, 2018, p. 21).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina 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) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês de aniversário. Essas faixas etárias são escolhidas porque fazem parte do calendário vacinal e propiciam um momento para prevenção de doenças e promoção de saúde. Nesse período, podemos identificar problemas tais como: atraso da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado e agressividade (BRASIL, 2012a).

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento utilizado na consulta de puericultura, a ser preenchido pelo profissional de saúde da ESF por ocasião das consultas de seguimento na unidade e pelo Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar mensal e/ou quando necessário. Os parâmetros de crescimento da criança (peso, estatura e perímetro cefálico), desenvolvimento infantil, situação vacinal, prevenção de acidentes e identificação de problemas ou riscos para saúde na primeira infância deverão ser avaliados e registrados na caderneta da criança. O trabalho em equipe deixou de ser simples superposição de profissionais para ser assumido como

plena articulação dos trabalhadores para a produção de saúde da comunidade e construção de projetos coletivos (SALLES; TORIYAMA, 2017).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também fazem parte desse processo de cuidado, cujo atendimento em puericultura ultrapassa os muros da Unidade Básica de Saúde e continua em suas visitas domiciliares na comunidade, sabendo a real situação dessas famílias e as possíveis alterações dessas crianças.

As orientações educativas durante as visitas domiciliares se referem a higiene, calendário vacinal, cuidados com os recém-nascidos, as puérperas e as gestantes, bem como o uso das medicações. Entretanto, parece haver um sub aproveitamento deste momento quanto à vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor da criança (SANTOS *et al.*, 2020).

Entretanto, as dificuldades encontradas para o acompanhamento das crianças de 0 a 2 anos pelo Agente Comunitário de Saúde levaram a autora a pensar estratégias que permitam facilitar esse processo e sensibilizar tanto os ACS como pais de crianças nessa faixa etária.

Nessa perspectiva, a tecnologia educacional pode ser um dispositivo de auxílio e consulta, com caráter facilitador, por conter orientações e informações específicas de forma organizada e sistematizada e evidências científicas que estão disponíveis na literatura para favorecer o público-alvo a quem se destina (FERREIRA *et al.*, 2020).

Entre essas estratégias, tem-se a cartilha, material inovador, que pode proporcionar ações educativas e de cuidado para a promoção da saúde infantil realizadas pelos agentes comunitários e viabilizadas por meio do uso de recurso visual a fim de garantir o acompanhamento seguro e eficaz do desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos.

No município de Horizonte-CE, os ACS utilizam, em suas visitas, um aparelho do tipo *smartphone* como instrumento de trabalho, o qual possui uma versão do programa e-SUS do Ministério da Saúde, que possibilita o cadastramento das famílias e o acompanhamento dos usuários, seguindo um roteiro único e padronizado para todos os indivíduos, sejam eles adultos ou crianças. Mediante o referido, considera-se que a visita de acompanhamento apresenta lacunas, como não ter um olhar para o desenvolvimento da criança, limitando-se muitas vezes somente à checagem do calendário vacinal.

Diante do exposto, têm-se as seguintes questões norteadoras do estudo: Como uma tecnologia educacional (cartilha) poderá facilitar o acompanhamento do ACS no desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos? A realização da educação permanente para o ACS poderá facilitar o acompanhamento das crianças de 0 a 2 anos na visita domiciliar?

Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde atua na busca ativa das crianças, no acompanhamento sistemático, levando informações sobre saúde e cuidado integral para essa fase evolutiva.

A relevância da construção e validação de uma cartilha digital sobre desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos se dá por possibilitar um suporte técnico, respaldando os encaminhamentos para a equipe multiprofissional na unidade de saúde e sensibilizando pais e cuidadores da importância do acompanhamento infantil na puericultura. Portanto, justifica-se esse estudo devido a necessidade de oferecer um suporte teórico aos ACS sobre o desenvolvimento infantil, mas também de fortalecer o vínculo destes com a comunidade a qual está sob sua responsabilidade, especialmente com os pais e/ou responsáveis pelas crianças de 0 a 2 anos, a fim de garantir assistência adequada e de qualidade a esses usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Desenvolver uma cartilha digital sobre desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 2 anos para Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar.

2.2 Específicos

- Realizar qualificação da cartilha com o público-alvo;
- Validar a cartilha quanto ao conteúdo e aparência junto aos especialistas na área;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SUS e a Estratégia Saúde da Família

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou em mudanças do modelo de atenção nas diversas dimensões, especialmente na política e gerencial. Contudo, não se estabeleceu em sua criação um novo modelo de Atenção Primária a Saúde (APS), ainda que influenciado por propostas com distintas racionalidades e experiências localizadas nas décadas precedentes. Rechaçava-se a vigência da medicina previdenciária, caracterizada pelo acesso restrito e estratificado à saúde, pela dicotomia entre assistência e prevenção e pela concepção biomédica e hospitalocêntrica do cuidado. Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, além da prerrogativa da universalidade, integralidade e equidade, defendia-se a APS e a promoção da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), criado em 1991, teve inicialmente como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. A implantação desse Programa no estado do Ceará obteve reconhecimento do Ministério da Saúde, que, em 1992, transformou-o no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (MARTINS, 2012).

Após a criação do PACS, surgiu, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), um avanço para o cumprimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF constitui-se em uma estratégia para mudança do modelo assistencial baseada nos pressupostos da atenção primária. Tem como foco de atenção à família, entendida a partir do meio onde vive, atuando na prestação de assistência integral, na vigilância aos grupos de risco, na prevenção, recuperação e promoção da saúde (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

Paim (2012) subordina a iniciativa do PSF e de seu antecessor, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em seus primórdios, ao modelo que denomina de “sanitarista”, caracterizado por programas verticais e hierarquizados, voltados ao controle de determinadas doenças. Não obstante, entende que o PSF foi redefinido progressivamente como uma estratégia de mudança dos modelos de atenção hegemônicos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, permitiu estabelecer equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um ACS e equipes AP (eAP) sem ACS. A possibilidade de ausência do ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada. Novas equipes com carga horária mínima do profissional, de dez horas semanais, restituem o emprego médico na atenção básica como um “bico” em vigor no período pré e nos primórdios do SUS (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O componente multiprofissional é enfraquecido também pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com essas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixou de ser incentivada e, em médio prazo, tende a desaparecer, substituída por equipes cuja composição consista em um profissional médico e um enfermeiro (BRASIL, 2019).

O programa Saúde na Hora, primeiro a ser lançado pelo MS no governo Bolsonaro, explicita a prioridade dada ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea. Nessa proposta, Unidades Básicas de Saúde (UBS) com no mínimo três equipes poderão oferecer atendimento de 60 horas semanais, com flexibilização e redução de carga horária dos profissionais. Os incentivos para o Saúde na Hora apontam para a transformação das UBS, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de pronto-atendimento (ANDERSON, 2019). Essa iniciativa tende a transformar a ESF em pronto-atendimento, descaracterizando seu processo de trabalho e organização das ações.

Em 2019, o MS divulgou uma proposição de Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, que, pela sua centralidade no cuidado médico individual, sofreu intensas críticas de pesquisadores e associações profissionais, incluindo o Conselho Nacional de Saúde. Esse desequilíbrio pode ser ilustrado pela quase

ausência de menção na carteira à ação dos ACS e à rede regionalizada. Na saúde, uma das principais mudanças foi a alteração do financiamento da APS, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2020, o programa Brasil Previne. O referido programa introduziu instrumentos de gestão como captação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes em um município (MASSUDA, 2020).

Esse pacote de medidas nos faz refletir que a APS sofreu ao longo desses anos um declínio quando falamos em valorização da ESF e dos profissionais que fazem parte dela, inseridos em um subfinanciamento da saúde no país e que também recai sobre a população atendida no território.

3.2 A prática do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família

No ano de 1987, na ocasião de uma grande seca no estado do Ceará, 6.113 pessoas foram contratadas em 118 municípios do sertão para trabalhar como agentes de saúde. Esse fato constituiu-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia de governo, em âmbito estadual. A criação do Programa de Agentes de Saúde, incluído no Plano do Governo Estadual do Ceará, não apenas ilustra como também expressa um marco nesse processo. Baseado na experiência bem-sucedida do estado do Ceará, o Ministério da Saúde instituiu, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em vários estados brasileiros. Sua implantação foi iniciada pelos estados do Nordeste, nos quais foram priorizadas as ações da área materno-infantil (BRASIL, 2022a).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tinha como iniciativa buscar alternativas para melhoria das condições de saúde das comunidades. Consistia em uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Baseado no experimento bem-sucedido do PACS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos anos seguintes, foi se firmando como uma trama de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (FARIA; PAIVA, 2020).

O PACS configurou-se portanto, como a primeira dessas estratégias a ser implementada, criado para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos

da Conferência de Alma-Ata. Ao priorizar inicialmente as crianças e mulheres em idade fértil, cumpriu-se um importante papel na reorganização da atenção básica pela forma de trabalho fundamentado nas noções de área de cobertura e ações preventivas. Para isso, propôs a substituição da ênfase da cura pela promoção da saúde. O principal ator dessa estratégia foi o agente de saúde (ÁVILA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, o ACS ao identificar a realidade da família, seus problemas, necessidades e anseios por meio da visita domiciliar, pode aumentar o acesso aos cuidados e serviços e facilitar o uso adequado dos recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde. Dentre as suas atribuições principais, estão o cadastro e a orientação das famílias em relação aos serviços de saúde, bem como seu acompanhamento por meio de visita domiciliar, realização de ações de integração unidade-território e o desenvolvimento de ações programadas e de demanda espontânea de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Na rotina do ACS, a atividade preponderante é a visita domiciliar, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Nas visitas, os agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. A visita domiciliar é a principal expressão da presença do ACS no território (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Considera-se que, durante as visitas domiciliares, cabe ao ACS conhecer as situações concretas de vida dos usuários/família/comunidade e, aos demais profissionais, atuar tecnicamente mediante o conhecimento de tais informações. Nesse sentido, é necessário avançar na perspectiva da complementaridade e do cuidado ampliado, objetivando a convergência entre os vários campos do saber e a compreensão do valor da contribuição de cada profissional para o cuidado integral do usuário (RAMALHO *et al.*, 2019).

Sendo assim, a Equipe de Saúde da Família, ao longo dos anos, potencializou efetivamente a atenção à saúde da criança com notável impacto na redução da mortalidade infantil e consolidou-se como o principal meio para vigilância da saúde da criança, sobretudo em decorrência da utilização de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno, o aumento da cobertura vacinal e a atenção às doenças prevalentes na infância. A puericultura se destaca entre as ações minimamente preconizadas para

esse público, de modo a proporcionar melhorias na promoção de sua saúde e prevenção de doenças (CARVALHO; SARINHO, 2016).

Entende-se que uma das estratégias para a prevenção da morbimortalidade infantil é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, que é o eixo norteador das ações primárias em saúde voltadas ao público infantil. Como fator motivador da adesão ao crescimento e desenvolvimento, tem-se a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na captação das mães e crianças na atenção primária, uma vez que esse trabalhador é o principal elo entre a unidade de saúde e a comunidade, capaz de abordar as famílias em seu espaço cotidiano e fazer a busca dos faltosos. Portanto, o ACS atua, portanto, o ACS diretamente na identificação das necessidades da comunidade, na prevenção e promoção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Segundo a PNAB de 2017, o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por ACS. Assim, foram estabelecidas as responsabilidades da categoria, citadas algumas no Quadro 1.

Quadro 1 – Competências do ACS no âmbito da atenção básica em saúde

<p>Competências do ACS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam; ● Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas; ● Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares; ● Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais; ● Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; ● Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território; ● Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental; ● Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; ● Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; ● Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida; ● Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente; ● Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; ● Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; ● Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; ● Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; ● Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados.
-----------------------------------	--

Fonte: BRASIL, 2017.

Dessa forma, para melhorar o processo de coleta de dados no território e na unidade de saúde, instituiu-se um modelo nacional de gestão da informação na APS, definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam

o processo de reestruturação, instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS APS para sua operacionalização. A Estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2022b).

Seguindo ainda essas diretrizes, o Departamento de Saúde da Família (DESF) incluiu na Estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS) aplicativos móveis para registro das ações realizadas em locais de difícil manejo de computadores ou *notebooks*. O desenvolvimento do aplicativo é integrado ao Sistema e-SUS APS com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ampliando a capacidade de troca de informações entre a equipe.

Nesse contexto, não por acaso, o primeiro aplicativo desenvolvido para APS priorizou os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e os Agentes de Ação Social (AAS), dada a capilaridade das ações desses agentes no território. O ACS utiliza o aplicativo e-SUS Território, desenvolvido para utilização em dispositivos do tipo *tablet* ou *smartphone*, levando em consideração aspectos relacionados ao conforto, à segurança e à usabilidade da ferramenta no processo de trabalho dos agentes. Nele é possível realizar o cadastramento da família e o acompanhamento aos pacientes com comorbidades, gestantes e crianças (BRASIL, 2022b).

Segue, exposto na Figura 1, o espelho do roteiro de acompanhamento do indivíduo visitado pelo ACS:

Figura 1 – Roteiro da visita de acompanhamento domiciliar do ACS no território

The image displays two screenshots of a mobile application interface for home visits. The left screenshot shows a list of checkboxes for various health and social conditions, categorized into 'Busca ativa' and 'Acompanhamento'. The right screenshot shows a form for data entry, including sections for 'Antropometria', 'Sinais vitais', and 'Glicemia'.

Busca ativa

- Consulta
- Exame
- Vacina
- Condicionalidade do Bolsa Família

Acompanhamento

- Pessoa com outras doenças crônicas
- Pessoa com hanseníase
- Recém-nascido
- Criança
- Pessoa com desnutrição
- Pessoa em reabilitação ou com deficiência
- Pessoa com hipertensão
- Pessoa com diabetes
- Pessoa com asma
- Pessoa com DPOC/Enfisema
- Pessoa com câncer
- Pessoa com tuberculose
- Sintomáticos respiratórios
- Tabagista
- Domiciliados/Acamados
- Condições de vulnerabilidade social
- Condicionalidades do bolsa família
- Saúde mental
- Usuário de álcool
- Usuário de outras drogas

Antropometria

Altura (cm) Peso (kg)

Sinais vitais

Temperatura (°C) Pressão arterial (mmHg)

Glicemia

Glicemia capilar (mg/dL) Momento da coleta

Visita foi acompanhada por outro profissional

CANCELAR CONCLUIR

Antropometria
Fonte: BRASIL,2022b.

Nessa perspectiva, se forem acompanhadas adequadamente as vulnerabilidades das famílias e do ambiente onde vivem seus pacientes com doenças crônicas, gestantes e crianças, a equipe de Saúde da Família conseguirá acompanhar e interferir de forma eficaz, contribuindo para um bom desenvolvimento afetivo, cognitivo e físico.

De forma que a qualidade no acompanhamento do ACS é crucial, utilizando instrumentos de trabalho que possam qualificar a visita domiciliar. Conforme Figura 1, o roteiro para o acompanhamento individual é padronizado, o que dificulta o acompanhamento da criança, no tocante à temática do desenvolvimento infantil (DI) ou outra particularidade. Por isso, a importância da produção de uma cartilha digital que dê suporte para acompanhar as crianças de 0 a 2 anos quanto ao DI e que possa

ser inserida no *tablet* ou no *smartphone* do ACS ou, quando não for possível, ser impressa para ser utilizada como um instrumento de trabalho.

Dessa forma, acreditamos junto a esse processo, deve haver um momento para trabalhar a temática do DI e sua importância no acompanhamento diário do ACS, compondo um processo de qualificação teórica do trabalhador e sensibilização quanto ao uso da cartilha no seu dia a dia.

Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta para a qualificação dos ACS junto à ESF, e tem importante papel no processo de ensino-aprendizagem, configurando-se um espaço para problematização do “fazer saúde”, oportunizando a ressignificação de suas vivências no território, fortalecendo o processo de trabalho da equipe e produzindo estratégias para a transformação da realidade (VIEIRA *et al.*, 2022).

3.3 Políticas Nacionais de Promoção aos Cuidados na Primeira Infância

A preocupação com o desenvolvimento infantil passou a fazer parte das ações de promoção em saúde da criança propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em meados da década de 1990, a partir da criação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Sendo assim, trata-se de uma estratégia com notável impacto sobre a saúde da criança e, conforme Filgueiras *et al.* (2005, p. 7):

A AIDPI preconiza uma série de marcos do desenvolvimento que devem ser cumpridos pelas crianças durante uma avaliação. Caso a criança não consiga realizar alguma atividade proposta, a mãe será orientada e/ou a criança deverá ser referenciada para uma unidade de saúde de maior complexidade, dependendo da gravidade detectada na consulta. Como instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, a estratégia AIDPI colocou à disposição das famílias um conjunto básico de intervenções que permitem aos profissionais de saúde promover a prevenção, a detecção precoce das alterações e o tratamento dos principais agravos à saúde durante a infância, além de aplicar medidas de promoção da saúde integral ao proporcionar conhecimento e prática para os pais, na atenção ao cuidado de seus filhos.

Tal estratégia foi criada com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para prestar uma assistência à saúde das crianças e fornecer às famílias conhecimentos básicos que auxiliem na promoção da saúde e prevenção de agravos na primeira infância (OPAS, 2005).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é atualmente a principal linha de cuidado e eixo referencial para atenção integral à saúde da criança, proposta pelas políticas públicas de saúde brasileira, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. É um método simples, de baixo custo e de grande eficácia, que inclui ações fundamentais para promover a saúde, como alimentação, imunização, atenção às doenças prevalentes na infância, saúde bucal, estimulação, prevenção de acidentes, entre outros (GAÍVA *et al.*, 2018).

No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o Método Canguru, que estabeleceu um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado e singular ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família. Em 2004, foi lançada a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, com o objetivo de concentrar esforços na organização da assistência à população infantil, contemplando desde o primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde. Nesse momento, faz-se importante destacar também a publicação da Caderneta de Saúde da Criança, em 2005, como instrumento de vigilância integral à saúde da criança, a partir de uma revisão e ampliação do antigo cartão da criança, com o acréscimo de diversos instrumentos de avaliação e acompanhamento (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

No ano de 2009, foi lançada a estratégia “Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis”, cujo objetivo era possibilitar novas ofertas de cuidado para as mulheres e as crianças, de forma humanizada, e fortalecer aquelas tradicionalmente existentes, na perspectiva do vínculo e do crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos. No ano de 2011, criou-se a Rede Cegonha, como parte da política de RAS, visando garantir segurança e qualidade na assistência à mulher em todo o ciclo reprodutivo e cuidado integral à criança no nascimento, crescimento e desenvolvimento (ARAUJO *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída em 05/08/2015 e publicada na Portaria GM/MS nº 1130, representando um esforço interinstitucional de qualificar ações voltadas para a Primeira Infância e para os grupos de maior vulnerabilidade. A PNAISC estrutura-se em sete eixos estratégicos a seguir relacionados:

1. Atenção humanizada e qualificada à gestação;
2. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
3. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;

4. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
5. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
6. Atenção à saúde de criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
7. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2018, p. 37).

A atenção qualificada do pré-natal, primeiro eixo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é imprescindível para o acompanhamento infantil. As crianças oriundas de um período gestacional com complicações devem ser acompanhadas por um tempo prolongado para avaliação desses fatores de risco e para um monitoramento mais efetivo das possíveis consequências no crescimento e desenvolvimento infantil.

Na PNAISC, todos os eixos estão interligados para o cuidado integral à saúde da criança. No terceiro eixo, que corresponde à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, o papel da Equipe de Saúde da Família e, especificamente, do Agente Comunitário de Saúde é crucial nesse processo, quando, em suas visitas domiciliares, consegue fazer esse seguimento do cuidado das crianças, tendo a percepção de tais alterações. Para isso, ele tem que possuir instrumentos que possam levar a esse conhecimento, uma sistematização do roteiro de trabalho efetivo, que possa lhe subsidiar ao identificar o problema e encaminhar para avaliação da Equipe de Saúde da Família na puericultura (LEAL *et al.*, 2015).

Com o intuito de atender de forma integral a primeira infância visando ao bem-estar físico e intelectual da criança, assim como seu desenvolvimento socioemocional e cognitivo, o Governo do Estado do Ceará criou, em 2015, o Programa Mais Infância Ceará. A partir de então, surgiu a necessidade de uma rede de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, através de serviços e formações especializadas que contemplassem pais, profissionais e demais envolvidos nos processos de atenção à criança, em um processo de qualificação para a assistência e para o cuidado. O Mais Infância Ceará é responsável por reunir o maior número de projetos e programas voltados aos pequenos cearenses, organizando intersetorialmente as ações na busca de significados e alcance social único. Três pilares constituem suas bases: Tempo de Crescer, Tempo de Brincar e Tempo de Aprender (CEARÁ, 2019).

Decorrente dessa estratégia, foram capacitados 10.132 Agentes Comunitários de Saúde, que, no entendimento da política, colocam-se como peças

fundamentais, com maiores condições de realizar trabalho preventivo e orientador quanto ao respeito às garantias básicas de saúde, no início da vida da criança, justamente pela capacidade que têm de promover ações conjuntas de acompanhamento às gestantes e suas crianças, por toda a primeira infância. As visitas domiciliares são de importância incalculável em um território de longas distâncias. Representam a atuação do governo na ponta da linha e impactam a base mais necessitada. Essa tecnologia social é de extrema importância para o acompanhamento infantil e fortalecimento de vínculos familiares (CEARÁ, 2019).

Em complemento ao Programa Mais Saúde Ceará, em 2017, foi criada a Linha Guia Nascer no Ceará: gestante e criança menor de 2 anos. Esta tinha por finalidade apoiar a organização dos serviços de saúde e melhoria da assistência à mulher e à criança, as diretrizes para o cuidado integral e o funcionamento adequado dos serviços em todos os níveis de atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária). Pois, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que possa crescer e desenvolver-se plenamente (CEARÁ, 2017).

A Linha Guia estabelece as diretrizes de atendimento e de responsabilidades para a APS, como descrito no Quadro 2:

Quadro 2 – Competências da Atenção Primária à Saúde no atendimento materno-infantil

<p align="center">Compete ao Agente Comunitário de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças; ● Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal; ● Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UBS; ● Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UBS para o seu acompanhamento; ● Captar as puérperas para consultas pós-parto; ● Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês; ● Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura; ● Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando à equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência.
<p align="center">Compete à Equipe de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto; ● Manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem; ● Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia; ● Assistir as gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado; ● Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança; ● Registrar na carteira da criança todos os dados necessários para o seu acompanhamento relacionado ao desenvolvimento; ● Acompanhar a criança de risco até um ano de vida; ● Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

Fonte: CEARÁ, 2017.

Desse modo, assim como as outras políticas voltadas para a Primeira Infância já descritas no trabalho, a Atenção Primária à Saúde também se torna uma política de atendimento integral à saúde da criança. Para essa efetividade se perpetuar, é fundamental que os Agentes Comunitários de Saúde estejam desenvolvendo, em suas visitas, um olhar atento para as alterações dessa fase evolutiva, e, para isso, esses trabalhadores de saúde devem estar respaldados por conhecimentos dentro da área dos marcos do desenvolvimento infantil.

3.4 Os Marcos do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos

O cuidado à saúde da criança, por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida, é tarefa essencial para a promoção à saúde, a prevenção de agravos e a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Esse acompanhamento dá maior garantia de acesso, o mais cedo possível, a avaliação, diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação, inclusive a estimulação precoce, das crianças que necessitem de cuidados especializados (BRASIL, 2016a).

De acordo com Santos Júnior e colaboradores (2021), é na primeira infância, faixa etária entre zero e seis anos, que essas transformações são mais intensas, especialmente no desenvolvimento físico, psíquico e social, e resultam em grande vulnerabilidade aos agravos à saúde e em necessidade de monitoramento regular por profissionais de saúde. No Brasil, esse acompanhamento ocorre de forma longitudinal e com foco na atenção integral, priorizando os dois primeiros anos de vida, na Atenção Primária em Saúde.

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde, desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (OPAS, 2005).

O crescimento e desenvolvimento infantil é um importante indicador da qualidade de vida e da saúde infantil, em razão da sua estreita relação com os aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais da população, ou seja, crianças

submetidas às condições adequadas de saúde, alimentação e cuidados tendem a crescer e a desenvolver todo o seu potencial (GAÍVA *et al.*, 2018).

As ações realizadas na Atenção Primária à Saúde, quanto a saúde da criança, são essenciais para detectar precocemente possíveis alterações de crescimento e desenvolvimento, além de diminuir riscos de morbimortalidade. Para Almeida *et al.* (2016), o crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo de diferenciação desde a concepção até a idade adulta que depende da interação de características biológicas e experiências vivenciadas no meio ambiente. O melhor método de acompanhamento dele é o registro periódico de peso, estatura, atualmente, do índice de massa corporal (IMC).

Destaca-se que a Caderneta de Saúde da Criança se constitui como ferramenta fundamental a ser utilizada para esse acompanhamento, desde o nascimento até os dez anos de idade, por possibilitar o registro de informações pertinentes a esse monitoramento e favorecer maior valorização e apropriação do instrumento pela família e responsabilização pelas ações de vigília dos seus filhos (VENÂNCIO;GRANGEIRO, 2021). É considerada pelo Ministério da Saúde um instrumento fundamental para monitorar as ações de promoção do pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção dos agravos prevalentes na infância (BRASIL,2020).

O desenvolvimento infantil tem seu início ainda na vida intrauterina e sofre influências de diversos fatores biológicos e ambientais. Quando a criança nasce, torna-se essencial o monitoramento do desenvolvimento psicomotor, da comunicação, de funções sensoriais, da cognição e do funcionamento socioadaptativo, pois a partir destes poderão ser detectados os fatores de risco para transtornos do neurodesenvolvimento e realizadas as respectivas estimulações precoces (ZEPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Para Alexandre *et al.* (2020), acompanhar o desenvolvimento da linguagem infantil desde o nascimento é extremamente importante, haja vista ser o período entre 0 e 36 meses primordial para o desenvolvimento linguístico e qualquer exposição por fatores de risco e/ou proteção podem afetar diretamente esse processo.

As crianças menores de cinco anos têm maior probabilidade de apresentar alterações da fala do que aquelas com mais de oito anos de idade. Entre 24 e 36 meses, esses podem ser aspectos naturais do desenvolvimento, quando alguns

processos de fala ainda estão sendo adquiridos (GOULART; CHIARI; ALMEIDA, 2017).

Nesse sentido, destaca-se o desenvolvimento neuropsicomotor, que é considerado como um processo sequencial, no qual o ser humano adquire uma vasta quantidade de habilidades motoras, progredindo de movimentos espontâneos sem propósito funcional para habilidades motoras mais organizadas e complexas (SEVERIANO *et al.*, 2017).

A utilização de testes e escalas de desenvolvimento possibilita a detecção precoce de alterações, levando a uma intervenção terapêutica mais rápida e eficaz. Alguns instrumentos existentes podem ser muito úteis para a prática nos serviços de reabilitação, uma vez que se propõem a avaliar e acompanhar o desenvolvimento da linguagem e cognição de crianças entre zero e 3 anos, como a Escala Bayley, Teste de Triagem de Desenvolvimento Dever II, Escala de Aquisições Iniciais de Fala e Linguagem, entre outros (BRASIL, 2016b).

O Ministério da Saúde lançou, no ano de 2016, o guia *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*, após o surto da Síndrome Congênita do Vírus Zika em 2015-2016, estabelecendo que o acompanhamento do desenvolvimento infantil deve estar baseado em cinco pilares, como pode ser visto nos quadros de 3 a 7: desenvolvimento auditivo; desenvolvimento visual; desenvolvimento motor; desenvolvimento manual; e desenvolvimento cognitivo.

Quadro 3 – Respostas motoras aos estímulos sonoros e verbais em crianças de zero a 2 anos

Idade	Padrão de respostas/Sons instrumentais	Padrão de respostas/Estímulos verbais
0-3	No início, resposta de sobressalto ou de Moro em recém-nascidos com audição normal com estímulo de 65 dB NPS** ou mais alto, apresentado de forma súbita. Reação de sobressalto/resposta de atenção/virar a cabeça.	Acalma-se com a voz da mãe
3-6	Entre 3 e 4 meses: o lactente pode começar a virar lentamente a cabeça. Resposta de atenção/virar a cabeça/localização lateral.	Procura ou localiza o som da mãe
6-9	7 meses: os músculos do pescoço do lactente estão suficientemente fortes para permitir que ele gire a cabeça diretamente para o lado de onde vem o som. Resposta de atenção/localização lateral. Localização INDIRETA para baixo. Entre 7 e 9 meses: começa a identificar a localização precisa da fonte sonora com uma virada direta da cabeça para o lado. Resposta é brusca e firme. Ainda não olha diretamente para o som apresentado acima do nível dos olhos.	Localiza a voz da mãe ou do examinador
9-13	10 meses: começa a localizar o som acima da cabeça. Localização para o lado. Localização DIRETA para baixo.	Reconhece comandos verbais. Exemplo: dá tchau; joga beijo; bate palma
13-18	Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.	Reconhece comandos verbais. Exemplo (12 a 15 meses): Cadê a chupeta? Cadê a mamãe? Exemplo (15 a 18 meses): Cadê o pé? Cadê a mão?

**NPS: Nível de Pressão Sonora.

Fonte: BRASIL, 2016b.

Quadro 4 – Marcos do desenvolvimento visual da criança zero a 2 anos de idade

Idade	Comportamentos visuais presentes
30 a 34 semanas de idade gestacional	Reação pupilar à luz, fechar as pálpebras diante de luz intensa e reflexo de fixação.
Ao nascimento	Busca da fonte luminosa, fixação visual presente, mas breve, tentativas de seguir objeto em trajetória horizontal.
1 mês	Contato visual e fixação visual por alguns segundos, seguimento visual em trajetória horizontal em arco de 60 graus, preferência por objetos de alto contraste e figuras geométricas simples.
2 meses	Fixação estável e muito bem desenvolvida, inicia coordenação binocular, seguimento visual em trajetória vertical, interesse por objetos novos e com padrões mais complexos, inicia sorriso social.
3 meses	Desenvolve acomodação e convergência, inicia observação das mãos e faz tentativas de alcance para o objeto visualizado. Até o 3º mês, a esfera visual é de 20 a 30 centímetros.
4 meses	Pode levar a mão em direção ao objeto visualizado e agarrá-lo.
5 a 6 meses	Fixa além da linha média, aumento da esfera visual, capaz de dissociar os movimentos dos olhos dos movimentos de cabeça, acuidade visual bem desenvolvida, reconhece familiar, amplia o campo visual para 180 graus, movimentos de busca visual são rápidos e precisos. Pode apresentar desvio ocular, mas, se for persistente, é necessária avaliação oftalmológica.
7 a 10 meses	Interessa-se por objetos menores e detalhes, interessa-se por figuras, esfera visual bastante ampliada, busca e reconhece objetos parcialmente escondidos.
11 a 12 meses	Orienta-se visualmente no ambiente familiar, reconhece figuras, explora detalhes de figuras e objetos, comunicação visual é efetiva.
12 a 24 meses	Atenção visual, aponta para o objeto desejado, mesmo que esteja à distância, muda o foco de visão de objetos próximos para distantes com precisão, identifica em si, no outro ou em bonecos as partes do corpo, reconhece o próprio rosto no espelho, reconhece lugares, rabisca espontaneamente.

Fonte: BRASIL, 2016b.

Quadro 5 – Indicadores de desenvolvimento motor da criança de zero a 2 anos

(continua)

IDADE	INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO
1º MÊS	<p>Postura característica do bebê em supino: membros flexionados (hipertonia fisiológica), cabeça oscilante, comumente mais lateralizada, mãos fechadas. Os membros inferiores mais livres, que alternam movimentos de flexo-extensão, porém com as pernas geralmente fletidas sobre o abdome. O tronco apresenta característica mais hipotônica, com ausência de equilíbrio cervical e de tronco. Apresenta movimentos amplos, variados e estereotipados, com forte influência de reflexos primitivos. Abre e fecha os braços em resposta ao estímulo, movimento que pode estar influenciado pelo Reflexo de Moro.</p> <p>Em prono: o peso do corpo se encontra na cabeça e tronco superior, em função da elevação da pelve decorrente da flexão de membros inferiores. Isto dificulta a ampla mobilidade dos membros superiores. Pode levantar a cabeça momentaneamente, sempre lateralizada, sem alcance da linha média (ajeita a cabeça para poder respirar / primeiro passo no desenvolvimento da extensão antigravitacional).</p>
2º MÊS	<p>Em supino: pode apresentar uma postura mais assimétrica, influenciada pela resposta ao Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (extensão dos membros superior e inferior do lado para o qual a face está volta, e flexão dos membros contralaterais). Acompanha visualmente os objetos ou a face humana, com movimentos de cabeça geralmente até a linha média.</p> <p>Prono: eleva mais a cabeça, aproximadamente 45°, mas não a mantém erguida. Os membros inferiores estarão um pouco mais estendidos, porém ainda em flexão. Colocado na posição sentada, mantém a cabeça elevada intermitentemente.</p>
3º MÊS	<p>No final do 3º mês, espera-se aquisição do equilíbrio cervical. Supino: melhor controle cervical, consegue manter a cabeça na linha média. Acompanha objetos visualmente com movimentos de rotação da cabeça para ambos os lados, a mais de 180°. Os movimentos dos olhos e cabeça já são, muitas vezes, simultâneos e coordenados.</p> <p>Prono: é capaz de fazer a descarga de peso em antebraços, com melhora da estabilidade escapular, elevando a parte superior do tronco e a cabeça (em 90°), na linha média. Puxado para sentar-se: leve atraso de cabeça. Colocado na posição sentada: mantém a cabeça erguida, podendo ainda ocorrer oscilações.</p>
4º MÊS	<p>Alterna facilmente os movimentos dos membros entre a extensão e a flexão. Postura mais simétrica; une as mãos na linha média, mantendo também a cabeça mais centralizada. Os olhos são mais ativos e a atenção visual contribui para o aumento da estabilidade da cabeça e garante a sua correta orientação no espaço. Supino: consegue alcançar os joelhos e rolar para decúbito lateral, com maior percepção corporal. Ouvindo ruídos, o bebê para de mover-se e vira para a fonte sonora.</p> <p>Prono: é capaz de manter o apoio das mãos com o cotovelo estendido e de se estender contra a gravidade deixando apenas o abdome no apoio. Tendência a cair para os lados, rolando acidentalmente para supino. Inicia reação de Landau. Gosta de ser colocado na posição sentada, mantendo a cabeça ereta, mas instável quando o tronco oscila; tronco permanece menos tempo fletido.</p>
5º MÊS	<p>Supino: é capaz de levar os pés à boca, eleva o quadril e pode arrastar em supino empurrando o corpo para trás (interesse no alcance do objeto), inicia o rolar para prono ainda sem muita rotação do tronco.</p> <p>Prono: desloca lateralmente o peso sobre antebraços para o alcance dos brinquedos, rola para supino, tenta “nadar” no chão, é capaz de pivotar (giro sobre o próprio eixo) e de manter membros superiores estendidos. Puxado para sentar-se: eleva a cabeça do apoio. Colocado na posição sentada: a cabeça não oscila; começa a sentar com apoio, mantendo o tronco ereto.</p>

Quadro 5 – Indicadores de desenvolvimento motor da criança de zero a 2 anos

(continua)

6º MÊS	Ao final do 6º mês, a criança já tem domínio sobre os movimentos rotacionais, denotando controle sobre as transferências de decúbito como o rolar. Supino: rola para prono, levanta a cabeça espontaneamente. Prono: suporta peso nas mãos, liberando o apoio de uma delas para o alcance de objetos; apresenta reação de equilíbrio nessa posição, começando em supino; inicia o arrastar. Puxado para sentar-se: auxilia no movimento, elevando a cabeça do apoio e tracionando membros superiores. Colocado na posição sentada: é capaz de manter-se nessa postura com apoio, por longo tempo, ainda com cifose lombar. Apóia as mãos à frente do corpo pela reação de proteção para frente. Como ainda não tem total controle do seu deslocamento de peso nessa postura e não apresenta ainda as reações laterais e posteriores de apoio, pode cair para os lados e para trás.
7º MÊS	Nesse período, o desenvolvimento adequado da musculatura de tronco e da pelve permite uma ótima estabilidade na postura sentada e, com isso, a retificação do tronco fica mais evidente. Supino: reações de equilíbrio presentes (iniciando na posição sentada); eleva a cabeça como se fosse sentar. Prono: mantém cabeça elevada, com apoio no abdome e nas mãos, pode girar ou arrastar-se. Brinca em decúbito lateral. Aquisição do equilíbrio de tronco / senta sem apoio.
8º MÊS	Com o domínio das rotações, o bebê experimenta várias posturas diferentes, como o sentar em anel, o sentar de lado, o sentar com as pernas estendidas, sentar entre os calcanhares (sentar em “w”), e todas essas possibilidades permitem a transferência para a postura de gatas e ajoelhado e vice-versa. Supino: geralmente rola ou puxa-se para sentar. Prono: assume a posição quadrúpede (ou de gatas), transfere de prono para sentado e vice-versa. Sentado: bom equilíbrio de tronco, inclina-se para frente, apresenta reação protetora para os lados.
9º MÊS	Uma vez na postura de gatas, a criança experimenta as transferências de peso, balançando para frente, para trás e para os lados; com isso, vai desenvolvendo o equilíbrio e a força muscular para iniciar o engatinhar. Inicialmente desenvolve o engatinhar com o tronco em bloco e depois de maneira dissociada, ou seja, com movimentos laterais do tronco. Apresenta reação de equilíbrio na posição sentada (inicia quadrúpede), com melhor controle de tronco (realiza movimentos de rotação). Engatinha e realiza transferências de sentado para a posição de gatas e vice-versa. Começa a assumir a posição de joelhos e fica de pé com apoio.
10º MÊS	Ao final do 10º mês, a criança consegue se transferir de sentado para gatas, para joelhos, semi-ajoelhado e tracionar-se para de pé. Engatinha ou desloca-se através da posição “tipo urso”, com apoio nas mãos e pés, mantendo joelhos estendidos. Sentado, apresenta extensão protetora para trás, roda em círculos. Inicia marcha lateral com apoio nos móveis e é capaz de caminhar quando segurado pelas mãos.
11º MÊS	Essa fase é marcada pelo desenvolvimento da postura ortostática; a criança realiza marcha lateral e já é capaz de liberar o apoio de uma das mãos. Posteriormente, realiza marcha para frente, empurrando um apoio móvel (como cadeira ou banquinho). O caminhar para frente, ao redor dos móveis, enquanto se apoia com uma mão, é um precursor natural da marcha para frente com auxílio da mão de um adulto.

Quadro 5 – Indicadores de desenvolvimento motor da criança de zero a 2 anos

(conclusão)

12º MÊS	Capaz de elevar-se estendendo ativamente membros inferiores; transfere da posição ortostática para sentado dissociando movimentos de membros inferiores; inicia ficar de pé sem apoio; primeiros passos independentes. Na fase inicial da marcha independente, a criança assume uma base alargada de apoio nos pés, abdução dos braços e fixação do tronco superior. Apresenta passos curtos e acelerados, com cadência aumentada em função do déficit de equilíbrio. A literatura aponta que a ocorrência de marcha sem apoio antes dos 12 meses ou até os 18 meses pode ser considerada dentro da faixa de normalidade, no caso de uma criança nascida a termo e sem sinais de comprometimento neurológico.
12-18 MESES	Ganho gradativo de equilíbrio, reduz base de suporte durante a marcha. Após o 15º mês, a criança mantém o ritmo de aquisições motoras, porém com foco no refino das habilidades motoras grossas e habilidades manipulativas. Sobe e desce escadas engatinhando ou apoiada pelas mãos. Ajoelha-se só.
18-24 MESES	Melhora do equilíbrio e desempenho de marcha: realiza choque de calcanhar no início do apoio, diminui cadência e aumenta a velocidade. Fica sentada sozinha numa cadeira. Sobe e desce escadas segurando-se no corrimão. Começa a saltar sobre os dois pés.

Fonte: BRASIL, 2016b.

Quadro 6 – Função manual

IDADE	INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO
1º MÊS	Mãos comumente fechadas; presença do reflexo de preensão palmar/ aperta firmemente um dedo que lhe é oferecido.
2º MÊS	Abre e fecha as mãos espontaneamente.
3º MÊS	Descoberta das mãos / leva as mãos à boca, podem ocorrer as primeiras tentativas de alcance dos objetos. Transição entre a preensão reflexa e voluntária / agarra o lençol e puxa-o para si.
4º MÊS	Preensão voluntária, tipo Cúbito Palmar (envolvimento principalmente da região ulnar da palma da mão, sem oponência do polegar). Pega objetos e leva-os à boca.
5º MÊS	Preensão Cúbito Palmar.
6º MÊS	Preensão Palmar Simples ou de Aperto. Amplia exploração dos objetos: bate, balança, puxa (com mais intencionalidade), transfere objetos de uma mão para outra.
7º MÊS	Preensão rádio-palmar, permitindo a pinça inferior ou em chave (preensão fina). Derruba os objetos voluntariamente. Segura pequenos objetos na palma da mão, os dedos em “forquilha”. Consegue segurar um objeto em cada mão.
8º MÊS	Pinça inferior, inicia o soltar.
9º MÊS	Começa a aprender a dar o objeto quando solicitado. Preensão Radio-Digital ou em pinça superior; segura pequenos objetos entre o polegar e dígito de outros dedos.
10º MÊS	Dissocia movimento do indicador (“dedo tateador”). Retira e coloca objetos de um recipiente, inicia uso do copo.
11º MÊS	Preensão digital.
12º MÊS	Realiza pinça fina (preensão entre o dígito do polegar e indicador), solta os objetos quando solicitado, realiza encaixes amplos, lança a bola em uma direção.
12-24 MESES	Segura copo, inicia uso da colher. Empilha objetos.

Fonte: BRASIL, 2016b,

Quadro 7 – Indicadores do desenvolvimento da cognição e linguagem

(continua)

IDADE	INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO
1º MÊS	<ul style="list-style-type: none"> - Atenta-se à face humana - Comunica-se pelo choro - Reage a sons fortes com sustos e aquieta-se ao som da voz humana - Emite pequenos sons guturais
2º MÊS	<ul style="list-style-type: none"> - Fixa o olhar na face humana - Comunica-se pelo choro diferenciado - Mantém a atenção ao ouvir a voz humana - Segue uma pessoa ou objeto com os olhos na linha média - Explora o mundo externo, com grande interesse por sons, contrastes visuais e luz - Apresenta sorriso social
3º MÊS	<ul style="list-style-type: none"> - Fixa o olhar em objetos - Reconhece o principal cuidador, inclusive a fala - Sorri a todos que se aproximam sorrindo - Produz sons nasais - Início de diferentes formações de choro (fome, birra, sono...) - Acalma-se quando se fala com ela - Descobre as mãos - Repete ações agradáveis (ex.: levar a mão à boca, brincar com os lábios) - Explora o que está em seu campo visual - Reage e procura a fonte sonora - Consegue segurar brinquedos por alguns segundos, quando colocados em suas mãos
4º MÊS	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza a fonte sonora - Emite sons vocálicos - Reage quando é chamado pelo nome - Demonstra excitação quando o cuidador brinca com ela - Descobre os pés - É muito curiosa, observa tudo com muita atenção - Explora os brinquedos, ocasionalmente levando-os à boca - Segue visualmente o objeto que cai - Reage ao desaparecimento da face (brincadeira esconde-achou)
5º MÊS	<ul style="list-style-type: none"> - A capacidade de atenção aumenta e já passa mais tempo em uma mesma atividade - Emite sons vocálicos diferenciados, expressando emoções (ri e solta gritos de alegria ao brincar) - Usa movimentos do corpo e sons para chamar a atenção do outro (levanta o braço, segura com a mão) - Olha e pega tudo que está ao seu alcance, levando-os à boca propositalmente
6-9 MESES	<ul style="list-style-type: none"> - Brinca na frente do espelho - Explora os objetos de modo variado (bate, aperta, balança) - Demonstra interesse por diversos brinquedos - Apresenta mais interesse por pessoas do que objetos - Balbucio, principalmente na presença do cuidador - Direciona o olhar a objetos desejados - Imita gestos ou brincadeiras a partir de modelo - Usa o corpo para atingir os seus objetivos e satisfazer a sua curiosidade (desloca-se no ambiente para alcançar brinquedos) - Reconhece pessoas familiares, apresentando estranhamento ao novo - Coordena a atenção entre um parceiro social e um objeto de interesse mútuo (atenção triádica).

Quadro 7 – Indicadores do desenvolvimento da cognição e linguagem

(conclusão)

<p>9-12 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quando vê um objeto desaparecer, procura-o mesmo escondido (noção de permanência do objeto) - Produz sons consonantais (“dadada”) - Executa gestos a partir de modelos (dar tchau, bater palmas) - Entende solicitações simples associadas a gestos (me dá, pega, cadê a mamãe...) - Age intencionalmente (deixa cair objetos de propósito) - Responde ao próprio nome
<p>12-18 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executa gestos a pedido sem modelo (mandar beijo, balançar a cabeça) - Surgem as primeiras palavras de duas sílabas - Usa jargão - Entende o “não” - Busca um objeto escondido, certo de que ele está em algum lugar - Repete gestos ou atitudes que provocaram risadas - Gosta de jogos de ação e reação (causa e efeito) - Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista - Aponta para objetos desejados - Direciona a atenção do outro - Explora os brinquedos de modo amplo, descobrindo seus atributos e funções.
<p>18-24 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Começa a combinar duas palavras (“mamãe água”) - Nomeia as partes do corpo e objetos - Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação - Realiza brincadeira simbólica simples (ex.: dar comida para a boneca) - Estuda os efeitos produzidos por suas atividades (deixa um objeto cair de várias formas para ver, constrói torres, derruba-as) - Puxa objetos por um fio - Faz encaixes por tentativa e erro - Diz palavras e compreende frases simples associadas a gestos, como “onde está o brinquedo?”

Fonte: BRASIL, 2016b.

Existem também ações preventivas que permitem identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles e que podem interferir com o desenvolvimento infantil. Conforme o Ministério da Saúde (2021) segue no Quadro 8 as triagens neonatais:

Quadro 8 – Triagens neonatais

Triagem	Doença
Cardíaca	Detecção de cardiopatias congênitas críticas, pensar na hipótese de malformação cardíaca e encaminhar para realização de ecocardiograma e orientação de cardiologista pediátrico em caráter de urgência.
Oftalmológica	Todos os recém-nascidos devem ter o teste de reflexo vermelho ocular realizado antes da alta hospitalar. O acompanhamento é definido pelo plano de cuidados oftalmológicos. O teste do reflexo vermelho é usado como triagem universal de doenças oftalmológicas com potencial de desenvolvimento de cegueira no período neonatal, verificando várias alterações oculares que se manifestam pela opacidade de meio, incluindo catarata, retinoblastoma, hemorragias e inflamações intraoculares, além de descolamento de retina ou malformações da retina e nervo óptico, como colobomas.
Auditiva	Todos os recém-nascidos, antes da alta hospitalar, por ocasião do nascimento, devem ser triados para deficiência auditiva. O teste de otoemissão acústica deve ser repetido se os resultados da primeira testagem forem alterados, e, mantidas as alterações, testes diagnósticos devem ser efetuados, para confirmação da deficiência auditiva e da entrada da criança em programa de intervenção precoce.
Biológica ou do Pezinho	Realizada entre o terceiro e o sétimo dia, mais comumente nas ações do quinto dia, incluindo minimamente a triagem para hipotireoidismo, fenilcetonúria, fibrose cística, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, drepanocitose e IgM para toxoplasmose. Os componentes do programa variam entre os estados, ampliando a gama de doenças triadas.

Fonte: BRASIL, 2021.

Portanto, a importância da Equipe Saúde da Família, como um todo, está em monitorar essas possíveis alterações do desenvolvimento infantil, de crescimento, de exames neonatais, ganho ponderal de acordo com a idade, calendário vacinal, relações afetivas e estímulos familiares para uma boa cognição.

Dornelas, Duarte e Magalhães (2015) apontam que os principais fatores associados ao atraso do desenvolvimento vão da concepção, gestação e parto; fatores ambientais, familiares e socioeconômicos; causas neurológicas e má nutrição,

o que pode ocasionar atrasos no desenvolvimento, seja de forma permanente ou transitória.

Nessa perspectiva, é de extrema importância considerar os fatores de risco para o desenvolvimento na avaliação de saúde da criança para que se possam estabelecer prioridades nas ações voltadas para a diminuição da incidência desses agravos entre a população infantil (LEÃO *et al.*, 2005).

3.5 Tecnologias educacionais em saúde

Destaca-se, na área da saúde, o aumento do desenvolvimento de tecnologias educacionais (TE) para subsidiar práticas educativas em diferentes contextos para múltiplos sujeitos. Tais práticas têm como objetivo não só disseminar informações como também favorecer o autocuidado entre a população. Uma TE reúne, de forma organizada e sistematizada, conhecimentos e evidências científicas que estão disponíveis na literatura, com vistas a operar uma tradução para o público-alvo a quem se destina (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Estudos apontam que a utilização de tecnologia digital em práticas de educação em saúde configura um recurso pedagógico lúdico, atraente e dinâmico, favorecendo o diálogo, reflexão, aprendizado à distância e acesso rápido a novos conhecimentos sobre o conceito ampliado de saúde (BITTENCOURT, 2017).

As imagens no material educativo são importantes por facilitar a compreensão das informações, tornando o material mais lúdico e acessível à grande maioria das pessoas, principalmente àquelas com baixa escolaridade. As mensagens visualizadas por meio de imagens permitem maior memorização do conteúdo, tornando-se um recurso eficaz na utilização de ações de educação em saúde para pessoas com baixo letramento (DOAK; DOACK; ROOT, 1996).

Quando se fala em tecnologias educacionais, destaca-se o manual educativo impresso, como cartilhas e álbuns seriados, que tem sido uma ferramenta útil, pois auxilia na memorização de conteúdos e contribui para o direcionamento das atividades de educação em saúde (TELES *et al.*, 2014).

Conforme Silva, Bezerra e Brasileiro (2017), com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil e de prevenir eventuais atrasos oriundos de uma diversidade de fatores pré, peri ou pós-natais, tem sido difundido um arsenal de possibilidades, entre elas, o uso crescente de materiais educativos como ferramentas de educação

em saúde que geram possibilidades de ensino-aprendizagem por meio da interação entre familiares e crianças, gerando prognósticos positivos. A produção desses materiais, especialmente para *smartphones* ou outros dispositivos móveis, possibilita sua visualização como algo concreto e acessível em qualquer lugar e a qualquer hora (ÁFIO *et al*, 2014).

Portanto, materiais educativos são importantes no processo de educação em saúde, visto que possibilitam o processo de ensino-aprendizagem através de interações mediadas pelo locutor entre paciente, família e o material educativo escrito (objeto do discurso), funcionando, inclusive, como recurso prontamente disponível mediante dúvidas familiares na realização do cuidado (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

4 METODOLOGIA

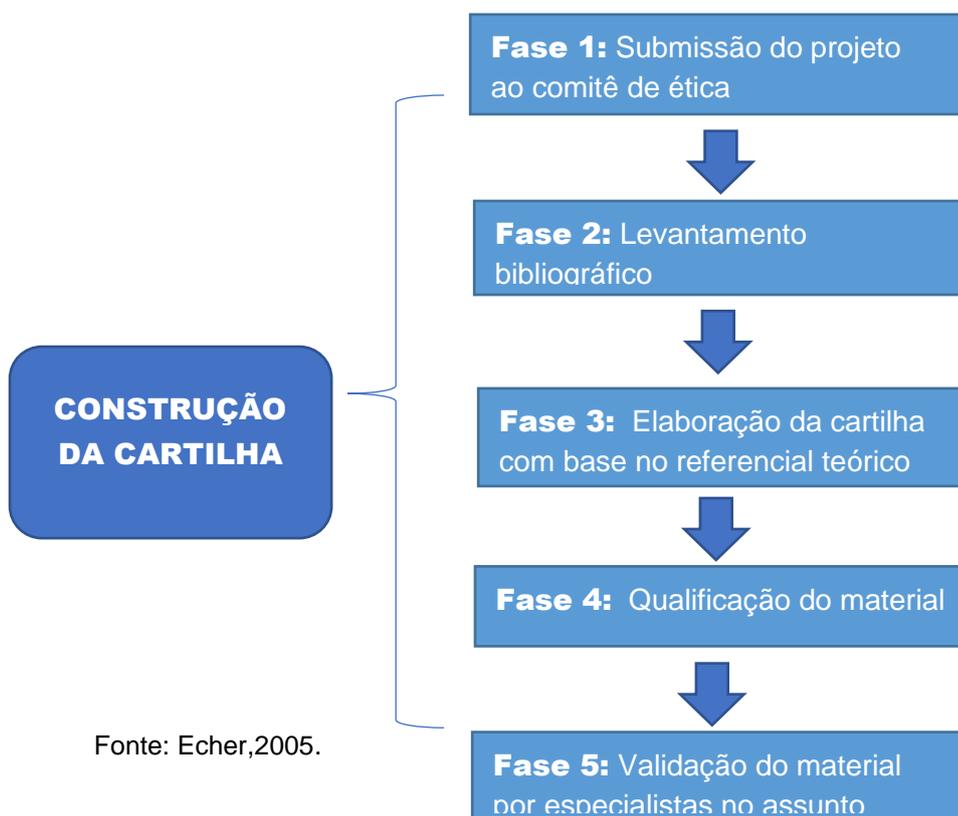
4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho consiste em um estudo metodológico que abrange a investigação dos métodos, envolvendo a produção-construção, a validação e a avaliação destes, com foco no desenvolvimento de novos instrumentos-produtos (POLIT; BECK, 2011). Esses estudos possuem potencial de impacto do ponto de vista técnico-científico, social, de inovação e de difusão, pois o desenvolvimento de tecnologias poderá contribuir para qualificar a assistência em saúde (CARVALHO *et al.*, 2020).

4.2 Etapas do Estudo

Para garantir a qualidade da elaboração do material, foram utilizados os pressupostos de Echer (2005), estabelecendo as etapas do processo de construção e validação de material didático para ACS sobre Desenvolvimento Infantil, conforme Figura 2 abaixo:

Figura 2- Etapas de construção da cartilha



4.2.1 Fases de construção da cartilha

Conforme as etapas de construção da cartilha por Echer, iremos aprofundar a leitura sobre esse processo de construção do material didático, descrito na Figura 3:

Figura 3 – Representação gráfica da construção e validação da cartilha



Fonte: Echer, 2005.

4.2.2 Levantamento bibliográfico

Na primeira fase do estudo, foi realizada uma revisão da literatura, na qual foram analisadas as principais publicações disponíveis sobre o desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, para servir de base para a construção da cartilha.

Os referenciais teóricos definidos como norteadores da cartilha foram as **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor** (BRASIL, 2016b); **Caderneta da criança**

(BRASIL, 2020) e o **Texto de apoio para o Agente Comunitário de Saúde – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI** (BRASIL, 2001). Foi realizada leitura dessas literaturas e extraídos os principais marcos dentro dos domínios do desenvolvimento infantil: auditivo, motor, visual, manual e cognitivo. Nesse momento, foi necessário selecionar as informações importantes que deveriam constar no material, pois ele precisava ser objetivo, de linguagem clara e acessível, com uma sequência lógica de informações sobre os marcos do desenvolvimento infantil nas faixas etárias propostas.

4.2.3 Construção da cartilha

A construção da cartilha surgiu da necessidade de elaborar uma tecnologia educacional que pudesse facilitar o acompanhamento de crianças de 0 a 2 anos pelo ACS e que tivesse um embasamento teórico acessível para realizar educação permanente com esses trabalhadores.

Foi selecionada uma *designer* para a criação artística da cartilha, baseada no levantamento teórico e na seleção das figuras que mais se adequavam às informações encontradas de acordo com os marcos do desenvolvimento. A diagramação foi feita no programa *Affinity Publisher*, as ilustrações, no *Fire Alpaca*, e o título da cartilha foi composto por duas fontes: Pacifico 30 pt e Fredoka One 50 pt, com o subtítulo em Indie Flower 24 pt. O texto geral é DM Sans 12 pt, nos títulos das páginas textuais foi usado o Fredoka One 30 pt e nas descrições das imagens o Indie Flower 16 pt.

A cartilha foi organizada nas seguintes partes: 1. Capa; 2. Ficha técnica; 3. Ao agente comunitário de saúde; 4. Sumário; 5. O que é desenvolvimento infantil? 6. Os marcos do desenvolvimento infantil (0 a 3 meses, 3 a 6 meses, 6 a 9 meses, 9 a 12 meses, 12 a 18 meses, 18 a 24 meses); 7. Referências; e 8. Sobre a Autora, totalizando 17 páginas. Está disponibilizada de forma digital e poderá também ser impressa.

4.2.4 Qualificação da cartilha pelo ACS

Esse processo, segundo Echer (2005), pode ser qualificado por diferentes profissionais, pacientes e familiares. Nesse momento, a cartilha elaborada foi enviada

de forma eletrônica para os aparelhos do tipo *smartphone* utilizados como instrumento de trabalho dos 28 Agentes Comunitários de Saúde de 6 UBS de Horizonte pesquisadas. Foi um momento importante de ambientação dos ACS com a cartilha, para manuseá-la no aparelho de trabalho da visita domiciliar. Foi imprescindível mostrar o material construído, realizando uma leitura conjunta com esses trabalhadores da saúde, tornando esse momento com um processo de educação permanente sobre os marcos do desenvolvimento infantil.

No momento desse processo, foi disponibilizado aos ACS o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), orientando sobre o objetivo do estudo em questão, bem como sobre a não obrigatoriedade da participação. Mediante o aceite de participação do estudo, foi entregue um questionário semiestruturado (Apêndice B) para conhecimento de dados sociodemográficos e de avaliação da cartilha quanto ao Conteúdo e Aparência.

4.2.5 Validação do material por especialista no assunto

A cartilha elaborada foi submetida à avaliação de juízes considerados especialistas na área abordada no estudo. Para realizar a validação de tecnologias educacionais, os principais tipos aplicados são a validação de conteúdo e de aparência. São utilizados instrumentos de medidas para auxílio à validação, constituindo ferramentas que medem indicadores e atribuem valores numéricos a conceitos abstratos, os quais podem ser observáveis e mensuráveis, contribuindo para aprimorar a práxis em saúde (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A ênfase de avaliação por juízes ocorre por temáticas, verificando se cada conteúdo foi adequadamente contemplado e se as imagens utilizadas são representativas. Quanto à estrutura, os juízes são solicitados a avaliar se o instrumento informativo está apropriado à população-alvo, se as informações estão cientificamente claras e possuem sequência lógica e se a linguagem está apropriada ao nível de escolaridade do público-alvo (MUNIZ; FREITAS; GÓIS, 2019).

Segundo Alexandre e Colluci (2011), a literatura é controversa em relação ao número de juízes, podendo variar de cinco a 20 sujeitos, levando em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo. Foram selecionados juízes utilizando a amostragem do tipo bola de neve, ou por conveniência, na qual, ao se

encontrar um sujeito que se adéque aos critérios de elegibilidade para participar do estudo, solicita-se que este sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011).

A etapa inicial de escolha foi a realização de uma busca junto ao sistema da Plataforma do Curriculum Lattes para seleção do participante e, a partir da sua indicação, foi feita nova consulta para verificar a adequação do especialista aos critérios de seleção para o estudo.

Entre os critérios de seleção dos juízes, levou-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo, tais como: mestrado ou doutorado na área da saúde, participação em grupos/projetos de pesquisa na área de interesse do estudo (saúde da criança, desenvolvimento infantil, tecnologia educacional em saúde, validação de instrumento), trabalhos científicos publicados nas áreas de interesse do estudo (saúde da criança, desenvolvimento infantil, tecnologia educacional em saúde, validação de instrumento) e ter experiência na Validação de Instrumento ou Material Educativo em Saúde, de acordo com adaptação de Fehring (1994).

Foram selecionados 16 especialistas seguindo os critérios, convidados a participar do estudo através de Carta Convite (Apêndice C), via correio eletrônico e WhatsApp. Retornaram com afirmativa positiva somente 12 pessoas, que receberam os *links* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e do formulário para Validação de Conteúdo e Aparência da cartilha (Apêndice E) para serem preenchidos na plataforma *on-line Google Forms*, para facilitar o envio e coleta das informações. A cartilha foi anexada aos *e-mails* dos respectivos juízes ou enviada por WhatsApp, a critério de escolha de cada especialista. Tiveram um prazo de 20 dias para a devolutiva.

4.3 Cenário da pesquisa

A pesquisa aconteceu no município de Horizonte-CE, que faz parte da Região Metropolitana de Fortaleza, distante 42 km da capital. Possui uma população estimada de 67.337 habitantes e se apresenta como polo industrial da região metropolitana.

O município oferta como serviços de saúde: 26 equipes de Saúde da Família, sendo 07 rurais e 19 urbanas, 112 Agentes Comunitários de Saúde com cobertura de 81% da Atenção Básica, além de duas equipes do Núcleo Ampliado de

Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) compostas por: nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta.

Possui como equipamentos de saúde: 01 Hospital Maternidade que atende urgências e emergências obstétricas e 01 centro cirúrgico, 01 Ambulatório de Aleitamento Materno/Banco de Leite e a Sala de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (SANTA), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Policlínica que abrange as Especialidades médicas, Reabilitação e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 CAPS Geral e 01 CAPS Álcool e Drogas (AD) e a Academia da Saúde.

4.4 Sujeitos do estudo

O estudo foi realizado com 6 equipes de Saúde da Família. A escolha dessas áreas de saúde foi pela proximidade do centro da cidade, possibilitando acesso rápido, mesmo para a equipe da zona rural, e facilitando o deslocamento para coleta de dados. Os critérios de exclusão da pesquisa foram os ACS que estavam de licença ou férias no período da coleta de dados. Portanto, do total de 30 ACS, 28 participaram do estudo, haja vista que 1 estava de férias e 1, de licença-saúde.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Nessa etapa do estudo, os instrumentos utilizados foram o Apêndice B para os ACS e o Apêndice E para os juízes especialistas, como já descrito anteriormente. A coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e dezembro de 2022.

O estudo utilizou-se de uma adaptação dos Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVACES) proposto por Leite *et al.* (2018) e do Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde (IVATES) de Souza, Moreira e Borges (2020). Ao finalizar a avaliação de cada instrumento, havia um espaço de sugestões para contribuição na melhora da cartilha.

4.6 Análise dos dados

Utilizou-se para essa análise de conteúdo da cartilha, tanto pelo ACS quanto pelos especialistas, a Razão de Validade de Conteúdo (RVC) proposta por Lawshe e que tem sido amplamente utilizada para estabelecer e quantificar a validade de conteúdo em diversos campos, incluindo saúde, educação, desenvolvimento organizacional e pesquisa de mercado (WILSON; PAN; SHUM-SKY, 2012).

Segundo o método, um nível de acordo de 50% na avaliação entre os especialistas dá garantia de validade do conteúdo. O RVC é um cálculo linear proporcional de acordo com o número de especialistas que classificarão determinado item como “essencial”. É calculado da seguinte forma:

$$RVC = \frac{n - \left(\frac{N}{2}\right)}{\frac{N}{2}}$$

Em que o **RVC** é a Razão de Validade de Conteúdo, **n** é o número de especialistas que classificaram o item como “essencial” e **N**, o número total de especialistas que fazem parte do quadro de avaliação (AYRE; SCALLY, 2014). Segundo Trindade *et al.* (2018), o RVC para cada item da escala menor que 0,54 deveria ser revisto e/ou eliminado. No caso do IVACES, a avaliação tem 3 opções: 0 = discordo, 1 = concordo parcialmente, 2 = concordo totalmente; para adaptação do cálculo, foi levado em consideração que o **n** é o número de especialistas que classificam o item avaliado como “concordo totalmente”.

Para a validação da Aparência da cartilha, foi utilizado o Índice de Validade de Aparência (IVA) numa escala de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = discordo parcialmente; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente). O IVA para cada item (IVA-I) é computado pelo número de especialistas que responderam 4 ou 5 dividido pelo total de especialistas. Para o IVA total (IVA-T), é realizada a soma dos IVA-I e dividida pelo total de itens (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020).

O item com IVA maior ou igual a 0,78 é considerado excelente; entre 0,60 e 0,77, indica necessidade de adequação para melhoras na aparência da tecnologia educacional em saúde; item com IVA menor que 0,60 é considerado como ruim e o material deve ser refeito a partir do ponto-chave do item (POLIT; BECK, 2011).

4.7 Aspectos éticos e legais

A pesquisa seguiu os preceitos éticos; a identidade dos participantes foi preservada, com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consiste em um termo de consentimento do participante, de forma escrita, contendo todas as informações de forma clara sobre a pesquisa na qual se propõe a participar (BRASIL, 2012b).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, seguindo as normatizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), respeitando suas diretrizes, com o número de inscrição 5283752 no parecer consubstanciado, e foi liberado pelo colegiado em 10/03/2022 (Anexo A).

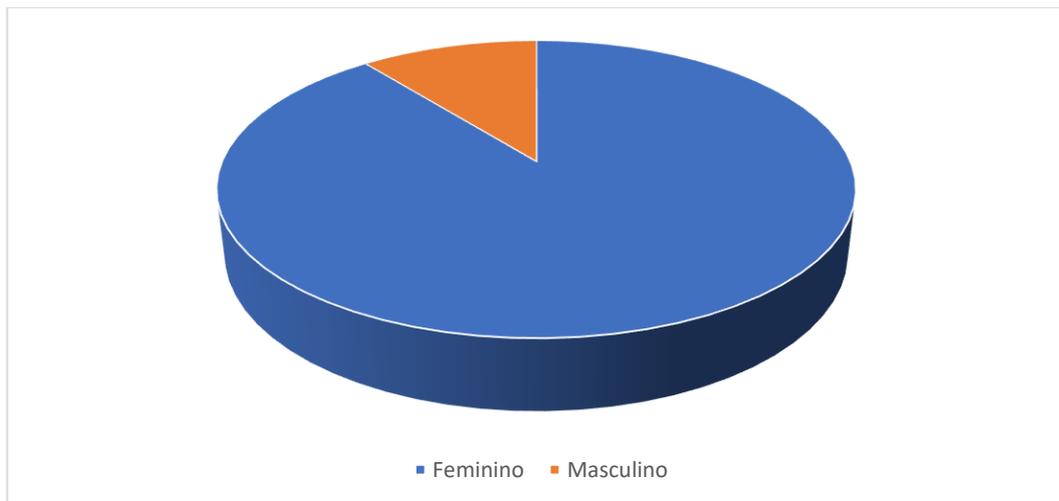
A coleta de dados foi realizada mediante a ciência da Secretária de Saúde, de posse da declaração de anuência (Apêndice F) emitida pela Secretaria de Saúde, referindo que o estudo em questão poderia ser realizado nas dependências das unidades de saúde do município, com o devido sigilo das informações coletadas. Este estudo apresentou risco mínimo, relacionado às dimensões física, psíquico-emocional e moral, e tudo foi planejado para adoção de medidas sanitárias de prevenção à covid-19.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação dos dados dos Agentes Comunitários de Saúde

Primeiramente, foram avaliadas e consolidadas as respostas dos questionários aplicados com os 28 Agentes Comunitários de Saúde, com relação às questões sociodemográficas e do trabalho. Dos 28 ACS que fizeram parte do estudo, vinte e cinco (89,28%) do sexo feminino e três (10,72%) do masculino (Gráfico 1), com idade predominante dentro da faixa etária de 34 a 55 anos de idade. No que diz respeito à idade, percebe-se que o público estudado foi constituído de adultos jovens, trabalhadores que se encontram, em sua maioria, em plena fase produtiva da vida, como identificado nos estudos de Andrade *et al.* (2018).

Gráfico 1 – Gênero. Horizonte-CE, 2022



Fonte: Elaborado pela autora.

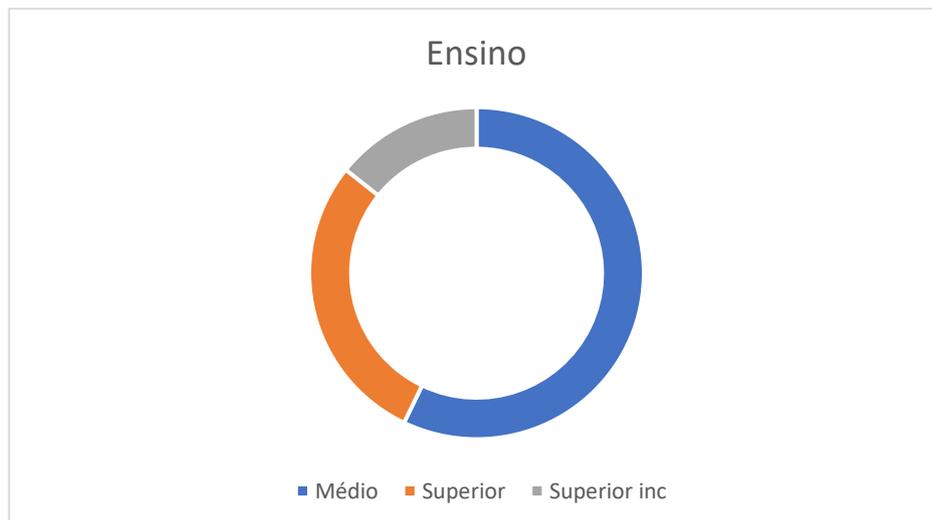
Os resultados das análises mostraram um predomínio do sexo feminino entre os trabalhadores. Isso caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente em outras profissões, como a enfermagem. Sobre esse aspecto, Lunardelo (2004) recorre à gênese da Estratégia Saúde da Família para demonstrar que, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar um impacto na condição social das mulheres por meio do trabalho remunerado.

Segundo Castro *et al.* (2017), outro aspecto a ser visualizado é que o cargo de ACS possibilita a inserção ou reinserção no mercado de trabalho e o incremento da renda familiar sem necessidade de se afastar da comunidade onde mora, o que é um fator importante para a mulher, que, em geral, também é responsável pela realização/gerenciamento das atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos.

Vale ressaltar que, por outro lado, o número inferior de ACS do sexo masculino também reflete uma maior dificuldade desses trabalhadores em realizar sua função, pois há um constrangimento de mulheres em recebê-los quando estão sozinhas e conversar sobre assuntos específicos, o que dificulta o estabelecimento do vínculo necessário para realização de trabalho específico, como evidenciou o estudo de Wai e Carvalho (2009).

No Gráfico 2, observamos o perfil de escolaridade desses trabalhadores, sendo que dezessete ACS possuem o Ensino Médio completo, oito têm Ensino Superior, e três têm Superior incompleto, o que nos faz refletir que o ACS, ao longo dos anos, procurou ganhar mais conhecimentos, não ficando meramente no Ensino Fundamental, como ocorria no início do trabalho do PACS.

Gráfico 2 – Escolaridade do Agente Comunitário de Saúde. Horizonte-CE, 2022



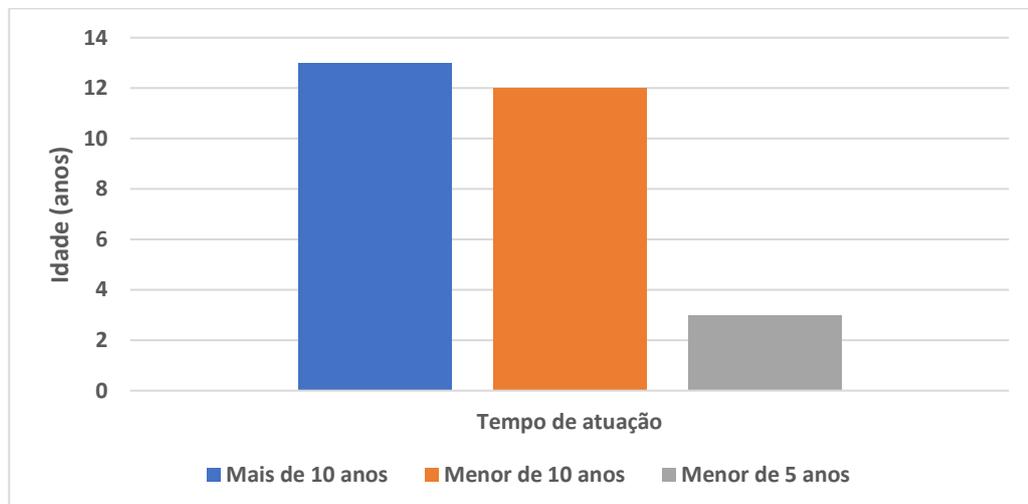
Fonte: Elaborado pela autora.

Melhorar a condição de ensino favorece o entendimento teórico e melhora a sua expressividade dentro das comunidades. Corroborando esse pensamento, Mota e David (2010) referem que o grau de escolaridade está relacionado às condições para o ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. Evidencia-se o fato de cada vez mais o ACS procurar se qualificar

e buscar um curso superior, tendo em vista a complexidade que esses trabalhadores enfrentam em suas visitas domiciliares, que os leva a buscar mais qualificação e conhecimento de seu papel na comunidade cada vez mais eficiente e eficaz (SANTOS *et al.*, 2011).

Com relação ao tempo de serviço como ACS na APS, treze ACS têm mais de 10 anos de experiência, seguido de doze com menos de 10 anos e três trabalhadores com 0 a 5 anos de trabalho. Conforme gráfico 3, o tempo de permanência na função e o vínculo de trabalho encontrados no estudo assemelham-se a um trabalho realizado por Melo, Quintão e Carmo (2015), em que o tempo de trabalho no cargo evidencia a baixa rotatividade dos profissionais, o que pode estar relacionado ao tipo de vínculo empregatício, quase em sua totalidade do quadro permanente municipal. Isso se reflete no município de Horizonte-CE, onde o quadro de ACS tem vínculo por meio do governo do estado do Ceará e do município por meio de concurso público e processo seletivo.

Gráfico 3 – Tempo de serviço do ACS na atenção primária. Horizonte-CE, 2022



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à qualificação da cartilha pelos ACS, vimos que a aceitação por parte do público-alvo foi muito boa. Na avaliação da Aparência da cartilha foi em torno de 1 tanto para o IVAi quanto para o IVAat, pontuação excelente quanto à qualificação do produto, conforme Souza, Moreira e Borges (2020). Com relação às sugestões quanto a Aparência da cartilha, os 28 ACS não referiram nenhum acréscimo na cartilha, mas colocaram a importância de ter o produto final disponível de forma digital e impressa.

Tabela 1 – Avaliação pelo ACS quanto à Aparência da cartilha

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente	IVA
1.As ilustrações estão adequadas	--	--	--	5	23	1
2.As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão	--	--	--	5	23	1
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo	--	--	--	5	23	1
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material	--	--	--	5	23	1
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material	--	--	--	4	24	1
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção	--	--	--	4	24	1
7.A disposição das figuras está em harmonia com o texto	--	--	--	5	23	1
8.As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo	--	--	--	5	23	1
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica	--	--	--	4	24	1
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo	--	--	--	4	24	1
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo	--	--	--	4	24	1
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamento e atitudes do público-alvo	--	--	--	5	23	1
IVA t						1

Fonte: Elaborada pela autora.

A importância de qualificar a cartilha com o público-alvo também recai sobre o campo da educação permanente desse público acerca da temática. Sobre isso, Vallegas *et al.* (2020) referem que a qualificação do ACS é incorporada à estratégia de Educação Permanente em Saúde. Com isso, busca-se relacionar a vida cotidiana dos envolvidos aos processos de trabalho para proporcionar benefícios e melhorias na qualidade dos serviços.

Nesse contexto, as tecnologias educativas, como as cartilhas, apresentam importante papel no ensino, proporcionando mediação entre aprendizagem e conteúdo, em decorrência do fácil acesso a qualquer tempo que for requisitado. Além disso, representam materiais a serem utilizados na prática do processo de educação

permanente, que possibilita construir autonomia e autoconfiança, modificando atitudes e posturas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

5.2 Validação da Aparência e Conteúdo por juízes

5.2.1 Caracterização dos Juízes

De acordo com a Tabela 3, os juízes participantes foram um total de onze (91,67%) profissionais do sexo feminino e um (8,33%) do sexo masculino, sendo nove (75%) da área da Enfermagem, duas (16,67%) da área da Fisioterapia e uma (8,33%) da área do Serviço Social, compreendendo-se na faixa etária entre 36 e 62 anos de idade, com a média de idade em torno de 45 anos. Quanto à titulação, temos cinco (41,7%) com mestrado, cinco (41,7%) com doutorado e dois (16,7%) com pós-doutorado.

Tabela 2 – Perfil dos juízes especialistas participantes. Horizonte, Brasil, 2022

VARIÁVEIS		n	%
Sexo	Masculino	1	8,33
	Feminino	11	91,67
Área de formação	Enfermagem	9	75
	Fisioterapia	2	16,67
	Serviço Social	1	8,33
Maior titulação	Mestrado	5	41,7
	Doutorado	5	41,7
	Pós-Doutorado	2	16,7
Participação em grupos de pesquisa na área de interesse	Saúde da Criança/ Desenvolvimento Infantil	06	50
	Tecnologia Educacional em saúde	04	33,3
	Validação de Instrumento	02	16,7
Trabalhos científicos publicados nas áreas de interesse	Saúde da Criança/ Desenvolvimento infantil	05	41,63
	Tecnologia Educacional em saúde	03	25
	Validação de Instrumento	04	33,3
Experiência na temática de validação de instrumento ou material educativo	Sim	11	91,7
	Não	01	8,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação às participações em grupos de pesquisa na área de interesse, temos seis (50%) na área de Saúde da Criança/Desenvolvimento Infantil, quatro (33,3%) em Tecnologias Educacionais em Saúde e dois (16,7%) na Validação de Instrumento. Quanto às publicações, cinco (41,63%) especialistas possuem trabalhos científicos publicados na área de interesse, três (25%) em Tecnologias Educacionais em Saúde e quatro (33,3%) na Validação de Instrumento. Segundo Gonçalves *et al.* (2019), a formação de um comitê de juízes especialistas de diferentes áreas para reforçar a construção multidisciplinar da cartilha valoriza diferentes opiniões e olhares. A *expertise* multidisciplinar é considerada, em diversos estudos avaliativos, necessária, pois a composição plural justifica a incorporação de olhares disciplinares diversos (BICHIR, 2015).

5.2.2 Avaliação dos juízes

No que se refere à validação da cartilha pelos especialistas, iniciamos a avaliação pelo IVATES aplicado, descrito na Tabela 4. Todos os 18 itens, avaliados pelos 12 especialistas, atenderam ao percentual de validação no RVC individual, atingindo 0,91 no RVC total.

Tabela 3 – Avaliação do Conteúdo da Cartilha pelos especialistas

Itens	Discordo	Concordo totalmente	RVC
OBJETIVOS			
1.Contempla tema proposto	-	12	1
2.Adequado ao processo de Ensino-aprendizagem	-	12	1
3.Esclarece dúvidas sobre o tema Abordado	1	11	0,83
4.Proporciona reflexão sobre o tema abordado	--	12	1
5.Incentiva mudança de comportamento	01	11	0,83
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO			
6.Linguagem adequada ao público-alvo	-	12	1
7.informações apropriadas ao material educativo	-	12	1
8.Linguagem interativa, permitindo envolvimento Ativo no processo educativo	01	11	0,83
9. Informações corretas	01	11	0,83
10. Informações objetivas	-	12	1
11.Informações esclarecedoras	1	11	0,83
12. Informações necessárias	2	10	0,66
13.Sequência lógica das ideias	-	12	1
14. Tema atual	-	12	1
15.Tamanho do texto adequado	-	12	1
RELEVÂNCIA: SIGNIFICÂNCIA, IMPACTO, MOTIVAÇÃO E INTERESSE			
16.Estimula o aprendizado	1	11	0,83

17. Contribui para o conhecimento na área	-	12	1
18. Desperta interesse pelo tema	-	12	1
Total			0,91

Fonte: Elaborada pela autora.

O item 12 (Informações necessárias) apresentou o menor RVC em relação aos demais, com 0,66, onde dois especialistas discordaram nesse item. Porém, como o valor do RVC está dentro do padrão normativo, que é maior que 0,54, o item não precisa ser revisto.

As sugestões que eles destacaram ao final do instrumento quanto ao conteúdo foram analisadas como contribuições de forma a garantir a melhor qualidade do material educativo para o público-alvo. Tais detalhes contribuem para o enriquecimento do produto e para o aprimoramento de sua aplicabilidade, por meio de reformulações de informações, substituição de termos e revisão de ilustrações.

Para a validação de Aparência da cartilha, foi calculado o IVA, índice de concordância entre os juízes da Aparência do material. De acordo com a Tabela 5, o nível de concordância é alto tanto para o IVA individual quanto para o IVA total, que finalizou em 0,94.

Tabela 4 – Avaliação da Aparência da Cartilha pelos especialistas

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo	Concordo totalmente	IVAI
APARÊNCIA						
1.As ilustrações estão adequadas	--	--	01	02	09	0,91
2.As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão	--	--	--	02	10	1
3.As ilustrações são relevantes para Compreensão do conteúdo	--	--	--	02	10	1
4.As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material	--	--	--	02	10	1
5.As formas das ilustrações estão Adequadas para o tipo de material	--	--	01	01	10	0,91
6.As ilustrações retratam o cotidiano Do público-alvo da intervenção	--	--	--	03	09	1
7. A disposição das figuras está em Harmonia com o texto	--	--	02	02	08	0,83
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo	--	--	--	03	09	1
9.As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica	--	--	--	03	09	1
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo	--	--	02	02	08	0,83
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo	--	--	01	02	09	0,91

12.As ilustrações ajudam na mudança de comportamento e atitudes do público-alvo	--	--	01	05	06	0,91
IVAt						0,94

Fonte: Elaborada pela autora.

A partir dos elevados índices de concordância e de um bom IVA total, percebe-se que os especialistas assinalaram, na grande maioria dos itens avaliativos do instrumento, as opções “concordo” e “concordo totalmente”. Alguns especialistas, porém, mesmo avaliando bem os itens, fizeram considerações para melhoria da cartilha em relação à Aparência, como aconteceu quando avaliado o Conteúdo.

Podemos analisar, a partir dos resultados, que a cartilha foi avaliada pelos juízes especialistas e pelos ACS de forma muito positiva. Notam-se índices de RVC individuais excelentes para cada item quanto ao Conteúdo analisado, bem como o IVA individual e total acima do esperado para análise da Aparência da cartilha. Quando comparamos com outras validações de tecnologias educativas, citando os estudos de Cordeiro *et al.* (2017), Sabino *et al.* (2018), Santos Júnior, Silva Júnior e Costa (2021), vimos que a cartilha “Desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos: uma cartilha para o agente comunitário de saúde” apresenta excelentes índices de concordância para sua validação.

As informações colhidas e analisadas proporcionam entendimento sobre as opiniões dos juízes e os desdobramentos resultantes dos objetivos do estudo. Conforme Medeiros *et al.* (2015), a validação de materiais educativos é um aspecto fundamental para torná-los completos, com maior rigor científico, e garantir a sua legitimidade e credibilidade. Ressalta-se que o processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, pois se faz necessário que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer sugestões para o seu aperfeiçoamento (TEIXEIRA, 2014).

Apesar da ótima avaliação por parte dos juízes especialistas, alguns sugeriram mudanças relevantes para o aperfeiçoamento da cartilha educativa. Outros estudos que validaram tecnologias educativas utilizando os índices de concordância para validação de Conteúdo e Aparência passaram por ajustes até a versão final, enfatizando, dessa forma, a importância da realização dessa etapa para o desenvolvimento de um material qualificado (TELES *et al.*, 2014). Essas sugestões foram analisadas e, quando pertinentes, foram modificadas.

Segue, no Quadro 9, as sugestões dos especialistas após validação da cartilha.

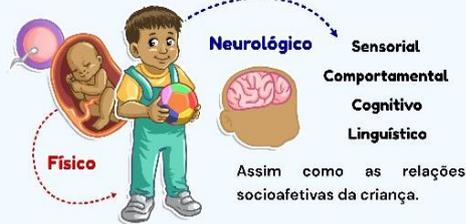
Quadro 9 – Sugestões dos especialistas após avaliação dos instrumentos de validação da cartilha. Horizonte-CE, 2022

(continua)

ESP	<u>SUGESTÕES/MODIFICAÇÕES</u>	
E3	<p><i>Ao Agente Comunitário</i></p>  <p>Desde o início do Programa do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a saúde da criança tem sido um dos objetivos principais do trabalho na comunidade.</p> <p>Nas visitas domiciliares você vai levando informações valiosas sobre vacinas, aleitamento materno, alimentação, noções de higiene e estimulando a família na realização da Puericultura de suas crianças.</p> <p>O acompanhamento do desenvolvimento infantil também deve fazer parte da sua rotina e ser abordado durante as suas visitas domiciliares. Por isso, essa cartilha foi idealizada para servir de base teórica para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos durante suas visitas, enriquecendo seu instrumento de trabalho.</p> <p>Assim, você poderá observar se a criança não alcançou determinado marco do desenvolvimento dentro da faixa etária esperada, orientar à família sobre desenvolvimento infantil e, se necessário, encaminhar para a(o) enfermeira(o)/médica(o) da sua equipe para avaliação dessa criança.</p> <p><i>Da autora</i></p>   <p>Referencial teórico</p>	<p><i>Ao Agente Comunitário</i></p>  <p>Desde o início do Programa do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a saúde da criança tem sido um dos objetivos principais do trabalho na comunidade.</p> <p>Nas visitas domiciliares você vai levando informações valiosas sobre vacinas, aleitamento materno, alimentação, noções de higiene e estimulando a família na realização da Puericultura de suas crianças.</p> <p>O acompanhamento do desenvolvimento infantil também deve fazer parte da sua rotina e ser abordado durante as suas visitas domiciliares. Por isso, essa cartilha foi idealizada para servir de base teórica para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos durante suas visitas, enriquecendo seu instrumento de trabalho.</p> <p>Assim, você poderá observar se a criança alcançou determinado marco do desenvolvimento dentro da faixa etária esperada, orientar à família sobre desenvolvimento infantil e, quando não observado, encaminhar para a(o) enfermeira(o)/médica(o) da sua equipe para avaliação dessa criança.</p> <p><i>Enfermeira Gisele Ribeiro</i></p> 
	ANTES	DEPOIS
	<ul style="list-style-type: none"> • Pág 3: (...) se a criança NÃO alcançou...evitar uso de palavras negativas. Retirar a figura do referencial teórico e da autora, colocando seu nome. 	

O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?

É um processo amplo e integral, que se inicia com a concepção do feto e que engloba os desenvolvimentos:



Os marcos do desenvolvimento infantil são comportamentos e atitudes que crianças de cada idade devem manifestar.

Funcionam como referências para identificar seu avanço e crescimento!



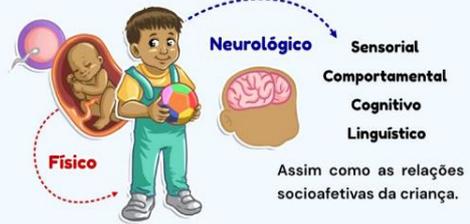
Para a cartilha, foram selecionados alguns marcos dentro da faixa etária de 0 a 2 anos e que contemplam os marcos de desenvolvimento: auditivo, motor, visual, manual e cognitivo, para serem observados durante a visita domiciliar.

5

ANTES

O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?

É um processo amplo e integral, que se inicia com a concepção do feto e que engloba os desenvolvimentos:



Os marcos do desenvolvimento infantil são comportamentos e atitudes que crianças de cada idade devem manifestar.

Funcionam como referências para identificar seu avanço e crescimento!



Para a cartilha, foram selecionados alguns dos marcos dentro da faixa etária de 0 a 2 anos e que contemplam os domínios do desenvolvimento infantil: auditivo, motor, visual, manual e cognitivo, para serem observados durante a visita domiciliar.

5

DEPOIS

- Pág 5: No último parágrafo, alterar [...] contemplam os **MARCOS DE DESENVOLVIMENTO** para **DOMÍNIOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**.

0 a 3 meses

Observe se a criança:

Reage ao som produzido no meio em que está inserida.



Movimenta os membros superiores e inferiores e localiza as mãos.

Emite sons e realiza sorriso quando estimulada.



7

ANTES

0 a 3 meses

Observe se a criança:

Reage ao som produzido no ambiente em que está inserida.



Movimenta os membros superiores e inferiores e localiza as mãos.

Emite sons e sorri quando estimulada.



observa um rosto.



7

DEPOIS

E5

- Pág 07: substituir a palavra **MEIO** por **AMBIENTE** e **MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES** por **BRAÇOS E PERNAS**. Acrescentar alguns marcos importantes na avaliação do desenvolvimento como observa um rosto.

9 a 12 meses

Observe se a criança:

- Responde ao próprio nome
- Anda com apoio
- Reconhece comandos verbais
- Faz movimento de pinça com o indicador e polegar
- Bate palmas e imita gestos

10

ANTES

9 a 12 meses

Observe se a criança:

- Responde ao próprio nome
- Anda com apoio
- Atende aos comandos verbais
- Bate palmas e imita gestos
- Faz movimento de pinça com o indicador e polegar

10

DEPOIS

- Pág.10: Substituir a palavra **COMANDO VERBAL** por **ATENDE AO COMANDO**. As ilustrações 2 e 3 estão muito próximas e a demonstração da pinça ficou solta na página. (tirar a figura da mão segurando o lápis que está entre a segunda e a terceira figura).

18 a 24 meses

Observe se a criança:

Combina duas palavras,
mais comunicativa



Fica sentada
sozinha



Chuta bola



Salta sobre
os dois pés



Sobe e desce
escada com apoio



13

ANTES

18 a 24 meses

Observe se a criança:

Combina duas palavras, está
mais comunicativa nessa fase



Salta sobre
os dois pés



Chuta bola



Fica sentada
sozinha



Sobe e desce
escada com apoio



13

DEPOIS

- Pág.13: a palavra **MAIS COMUNICATIVA** ficou solta, poderia colocar a frase: **ESTÁ MAIS COMUNICATIVA NESTA FASE.**

ESP

SUGESTÕES/MODIFICAÇÕES

3 a 6 meses

Observe se a criança:



Localiza o som no ambiente

Segura um objeto com as mãos.



Rola na superfície (Muda de posição)

8

ANTES

3 a 6 meses

Observe se a criança:



Localiza o som no ambiente

Segura um objeto com as mãos.



Rola na superfície (Muda de posição)

Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços na posição de bruços



8

DEPOIS

E12

- Pág 8- Acrescentar alguns marcos importantes na avaliação do desenvolvimento como APOIA-SE NOS ANTEBRAÇOS QUANDO COLOCADA DE BRUÇOS.

12 a 18 meses

Observe se a criança:



Nomeia as partes do corpo

PÉ!



Segura o copo e usa colher



Entende o "não"

NÃO!

NÃO!

12

12 a 18 meses

Observe se a criança:



Nomeia as partes do corpo

PÉ!



Segura o copo e usa colher para comer



Entende o "não"

NÃO!

12

- Pág 12 – Texto do segundo balão mudar para (USA A COLHER PARA COMER).

Sendo assim, determinados elementos (frases, termos e figuras) da cartilha foram substituídos e/ou adicionados, conforme sugestões dos especialistas, já que o público-alvo não opinou sobre alterações. Três juízes fizeram questionamentos com relação à ausência de tópicos sobre estimulação da criança caso não estivesse com o desenvolvimento adequado para a idade, mas não foram considerados, em virtude de não ser o propósito do estudo. Entendemos que a função do ACS é identificar, durante a visita domiciliar, se há algum atraso no desenvolvimento infantil e reportar para sua equipe, sempre estimulando os pais a levarem suas crianças para a consulta de puericultura.

É importante ressaltar que a cartilha foi construída não para substituir o uso da Caderneta de Saúde da Criança, que teve sua última versão em 2021, onde constam de forma detalhada os marcos do DI e tópicos para a estimulação em cada faixa etária, mas de forma a facilitar a acessibilidade do ACS aos marcos principais, ilustrados na cartilha com figuras que os representassem claramente e de maneira objetiva. As ilustrações foram pensadas e elaboradas buscando apresentar a diversidade da população brasileira, a fim de que as famílias também se sentissem representadas. A versão final da cartilha, após todas as modificações, está no Apêndice G.

5.3 Limitações do estudo

Alguns fatores contribuíram para a limitação do estudo. O primeiro foi a dificuldade em encontrar, na literatura, trabalhos acadêmicos que contemplassem a junção das palavras-chave Agente Comunitário de Saúde, Desenvolvimento Infantil, Tecnologia educacional e Saúde da Criança. Existem artigos mais antigos acerca da saúde da criança e do ACS, mas, ao buscar o cruzamento com o desenvolvimento infantil, aparecem poucos trabalhos de relevância, que tiveram grande impacto para o trabalho do público-alvo. Por isso, vejo a repercussão deste estudo no processo de trabalho dos ACS, pois apresenta uma cartilha validada, pronta para ser utilizada em suas visitas e com o objetivo de aprimorar o acompanhamento realizado nessa faixa etária de 0 a 2 anos.

Outro fator foi o acesso e convite aos juízes especialistas que trabalhassem com a temática de saúde da criança/tecnologia educacional/desenvolvimento infantil, através do contato feito pela Plataforma Lattes. Igual demora foi o retorno das

avaliações dos instrumentos de validações, que levou mais tempo do que o proposto pelo estudo.

5.4 Recomendações do estudo

Face à importância da cartilha para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos pelo ACS, recomendamos que a Secretaria de Saúde do município de Horizonte possibilite a realização de um encontro de sensibilização das equipes de saúde da família com seus respectivos ACS, para que possam conhecer a cartilha e oportunizar a educação permanente sobre a temática, para implantação desse instrumento com o devido preparo teórico em sua rotina diária.

Sugerimos ainda sua implantação no município, oportunizando assim melhoria no acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde, assim como da equipe após esclarecimentos, apresentando a realidade do município em relação à temática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tecnologias educacionais são instrumentos importantes para a realização de um trabalho educativo e do desempenho no processo de cuidar, podendo ser utilizada para a nossa clientela e na educação permanente em saúde, reforçando a qualificação profissional.

Vale ressaltar a importância da multidisciplinaridade dos juízes especialistas para a validação, mostrando vários olhares de categorias distintas. É por isso que, apesar de haver concordância vista pelos bons índices de avaliação do produto, as valorosas sugestões foram consideradas para que a cartilha pudesse realmente ser acessível.

Foi imprescindível que o público-alvo participasse da etapa de qualificação, por entender que o olhar de quem está no território deve validar a aplicabilidade da cartilha, se realmente seu conteúdo é claro para o entendimento, didático e com ilustrações que representem os marcos do desenvolvimento infantil. Nesse momento, a prática da educação permanente se fez presente, fazendo parte da proposta do nosso estudo realizar um trabalho educativo sobre a temática da cartilha com os ACS do município.

Portanto, a cartilha digital foi pensada e formatada para ser um auxílio no processo de trabalho, entendendo que a Caderneta de Saúde da Criança também faz parte desse processo, mas que nem todas as famílias a possuem, visto que, na prática, muitas mães recebem somente o cartão de vacina, que contempla o gráfico do peso e calendário vacinal sem os marcos do desenvolvimento infantil. Contudo, as diferentes dimensões de atuação dos ACS na atenção primária à saúde exigem instrumentalização adequada para qualificar o profissional e, assim, fortalecer o elo com a sua comunidade.

É preciso investir na educação permanente de qualidade junto as equipes e oferecer instrumentos educacionais com qualificação e validados para melhor aperfeiçoamento do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A. C. E. *et al.* Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324030684020>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- ALBUQUERQUE, Andressa Ferreira Leite Ladislau *et al.* Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 1164-1171, 2016.
- ALEXANDRE, D. de S. *et al.* Validação de cartilha sobre marcos do desenvolvimento da linguagem na infância. **Revista CEFAC**, v. 22, 2020.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, A. C. de *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, p. 122-131, 2016.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180-2180, 2019.
- ANDRADE, C. C. B. *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1648-1656, 2018.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, p. 1000-1007, 2014.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 349-360, 2011.
- AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. **Measurement and evaluation in counseling and development**, v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014.
- BICHIR, R. Olhares cruzados nas análises de políticas públicas. **Rev bras Ci Soc**, v. 30, n. 89, p. 175-181, out. 2015.
- BITTENCOURT, Priscilla Aparecida Santana; ALBINO, João Pedro. O uso das tecnologias digitais na educação do século XXI. **Revista Ibero-Americana de estudos em educação**, p. 205-214, 2017.
- BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica à Saúde da Criança. Texto de apoio para o agente comunitário de saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância -AIDPI**/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 170

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº466.** Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança Menina. **Passaporte da Cidadania.** 3ªed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual de Uso do Aplicativo e-SUS Território – Versão 3.1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do Adolescente**. Brasília.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundamentos do Trabalho do Agente de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.0**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Lei nº 14.536 de 20 de janeiro de 2023. Dispõe a regulamentação como profissional de saúde os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de endemias. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=601&pagina=1&data=20/01/2023&totalArquivos=1>.

BRÍGIDO, A. F.; SANTOS, E. O. dos; PRADO, E. V. do. Qualificação do cuidado a puericultura: uma intervenção em serviço na estratégia de saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, p. 448-458, 2019.

CARVALHO, A. T. de; OLIVEIRA, M. G. de. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre (RS): Moriá; 2014. **Rev. RENE**, p. 185-186, 2014.

CARVALHO, E. B, de; SARINHO, S. W. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4804-4812, 2016.

CARVALHO, R. C. *et al.* **A pesquisa no mestrado profissional em Enfermagem nos diferentes cenários de saúde**. Salvador: Edufba, 2020. 263p.

CASTRO, T. A. de *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 294-301, 2017.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos** / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2017(Série Linhas-guias de Cuidados. Normas e Manuais Técnicos, 1. – Linha guia de Cuidado: Gestante e Criança menor de 2 anos.

CEARÁ. Governo do Estado. **Programa mais Infância Ceará**. 2019. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2019/10/05/programa-mais-infancia-ceara-e-reconhecido-como-melhor-acao-em-desenvolvimento-infantil-do-pais/>. Acesso em: 28 jun. 2021.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015.

DENBOBA, A. D. *et al.* **Intensificando o desenvolvimento da primeira infância**: investindo na primeira infância com grandes retornos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/paginas/intensificando-o-desenvolvimento-da-primeira-infancia.aspx>. Acesso em: 29 jun. 2022.

DOAK, Cecilia Conrath; DOAK, Leonard G.; ROOT, Jane H. Teaching patients with low literacy skills. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 96, n. 12, p. 16M, 1996.

DORNELAS, L. de F.; DUARTE, N. M. de C.; MAGALHÃES, L. de C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 88-103, 2015.

DURÃO, A. V. R.; CHINELLI, F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MARQUES, M. C. Qualificação e gênero no trabalho das agentes comunitárias de saúde. **EPSJV**, 2013.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott - **North American Nursing Diagnosis Association**, 1994. p. 55-62.

FERREIRA, D. S. *et al.* Validação de conteúdo de uma tecnologia educacional sobre saúde do homem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

FIGUEIRAS, A. C. *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002.

GAÍVA, M. A. M, *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 1, p. 9-21, 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GONÇALVES, M. de S. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para promoção da alimentação saudável entre pacientes diabéticos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M.; ALMEIDA, C. P. B. de. Factors associated with speech, hearing and language disorders among children in a primary care outpatient center. **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 3, p. 281-287, 2017.

LEAL, M. do C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, v. 15, p. 91-104, 2015.

LEÃO, E. *et al.* **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

LEITE, S. de S. *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1635-1641, 2018.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para sala de apoio à amamentação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2020.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 181-189, 2017.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 156f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/publico/dissertacao.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MARTINS, K. S. **Da alienação à crítica**: desafio presente à ação do agente comunitário de saúde no âmbito do SUS. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Marilene Barros de; QUINTÃO, Ana Flávia; CARMO, Rose Ferraz. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 86-99, 2015

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 261-274, 2018.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 229-248, 2010.

MUNIZ, J. S.; FREITAS, K. S.; GÓIS, J. A. *et al.* Validação de cartilha para promoção do conforto de familiares com parentes hospitalizados. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, p. 19, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/41399/99443/>. Acesso em: 14 jul. 2021.

NIETSCHE, E. A; TEIXEIRA, E, MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidatico-educacionais: uma possibilidade para empoderamento do/a enfermeiro/a?** Porto Alegre:Moriá,2014.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

OLIVEIRA, S. C. de; LOPES, M. V. de O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 611-620, 2014.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 459-491.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

RAMALHO, E. L. R. *et al.* Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019.

RODRIGUES, D. de A. *et al.* Avaliação da adesão às consultas de crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. Enferm. UFPE**, p. 1023-1029, 2019.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de et al. Elaboração e validação de cartilha para prevenção da diarreia infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 233-239, 2018.

SALLES, I. C.; TORIYAMA, A. T. M. A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança por Alunos de Enfermagem. **Revista de Graduação USP**, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2017.

SANTOS JÚNIOR, C. J. dos; SILVA JÚNIOR, S. N. da; COSTA, P. J. M. de S. Construção e validação de tecnologia educativa no formato de história em quadrinhos na área de imunizações: instrumento de autocuidado e de estímulo à vacinação infantil. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 27, 2021.

SANTOS, K. T. dos *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 1023-1028, 2011.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R. X. de. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 591-598, 2010.

SANTOS, W. J. *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. **Health Biol Sci**, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3082>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SEVERIANO, A. A. de O. *et al.* Associação entre amamentação, fatores obstétricos e o desenvolvimento infantil de crianças do interior do nordeste brasileiro. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, p. 158-165, 2017.

SILVA, H. L.; BEZERRA, F. H. G.; BRASILEIRO, I. de C. Avaliação de materiais educativos direcionados para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

SILVA, T. C. T. da; CURSINO, E. G.; SILVA, L. F. da. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3445-3455, 2018.

SOUZA, A. C. C. de; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SOUZA, Gláucio Jorge; GOMES, Cilene; ZANETTI, Valéria Regina. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, v. 56, p. 141-63, 2020.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P.; NASCIMENTO, M. H. **Referências metodológicas para validação de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 213p.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 9, p. 1-3, 2019.

TELES, L. M. R. *et al.* Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 977-984, 2014.

TIBÚRCIO, M. P. *et al.* Validação de conteúdo de instrumento para avaliar o conhecimento acerca da medida da pressão arterial. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2475-2485, 2015.

TRINDADE, Carolina Sturm et al. Processo de construção e busca de evidências de validade de conteúdo da equalis-OAS. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 271-277, 2018.

VALLEGAS, Alessandra Branco et al. A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e129942962-e129942962, 2020.

VENANCIO, Sonia Isoyama. GRANGEIRO, Gilvani Pereira. A Caderneta da Criança como instrumento para vigilância do desenvolvimento infantil. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Caderneta da Criança: instrumento intersetorial para promoção da atenção integral à saúde da criança. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

VIEIRA, C. L. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde no cuidado com a saúde da criança: implicações para a educação permanente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, p. 563-568, 2009.

WILSON, F. R.; PAN, W.; SCHUMSKY, D. A. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, London, v. 45, n. 3, p. 197-210, 2012.

ZEPONNE, S. C.; VOLPON, L. C.; CIAMPO, L. A. D. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo intitulado “**Construção e validação de uma cartilha para acompanhamento do Desenvolvimento Infantil em crianças de 0 a 2 anos pelo Agente Comunitário de Saúde**”, coordenado pelo Prof(a) Dra Kilma Wanderley Lopes Gomes e coorientado pela Prof (a) Dra Ana Célia Caetano de Souza. O objetivo do estudo visa desenvolver uma cartilha sobre desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, que auxilie o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar no município de Horizonte-Ce. O motivo que nos leva a realizar esse trabalho é o benefício esperado com a elaboração de uma cartilha acerca do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, que possa ser utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde em sua visita domiciliar, como incremento para a qualificação do seu trabalho.

Sua participação consistirá: em responder um questionário com perguntas abertas e fechadas, com no máximo 20 min de duração, na Unidade de Saúde onde você trabalha, em dia e horário previamente agendados, respeitando-se todas as medidas sanitárias/protocolos de prevenção da COVID-19. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer.

A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos à sua pessoa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha.

Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física-fadiga em relação a responder o instrumento de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; porém tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimento e/ou conversar abertamente com a pesquisadora, deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Você não receberá remuneração por sua participação, mas terá direito ao ressarcimento das eventuais despesas comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa. Os resultados do estudo estarão à sua disposição quando finalizada e serão utilizados apenas para apresentação em eventos como congressos, elaboração de artigos, dentre outros, porém seu nome ou material que indique sua participação serão preservados. Os dados e instrumento utilizado na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra, e-mail: giselegrangeiro2@hotmail.com, telefone: (85)999531904. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br.

Consentimento pós-informado,

Eu, _____,
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar voluntariamente da
pesquisa.

Horizonte, ____/____/2022

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B– QUESTIONÁRIO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**1. IDENTIFICAÇÃO**

IDADE: _____

SEXO: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

- Ensino fundamental completo ()
- Ensino fundamental incompleto ()
- Ensino médio completo ()
- Ensino médio incompleto ()
- Superior completo ()
- Superior incompleto ()
- Especialização ()
- Outros: _____

2. PROCESSO DE TRABALHO**Qual Equipe de Saúde da Família você pertence?**

Quanto tempo está inserido nela?

- 0 a 5 anos ()
- 5 a 10 anos ()
- Mais de 10 anos ()

Quanto tempo você vem exercendo o cargo de Agente Comunitário de Saúde?

- 0 a 5 anos ()
- 5 a 10 anos ()
- Mais de 10 anos ()

3. QUALIFICAÇÃO DA CARTILHA

Leia minuciosamente o material educativo. Em seguida, preencha o instrumento, marcando um X no item que corresponde à sua resposta. Não existem respostas corretas, o resultado deste reflete sua opinião. Por favor, responda todos os itens. Para cada item a ser analisado, existem cinco respostas: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- discordo parcialmente; 4- concordo; 5- concordo totalmente.

Qualificação da Cartilha quanto à Aparência.

Itens	1	2	3	4	5
1. As ilustrações estão adequadas					
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão					
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo					
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material					
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material					
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção					
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto					
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo					
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica					
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo					
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo					
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamento e atitudes do público-alvo.					

Valor dos itens: 1 discordo totalmente; 2 discordo; 3 discordo parcialmente; 4 concordo; 5 concordo totalmente. Fonte: Souza; Moreira; Borges (2020).

Sugestões quanto a Aparência da Cartilha:

APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado Sr. (a).

Eu, Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado intitulada **“Construção e validação de uma cartilha para acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos pelo Agente Comunitário de Saúde”** sob a orientação da Prof.^a Dr^a Kilma Wanderley Lopes Gomes e coorientação da Prof^a. Dr^a Ana Célia Caetano de Souza. O objetivo geral desta pesquisa é desenvolver uma cartilha sobre desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, que auxilie o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar. Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em Educação em Saúde, Tecnologias Educativas em Saúde, Validação de Instrumentos e/ou Saúde da Criança/Desenvolvimento Infantil. Sua colaboração envolverá a avaliação do instrumento pela aparência e conteúdo. Poderá contribuir também com observações e sugestões de modificação. Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail, expressando o veículo de comunicação de sua preferência. Caso manifeste sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do questionário e a cartilha em PDF.

Atenciosamente,

Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra
Telefone: (85)999531904
e-mail:giselegrangeiro2@hotmail.com

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES

Prezado Sr. (a),

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo intitulado “**Construção e validação de uma cartilha para acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento infantil em crianças de 0 a 2 anos**”, coordenado pelo Prof(a) Dra Kilma Wanderley Lopes Gomes e coorientado pela Prof (a) Dra Ana Célia Caetano de Souza. O objetivo do estudo visa desenvolver uma cartilha sobre desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, que auxilie o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar no município de Horizonte-Ce. O motivo que nos leva a realizar esse trabalho é o benefício esperado com a elaboração de uma cartilha acerca do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, que possa ser utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde em sua visita domiciliar, como incremento para a qualificação do seu trabalho.

Caso autorize, você irá: 1) fazer uma leitura crítica do material educativo; 2) preencher o instrumento de avaliação o qual é disposto nos itens com relação a seu conteúdo e aparência. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer.

A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos à sua pessoa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha.

Você não receberá remuneração pela participação. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimento e/ou conversar abertamente com a pesquisadora, ou ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

A sua participação pode contribuir para melhorar o acompanhamento do agente comunitário de saúde no desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 2 anos. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra, e-mail: giselegrangeiro2@hotmail.com, telefone: (85)999531904. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br.

Consentimento pós-informado,

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa.

Horizonte, ___/___/2022

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E – INSTRUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO DA APARÊNCIA DA CARTILHA SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0 A 2 ANOS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Instrumento formulado para validação da cartilha “Desenvolvimento Infantil de 0 a 2 anos: uma cartilha para o agente comunitário de saúde”, produto do estudo de dissertação para o Mestrado em Saúde da Família da rede RENASF/UECE.

PARTE 1- IDENTIFICAÇÃO

1. Nome
2. Gênero: () Masculino () Feminino () prefiro não dizer
3. Idade (em anos completos, exemplo: 43) :
4. Cidade e Estado:
5. Área de Formação
6. Maior Titulação: () Mestrado na área da saúde () Doutorado na área da área da saúde () pós-Doutorado na área da saúde
7. Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de interesse do estudo.
 - () Saúde da Criança
 - () Desenvolvimento Infantil
 - () Tecnologia Educativa em saúde
 - () Validação de instrumento
8. Trabalhos científicos publicados nas áreas de interesse do estudo
 - () Saúde da Criança
 - () Desenvolvimento Infantil
 - () Tecnologia Educativa em saúde
 - () Validação de instrumento
9. Experiência na temática de Validação de Instrumento ou material educativo em saúde
 - () Sim () Não

PARTE 2 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES)

Leia atentamente o material educativo. em seguida, preencha o instrumento, marcando o item que corresponde à sua resposta. Por favor, responda a todos os itens. Para cada item a ser analisado, existem cinco respostas: 1- discordo; 2- concordo parcialmente; 3- concordo totalmente. As áreas de análise de conteúdo compreendem: Objetivos - propósitos, metas ou finalidades; Estrutura/Apresentação- organização, estrutura , estratégia, coerência e suficiência e Relevância - significância, motivação e interesse. Esse instrumento teve como fonte Leite *et al* (2018).

OBJETIVOS: PROPÓSITOS, METAS OU FINALIDADES

1. Contempla tema proposto
 - () discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente

2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
4. Proporciona reflexão sobre o tema
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
5. Incentiva mudança de comportamento
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente

ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA, ESTRATÉGIA, COERÊNCIA E SUFICIÊNCIA

6. Linguagem adequada ao público-alvo
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
7. Linguagem apropriada ao material educativo
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
9. Informações corretas
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
10. Informações objetivas
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
11. Informações esclarecedoras
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
12. Informações necessárias
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
13. Sequência lógica das ideias
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
14. Tema atual
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente
15. Tamanho do texto adequado
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente

RELEVÂNCIA: SIGNIFICÂNCIA, IMPACTO, MOTIVAÇÃO E INTERESSE.

16. Estimula o aprendizado
() discordo () concordo parcialmente () concordo totalmente

17. Contribui para o conhecimento na área
 discordo concordo parcialmente concordo totalmente
18. Desperta interesse pelo tema
 discordo concordo parcialmente concordo totalmente
19. Sugestões para o aperfeiçoamento da cartilha quanto ao Conteúdo.
-
-

PARTE 3 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

Leia atentamente o material educativo, em seguida preencha o instrumento, marcando o item que corresponde à sua resposta. Por favor, responda a todos os itens. Para cada item a ser analisado, existem cinco respostas: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- discordo parcialmente; 4- concordo; 5- concordo totalmente. Esse instrumento teve como fonte Souza; Moreira; Borges (2018).

1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica

discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente

10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente

11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente

12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamento e atitudes do público-alvo.
 discordo totalmente discordo discordo parcialmente concordo concordo totalmente

13. Sugestões para o aperfeiçoamento da cartilha quanto a Aparência:

APÊNDICE F – CARTA DE ANUÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “Construção e validação de tecnologia educacional como subsídio a ação do agente comunitário de saúde no acompanhamento do desenvolvimento infantil em crianças de 0 a 5 anos” sob a responsabilidade da pesquisadora Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra aluna regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF –UECE, sob orientação da professora Dra. Kilma Wanderlei Lopes Gomes e coorientadora professora Dra. Ana Célia Caetano de Souza, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências das Unidades Básicas de Saúde do município de Horizonte-CE, durante o período de Janeiro de 2022 a Abril de 2022, não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

A pesquisadora anteriormente qualificada se compromete a obedecer às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir não utilizar as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Horizonte, 13 de setembro de 2021.


 Lúcia Amaro de Araújo Gondim Feitosa
 Secretária Municipal de Saúde

Av. Presidente Castelo Branco, nº 3600, Centro, CEP - 62880-333, CNPJ: 23.555.196/0001-86 ☎ 3336.6050

 Prefeitura de Horizonte  prefeitura.horizonte  www.horizonte.ce.gov.br

APÊNDICE G – VERSÃO FINAL DA CARTILHA





Universidade Estadual do Ceará

Reitor: Hildebrando dos Santos Soares

Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família do Nordeste

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Coordenação do curso: Ana Patrícia Pereira
Morais

Orientadora: Prof. Dra. Kilma Wanderley Lopes
Gomes

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Célia Caetano
de Souza

Ficha técnica

Autora: Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra

✉ giselegrangeiro2@hotmail.com

☎ (85) 999531904

Diagramação/Ilustração:

Joanna de Freitas Rocha

Ao Agente Comunitário

Desde o início do Programa do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a saúde da criança tem sido um dos objetivos principais do trabalho na comunidade.



Nas visitas domiciliares você vai levando informações valiosas sobre vacinas, aleitamento materno, alimentação, noções de higiene e estimulando a família na realização da Puericultura de suas crianças.

O acompanhamento do desenvolvimento infantil também deve fazer parte da sua rotina e ser abordado durante as suas visitas domiciliares. Por isso, essa cartilha foi idealizada para servir de base teórica para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos durante suas visitas, enriquecendo seu instrumento de trabalho.

Assim, você poderá observar se a criança alcançou determinado marco do desenvolvimento dentro da faixa etária esperada, orientar à família sobre desenvolvimento infantil e, quando não observado, encaminhar para a(o) enfermeira(o)/ médica(o) da sua equipe para avaliação dessa criança.



Enfermeira Gisele Ribeiro

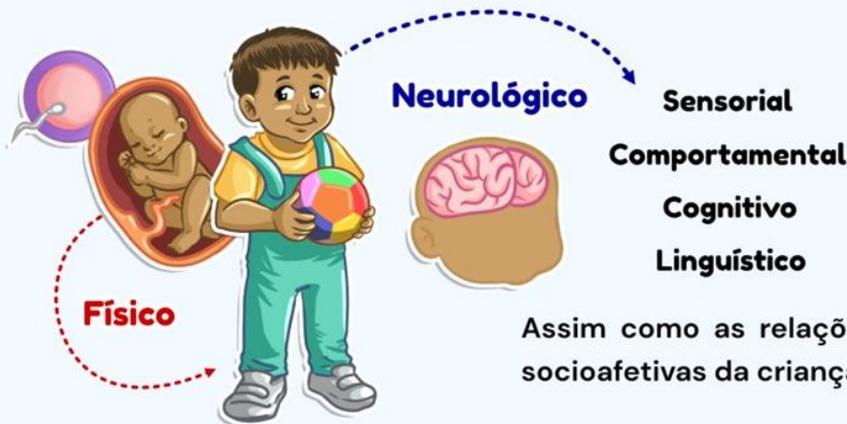



Sumário

	O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?.....	5
	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	
	0 A 3 MESES.....	7
	3 A 6 MESES.....	8
	6 A 9 MESES.....	9
	9 A 12 MESES.....	10
	12 A 18 MESES.....	11
	18 A 24 MESES.....	13
	REFERÊNCIAS.....	15
	SOBRE A AUTORA.....	16

O QUE É DESENVOLVIMENTO INFANTIL?

É um processo amplo e integral, que se inicia com a concepção do feto e que engloba os desenvolvimentos:



Os marcos do desenvolvimento infantil são comportamentos e atitudes que crianças de cada idade devem manifestar.

Funcionam como referências para identificar seu avanço e crescimento!



Para a cartilha, foram selecionados alguns dos marcos dentro da faixa etária de 0 a 2 anos e que contemplam os domínios do desenvolvimento infantil: auditivo, motor, visual, manual e cognitivo, para serem observados durante a visita domiciliar.

Marcos do desenvolvimento infantil



0 a 3 meses

Observe se a criança:

Reage ao som produzido no ambiente em que está inserida.



Movimenta os membros superiores e inferiores e localiza as mãos.

Emitte sons e sorri quando estimulada.



observa um rosto.



7

3 a 6 meses

Observe se a criança:



6 a 9 meses

Observe se a criança:



Senta sem apoio



Desloca e se arrasta
para pegar objetos ou
brinquedos



Conversa usando palavras de
fácil repetição
(ex: papa, mama, dada)

9 a 12 meses

Observe se a criança:



12 a 18 meses

Observe se a criança:

Fala palavras com
duas sílabas

AU AU!

Anda sem
apoio



Localiza o estímulo do som em
todas as direções

AU! AU!
AU!



Aponta para os
objetos desejados



12 a 18 meses

Observe se a criança:

Nomeia as
partes do corpo

PÉ!



Segura o copo e usa colher
para comer

Entende o
"Não"

NÃO!



18 a 24 meses

Observe se a criança:

Combina duas palavras, está mais comunicativa nessa fase



Chuta bola



Sobe e desce escada com apoio





Gratidão pela valerosa contribuição que você, Agente Comunitário de Saúde, traz por meio da educação e promoção da saúde durante suas visitas domiciliares para as famílias de suas comunidades!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2ª edição, 2020.

Atenção Básica à Saúde da Criança. **Texto de apoio para o agente comunitário de saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância –AIDPI/**Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP .Brasília, DF: Ministério da Saúde,2001. 170 p.





Sobre a Autora

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), atualmente cursando Mestrado Profissional em Saúde da Família (UECE).

Tem Pós-graduação em Educação Profissional na Área da Saúde (FIOCRUZ), Enfermagem Obstétrica (UECE), Práticas Clínicas em Saúde da Família (ESP-CE) e Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital (SÃO LEOPOLDO MANDIC). Foi enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Quixadá-Ce e, atualmente, encontra-se como servidora no município de Horizonte-Ce.



PARCEIROS



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ

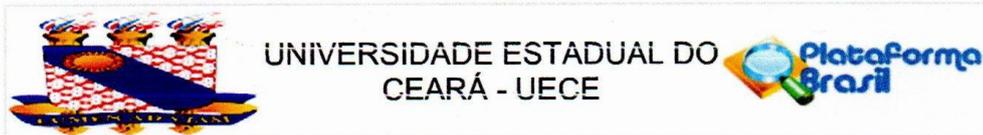


renasf



PREFEITURA DE
HORIZONTE

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA ACOMPANHAMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

Pesquisador: Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55641222.6.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.283.752

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho trata-se de um estudo metodológico que abrange a investigação dos métodos, envolvendo a produção-construção, a validação e a avaliação destes, com foco no desenvolvimento de novos instrumentos-produtos, desenvolvendo uma cartilha para o acompanhamento do desenvolvimento infantil para de crianças de 0 a 2 anos pelo Agente Comunitário de Saúde durante a visita domiciliar.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma cartilha sobre desenvolvimento infantil para o acompanhamento de crianças de 0 a 2 anos pelo Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física- fadiga em relação a responder o instrumento de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; porém tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.283.752

desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimento e/ou conversar abertamente com a pesquisadora, deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

o benefício esperado com a elaboração de uma cartilha acerca do desenvolvimento infantil de 0 a 2 anos, é que possa ser utilizada pelo Agente Comunitário de Saúde em sua visita domiciliar, como incremento para a qualificação do seu trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é importante, pois a validação de tal ferramenta será importante para o acompanhamento do desenvolvimento infantil por parte dos agentes de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo com a resolução 466/2012 do CNS.

Recomendações:

Enviar relatório após a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

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_PROJETO_1883649.pdf	25/01/2022 22:37:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2022 22:36:36	Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	17/01/2022 17:47:05	Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	17/01/2022 17:39:09	Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/01/2022 17:23:52	Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/01/2022 16:29:37	Gisele Ribeiro Grangeiro Bezerra	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 5.283.752

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Março de 2022

Assinado por:

ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 50.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br