

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

**RENATA CAROLINE DE SOUSA MOREIRA**

**PROJETO SORRIR: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NARRATIVAS DE  
PAIS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

SÃO LUÍS

2017

**RENATA CAROLINE DE SOUSA MOREIRA**

**PROJETO SORRIR: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NARRATIVAS DE PAIS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Monografia apresentada ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Médica.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zeni Carvalho Lamy

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Lamas  
Martins Gonçalves

SÃO LUÍS

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Moreira, Renata Caroline de Sousa.

Projeto Sorrir: ações de educação em saúde e narrativas de pais sobre desenvolvimento infantil / Renata Caroline de Sousa Moreira. - 2017.

79 f.

Coorientador(a): Laura Lamas Martins Gonçalves.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Monografia (Graduação) - Curso de Medicina,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Saúde da Criança. I. Gonçalves, Laura Lamas Martins. II. Lamy, Zeni Carvalho. III. Título.

**RENATA CAROLINE DE SOUSA MOREIRA**

**PROJETO SORRIR: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NARRATIVAS DE PAIS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito à obtenção do Grau de Médica.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zeni Carvalho Lamy - Orientadora**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Lamas Martins Gonçalves- Co-orientadora**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza - Examinador 1**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Judith Rafaelle Oliveira - Examinadora 2**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ms. Adriana Lima dos Reis Costa - Examinadora 3**  
**Universidade Federal do Maranhão**

SÃO LUIS

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus, que cuidou de cada passo dado nesta jornada com Sua sabedoria infinita.

Aos meus pais, Renato e Cildilene, pela dedicação incansável, pelo amor incondicional e por todos os valores morais ensinados a mim com tanto carinho. Não existem palavras no mundo capazes de descrever minha gratidão e amor por vocês.

À minha família, em especial à Dayana Sá, Anna Maria Sousa, Núbia Sousa, Ricardo Sousa, Ana Paula Sousa, Renan Moreira, Rômulo Moreira e Gabriel Moreira. Vocês foram meu amparo e fortaleza durante esta caminhada.

Às professoras Zeni Lamy e Laura Gonçalves, pela brilhante e delicada orientação deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão, por ofertar tantas oportunidades de crescimento pessoal e profissional durante estes seis anos de curso.

À Liga Acadêmica de Pediatria da Universidade Federal do Maranhão, que se constituiu peça fundamental na realização desta pesquisa, pelos anos de aprendizado e trabalho e por permitir a convivência prazerosa com tantos colegas queridos, dentre eles: Júlia, Iuri, Ariadne, Victor, Inaipi, Vanessa, Natany, Rayssa, Duda, Milena, Taiana, Daniela, Matheus Martins, Polliana, Clarice, Thiago e tantos outros.

À Franceli, Maria Raimunda e Maria Lenir, diretoras das três creches estudadas nesta pesquisa, por receberem de coração, braços e portas abertas nossa iniciativa.

Ao Grupo de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo apoio indispensável na execução do estudo.

À Rosimeiry e Karoline, por dividirem angústias, experiências e risadas nas tardes do Departamento de Saúde Pública.

Aos meus amigos Sérgio Roberto, Bruna Martins, Mellanie Trinta, Victor Nadler e Carla Lopes agradeço pela paciência na convivência diária, pelos abraços apertados

nos momentos de tristeza, pelas gargalhadas nos corredores do hospital e pelos cafés inesquecíveis.

Aos meus amigos Jaciana Costa, Raísa Moraes, Raíssa Lindoso, Sabrina Matos e Marcos Segundo, agradeço pela lealdade, pelo carinho reconfortante e pela compreensão das minhas [muitas] ausências durante esses anos.

À Associação Atlética Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (AAMUFMA – MATRACA) por me proporcionar momentos inesquecíveis durante minha graduação e à Bateria Matraca, por preencher minha vida com musicalidade e muito amor.

Aos professores do estágio de Saúde Pública: Rejane, Tadeu, Judith, Teresa, Aline, Laura e Zeni, pela paixão alegre que foi encontrá-los e por me mostrarem que a saúde que sonhamos é possível.

E a todos que fizeram parte da minha formação, direta ou indiretamente, meu muito obrigada.

*“As coisas que não tem nome são mais  
pronunciadas por crianças.”*

(Manoel de Barros)

## RESUMO

**Introdução:** O acompanhamento do desenvolvimento infantil constitui modalidade de intervenção preventiva, sendo um dos principais objetivos da atenção primária à saúde da criança. Conhecer concepções e crenças parentais sobre o tema, considerando o contexto social e cultural no qual a criança está inserida, pode permitir a compreensão de fenômenos relacionados ao desenvolvimento. **Objetivo:** Analisar conhecimentos de mães e pais sobre saúde da criança a partir de ações socioeducativas realizadas em creches comunitárias. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva, analítica e exploratória realizada em três escolas comunitárias da cidade de São Luís-MA como parte de um projeto de extensão e pesquisa intitulado “Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – Projeto Sorrir”. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturada para coleta dos dados, cuja análise foi feita através da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. **Resultados e discussão:** Foram entrevistados 21 mães e dois pais com idade entre 24 e 43 anos. A maioria referiu ter concluído o Ensino Médio, estar casado(a) ou em união estável, ser pardo(a), ganhar de 1-2 salários mínimos, morar em casa de alvenaria e ter filhos entre 4-7 anos. As categorias encontradas foram: Criança saudável: discutindo conceitos, práticas alimentares e cuidados; Percepções sobre o desenvolvimento infantil e Brincar, brinquedos e brincadeiras: o papel do lúdico na infância. As mães e pais descreveram o conceito de saudável como ausência de doença e também como bem estar geral, associando saúde a hábitos como alimentação adequada e cuidados corporais. Houve a percepção da influência da mídia na vida das crianças e a violência urbana figurou como fator restritivo às práticas do brincar, favorecendo o uso da tecnologia. **Considerações Finais:** O conhecimento e experiência dos pais em relação à saúde de seus filhos podem fornecer subsídios para fomentar o planejamento de ações de educação em saúde voltadas para a atenção integral à saúde da criança a partir das singularidades do processo de desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Desenvolvimento Infantil; Saúde da Criança.

## ABSTRACT

**Introduction:** The follow-up of child development is a type of preventive intervention, and is the main goal of primary attention in child health. Knowing parental's conceptions and beliefs about the subject, considering the social and cultural context of the child may allow the comprehension of development related phenomena.

**Objectives:** To analyze mother and father's knowledge about child health by socio-educational activities performed in community schools. **Methods:** Qualitative, descriptive, analytical and exploratory research, performed in three community schools of the city of São Luís-MA, as part of an extension and research project entitled "Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – Projeto Sorrir". A sociodemographic questionnaire and a half structured interview script were used for data collect. For database analysis, it was used the Contest Analysis in the Theme modality. **Results and discussion:** Twenty-one mothers and two fathers with age between 24 e 43 years-old were interviewed. Most of them concluded high school, were married or were in stable union, self-intituled brown, earned 1-2 minimum wage, lived in brickwork houses and had child with age between 4-7 years-old. The categories that highlighted in the research were: Healthy child: discussing concepts, food practices and care; Child's development concepts and To play, toys and games: the role of playful in childhood. Mothers and father describe the concept of healthy as sickness absence and also as general well-being, associating health to habits like proper feeding and body care. They also see the influence of media in children's life and the urban violence showed as restrictive factor in children's play, supporting technology's use. **Final considerations:** It was observed that mothers and fathers had knowledge about the determinants of theirs child's health. With this research, it's expected to provide subsidy to foment public policy planning, directed to child health integral attention.

**Keywords:** Health Knowledge, Attitudes, Practice; Child Development; Child Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

MS – Ministério da Saúde

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

LAPED – Liga Acadêmica de Pediatria

FAPEMA – Fundação de Amparo à Pesquisa do Maranhão

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

UPD – Unidade Presidente Dutra

CNS – Conselho Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

EUFIC – European Food Information Council

SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição da programação padrão adotada nas ações sociais do Projeto Sorrir.....	30
QUADRO 2 – Descrição das ações socioeducativas desenvolvidas pelo Projeto Sorrir durante os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.....	35
QUADRO 3 - Descrição das características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa.....	37

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	16
2.1. AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	16
2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	17
2.3. PROCESSO DO BRINCAR E ATIVIDADE FÍSICA NA INFÂNCIA.....	19
2.4. PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS .....	21
2.5. HIGIENE CORPORAL.....	26
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	28
3.1. GERAL .....	28
3.2. ESPECÍFICOS.....	25
<b>4. MÉTODOS</b> .....	29
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	29
4.2. ATIVIDADES DE EXTENSÃO.....	29
4.3. ATIVIDADES DE PESQUISA.....	31
4.3.1. Local do estudo .....	31
4.3.2. Participantes e amostra .....	32
4.3.3. Técnicas e instrumentos .....	32
4.3.4. Coleta de dados.....	33
4.3.5. Análise de dados .....	33
4.3.6. Aspectos éticos .....	34
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
5.1. ATIVIDADES DE EXTENSÃO .....	35
5.2. ATIVIDADES DE PESQUISA .....	37
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b> .....	73
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	75
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	76
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - HUUFMA</b> .....	78

## 1. INTRODUÇÃO

A “promoção à saúde” refere-se a um enfoque sobre o processo saúde-doença, encontra-se na alçada da Medicina Preventiva e surge como contraponto à excessiva medicalização e ao paradigma curativo tradicional. De forma mais prática, define-se como a articulação de estratégias englobando Estado, comunidade, indivíduos e sistema de saúde, utilizando-se da mobilização de recursos para enfrentamento do processo saúde-doença e seus determinantes (CZERESNIA, 2009). A Carta de Ottawa, divulgada em 1986, é tida como um dos documentos mais importantes a respeito do tema, e conceitua promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19), evidenciando o protagonismo dos sujeitos sobre sua própria saúde.

Ao conceber saúde como uma complexa produção social, entende-se a necessidade da participação ativa de todos os sujeitos envolvidos neste processo. Desta forma, as estratégias de promoção da saúde devem ser desenvolvidas por meio de uma construção plural e partilhada, produzindo conhecimentos e práticas no campo da Saúde, visando a fomentação de políticas públicas para melhorar a qualidade de vida. Neste sentido, surge em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2010).

A Pediatria é a área da Medicina que atende aos problemas do ser humano em seu período de desenvolvimento. Assim, torna-se crítica a promoção da saúde integral nessa faixa etária, cujo passo inicial é uma formação médica com o olhar generalista, humanista, crítico e reflexivo sobre a saúde (MOREIRA et al., 2015). A saúde de recém-nascidos, crianças e adolescentes, seu crescimento e desenvolvimento e suas oportunidades para alcançar o pleno potencial como adultos, são os maiores interesses da pediatria. Os pediatras devem estar atentos aos sistemas orgânicos e processos fisiológicos peculiares bem como às influências sociais e ambientais que exercem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar das crianças e suas famílias (BEHRMAN, 2005).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil reúne diferentes modalidades de avaliação, devendo incluir pais, professores e equipe multiprofissional. Constitui forma de intervenção preventiva, abrangendo atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento adequado e detecção de fatores de risco que possam prejudicar este processo, sendo um dos principais objetivos da atenção primária à saúde da criança (ZEPPONE, 2012). Isso pode ocorrer a partir de ações socioeducativas e de acompanhamento integral da saúde infantil (BARROS, 2008).

Dentro dos determinantes para o desenvolvimento infantil, as concepções e crenças parentais sobre o tema exercem influência sobre as relações e práticas de cuidado da criança, impactando em seu desenvolvimento (SEIDL-DE-MOURA et al., 2004). Portanto, conhecer e compreender essas concepções, crenças e metas dos pais em relação aos filhos fornece subsídios para compreender melhor o contexto no qual a criança está inserida, acessando o processo de transmissão e transformação cultural e permitindo a compreensão de fenômenos relacionados ao desenvolvimento (HARKNESS E SUPER, 1992).

O estado do Maranhão possui índices preocupantes no que diz respeito à saúde, educação, qualidade de vida, dentre outros. Em 2014, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Maranhão apresentava-se na faixa do médio desenvolvimento humano, com um valor de 0,678, figurando entre os piores do país; entretanto, apresenta uma tendência de evolução favorável, visto que o valor do ano anterior havia sido de 0,665. Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) mostram que no ano de 2015, a mortalidade infantil foi de 18,9 por mil nascidos vivos. Deste número, apenas a doença diarreica isoladamente foi responsável por 2,3 óbitos por mil nascidos vivos. No mesmo ano, 889 hospitalizações por desidratação em menores de 5 anos foram registradas. A prevalência de desnutrição foi de 0,84 por 100 em crianças menores de um ano. (SIAB, 2015).

São Luís, a capital do estado, com população estimada para 2016 pelo IBGE de 1.082.935 habitantes e densidade demográfica de 1.215,69 hab/km<sup>2</sup>, apresentou mortalidade infantil de 14,4 por mil nascidos vivos e óbitos por doença diarreica de 1,4 por mil habitantes no ano de 2015, com 20 hospitalizações A

prevalência de desnutrição em menores de um ano foi de 0,35 no mesmo ano. (SIAB, 2015)

A situação do estado e principalmente do município de São Luís, representada por estes dados, evidencia baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições gerais de vida, podendo ser interpretada como reflexo da falta de acesso a políticas públicas voltadas para promoção e educação em saúde, visto que ocorrências como hospitalização por desidratação e óbitos por diarreia são evitáveis na maioria dos casos. Nesse contexto, a medicina preventiva mostra-se essencial na orientação sobre fatores protetores e estimuladores no crescimento e desenvolvimento infantil, assim como na prevenção e tratamento da doença (PALFREY et al, 2005). Assim, faz-se necessário desenvolver, coordenar e articular estratégias de promoção à saúde infantil e de acompanhamento ao processo de crescimento e desenvolvimento, a fim de diagnosticar fatores biopsicossociais que possam interferir negativamente neste processo, determinando quando e como intervir, e quais abordagens a utilizar.

Este trabalho do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – Projeto Sorrir, que consistiu em ações de extensão de caráter multiprofissional e interdisciplinar com a finalidade de promover educação em saúde infantil em duas vertentes: utilizando o lúdico e o brincar para discutir sobre hábitos saudáveis com as crianças e paralelamente fomentar essa reflexão com os pais a partir de ações educativas.

A saúde infantil vista de maneira integral, abrangendo todas as suas peculiaridades, perspectivas e práticas de cuidado e prevenção é relevante nos campos da Saúde Pública e da Pediatria. No estado do Maranhão e no município de São Luís, os indicadores de saúde são preocupantes, apontando para a falta de políticas públicas que garantam direitos básicos como saneamento, nutrição adequada e acesso ao sistema de saúde, evidenciando também a deficiência de ações de promoção e educação em saúde. Ainda, a escassez de trabalhos abordando conhecimentos e percepções parentais acerca de todos os aspectos intrínsecos à promoção da saúde infantil contribui para a justificativa da presente pesquisa.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, cujo enfoque está relacionado à participação da população na manutenção da saúde no contexto cotidiano e não apenas em situação de risco ou adoecimento (OLIVEIRA et al., 2009). Gaspar et al. (2008) afirmam que em sociedades desenvolvidas, existe uma tendência em promover educação para a saúde numa tentativa de melhorar índices de qualidade de vida ao estimular a adoção de hábitos saudáveis. Assim, as ações voltadas para este fim constituem-se como importantes estratégias para o aumento da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) na infância, devendo ser trabalhadas a nível familiar e escolar.

Estratégias interdisciplinares de educação voltadas à saúde da criança tornam-se importantes aliadas para a transformação da realidade social no que concerne à redução de índices de doenças facilmente evitáveis, e para a compreensão da infância como fase do desenvolvimento humano atravessada por diversos fatores biopsicossociais que interferem no processo saúde-doença. O trabalho interdisciplinar constitui-se como importante mecanismo para o alcance de uma compreensão global e multifatorial da saúde na infância. A proposta do trabalho em equipe tem sido utilizada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde (PEDUZZI, 2001). A integração do trabalho em equipes de saúde, então, possibilita o estabelecimento de um trabalho dialogado tendo como objetivo principal a concepção do sujeito humano dentro de suas redes de relações por meio de uma efetiva articulação das diversas áreas de trabalho.

A qualidade de vida em crianças e adolescentes possui íntima relação com sua saúde mental e bem-estar subjetivo, portanto, a efetivação de intervenções nesse contexto deve envolver um enfoque integrativo que inclua as especificidades desta etapa da vida humana (GASPAR et al., 2008).

A consolidação de estratégias que visem à promoção de saúde na infância deve considerar que a identificação precoce de fatores de risco ao

desenvolvimento infantil é de extrema importância, pois possibilita evitar algumas fatalidades e danos ao futuro da criança, tendo em vista aspectos preventivos que envolvem ações como aleitamento materno, imunizações, prevenção de acidentes, além do acompanhamento e das orientações necessárias a um crescimento e desenvolvimento saudáveis (GENIOLE, 2011).

## 2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Classicamente, desenvolvimento é um processo definido como “transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento físico, maturação neurológica, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais” (RAPPAPORT, 1981). Marcondes (1991) o caracteriza como processo iniciado ainda na concepção, e refere-se ao aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções com nível crescente de complexidade.

Para melhor compreensão dos fenômenos relacionados ao desenvolvimento, classifica-se, com frequência este processo em três categorias, intituladas “domínios do desenvolvimento”. O domínio físico relaciona-se com as mudanças ocorridas na forma, tamanho e características corporais do indivíduo – ou seja, ao que denomina como crescimento, de forma genérica. Por sua vez, o domínio cognitivo refere-se ao desenvolvimento de habilidades intelectuais, tais como memória, raciocínio e capacidade de resolução de problemas. Já o domínio socioemocional remete à habilidades sociais e de relacionamento pessoal e interpessoal. Por fim, é importante ressaltar que estes domínios funcionam de forma intrínseca (BOYD; BEE, 2011)

Para Vygotsky (2007), o desenvolvimento é um processo dialético, constituído por etapas qualitativamente diferentes e determinado pelas atividades desenvolvidas. O ser humano é, ao mesmo tempo, modificado e modificador do meio no qual se insere, resignificando e apropriando significados, sendo este o motor do desenvolvimento. Da mesma forma, o processo de desenvolvimento infantil é essencialmente cultural, indissociável de seu meio social, o qual é repleto de

significações historicamente e socialmente construídas, capazes de mediar transformações.

Para Harkness e Super (1992), o processo de desenvolvimento infantil é intermediado num ambiente denominado “nicho de desenvolvimento”, definindo como sistema dinâmico composto por três esferas: ambiente físico e contexto social nos quais a criança se insere; práticas de cuidado construídas e reguladas culturalmente; e por fim, o conjunto de crenças parentais, definidas como conjuntos organizados de ideias, implícitos nas atividades da vida diária e nos julgamentos, escolhas e decisões que os pais tomam, funcionando como modelos ou roteiros para ações.

Os principais protocolos de acompanhamento do desenvolvimento infantil consideram que criança deve atravessar cada estágio de maneira regular e em crescente caráter de complexidade, estipulando marcos a serem alcançados de acordo com a idade. O Ministério da Saúde (MS) preconiza, portanto, uma avaliação objetiva das habilidades cognitivas, motoras, de comunicação e de interação social nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde considera fatores de risco ao desenvolvimento infantil referentes à família e à criança. Com relação à família, o MS destaca: distribuição desigual de autoridade dentro do núcleo familiar; indiferenciação de papéis, dificultando a visualização de limites entre os membros; níveis permanentes de tensão; pouca ou nenhuma abertura para contatos externos ao núcleo familiar; pouca ou nenhuma manifestação de afeto entre pai/mãe/filho e famílias que se encontram em situação de crise ou que vivenciaram perdas recentes (BRASIL, 2002).

Com relação aos fatores de risco referentes à criança, o MS menciona: vínculo parental insuficiente nos primeiros anos de vida; distúrbios evolutivos, má-formações congênitas ou doenças crônicas; crianças separadas do convívio materno ao nascerem (por prematuridade, por exemplo); e baixo desempenho e/ou evasão escolar. (BRASIL, 2002).

O MS menciona também fatores de proteção ao desenvolvimento infantil. A classificação é feita de acordo com alguns atributos da criança, como: atividades desenvolvidas e autonomia para realizá-las, orientação social positiva, autoestima e preferências. Também leva em considerações características da família, como coesão, ausência de situações de negligência, vivência da afetividade e presença de fontes de apoio disponíveis para o núcleo familiar, tais como relacionamento da criança com outras crianças e pessoas de fora da família, suporte cultural, acesso a atendimentos em saúde e religiosidade (BRASIL, 2002).

No que se refere à interferência de fatores ambientais, socioeconômicos e biológicos no desenvolvimento infantil, Neves (2015) investigou essa relação com crianças economicamente desfavorecidas, evidenciando alta prevalência de déficit de estatura por idade e resultados desfavoráveis com relação ao desenvolvimento da cognição e linguagem entre as crianças participantes do estudo, em comparação com a média nacional. A autora demonstra ainda que as variáveis biológicas estudadas (idade gestacional, intercorrências na gestação, medidas antropométricas ao nascer, aleitamento materno e coexistência de doenças crônicas e/ou infecciosas) apresentaram maior associação com o crescimento, e as variáveis ambientais (estrutura familiar e qualidade do domicílio) associaram-se ao desenvolvimento cognitivo e da linguagem.

Os pais desempenham papel fundamental no desenvolvimento de seus filhos, por serem seus primeiros e principais cuidadores. Por conseguinte, conhecer práticas educativas, percepções, crenças e expectativas parentais se faz necessário para acessar o contexto do desenvolvimento infantil, conhecendo os processos culturais, sociais e biológicos intrínsecos a este (HARKNESS; SUPER, 1992).

### 2.3. PROCESSO DO BRINCAR E ATIVIDADE FÍSICA NA INFÂNCIA

Indiscutivelmente, a utilização de atividades lúdicas – tais como brincadeiras, jogos, danças, oficinas de leitura e desenhos – sendo um instrumento para a promoção da aprendizagem, fornece grandes contribuições para o

desenvolvimento infantil, possibilitando-lhe “*recriar a sua realidade através de sistemas simbólicos próprios*” (BOIKO, 2001).

Para Vygostky (2007), o brincar possibilita à criança a constituição de um pensamento abstrato, o convívio com regras, o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, a expressão de emoções e o estabelecimento de relações sociais. O pensamento abstrato é construído à medida que a criança cria uma “realidade paralela” a existente, na qual lhe permite assumir diversos papéis. O estabelecimento de regras e o respeito a elas advém da própria dinâmica da brincadeira, que dispõe de mecanismos que devem ser seguidos pelas crianças para que funcione plenamente. As habilidades psicomotoras, por sua vez, são desenvolvidas principalmente em virtude da atividade desempenhada pela criança no momento da brincadeira.

Assim, diante do importante papel do brincar para o desenvolvimento da criança, Vygotsky (2007) ressalta ainda que essa atividade possibilita a criação da *zona de desenvolvimento proximal* (ZPD), que segundo o autor, “é a distância entre o nível de desenvolvimento real [...] e o nível de desenvolvimento potencial”, ou seja, é o intervalo entre o que a criança consegue fazer sozinha (nível de desenvolvimento real) e o que ela faz com orientação (nível de desenvolvimento potencial). Essa zona é criada porque na brincadeira a criança pode vivenciar situações que vão além do comportamento esperado para sua idade.

Atualmente, não há evidências suficientes para sustentar ou derrubar as teorias de Vygotsky. Entretanto, foi demonstrado que crianças que tem maior interação com outras crianças produzem ideias mais sofisticadas do que crianças que trabalham sozinhas (BOYD; BEE, 2011), demonstrando a influência da socialização no desenvolvimento cognitivo da criança, facilmente conseguida através do brincar.

No que se refere à constituição das relações sociais, o brincar atua como um facilitador, pois permite que a criança entre em contato com outros indivíduos (por meio de jogos grupais, por exemplo) e crie relações de identificação com eles. Assim, “ao experimentar ser o eu e ser o outro, a criança reproduz modelos sociais e rituais de vários espaços da cultura, experiências que propiciam a ela singularizar-se

e construir seu eu.” (GÓES, 2000, p. 123). Nesse sentido, Santos e Dias (2010) afirmam que o ato de brincar permite o sujeito ser capaz de tratar a si mesmo como outrem. Formamos uma rede social onde nos entrelaçamos uns com os outros e é na infância que este processo se inicia.

O enfoque atual de saúde pública está ancorado também na promoção da atividade física, definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, sendo capaz de gerar energia. Seus benefícios para a saúde provêm da melhoria da aptidão física, que pode ser atingida com a realização de exercícios – movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Aptidão física, por sua vez, é definida como conjunto de atributos intrínsecos ou desenvolvidos por um indivíduo, determinado geneticamente e influenciado pelo ambiente. Com relação ao padrão de atividade física na infância, o estado nutricional desempenha papel fundamental, uma vez que crianças desnutridas podem ter pior desempenho em testes de aptidão física, bem como crianças obesas (BRACCO, 2003).

A relevância da promoção da atividade física na infância diz respeito especificamente à melhora dos fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose, dislipidemias), podendo ser obtida com a adoção de um estilo de vida ativo. O estímulo à atividade física visa promover a saúde a longo prazo, uma vez que os processos que originam as doenças citadas acima podem ser deflagrados ainda na infância (BRACCO, 2003). Além disso, o hábito do exercício, quando desenvolvido ainda na infância, aumenta a probabilidade de que um indivíduo se exercite na vida adulta (BOYD; BEE, 2011).

#### 2.4. PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

A noção de promoção da educação nutricional e difusão de práticas alimentares saudáveis tem sido alvo de discussões, buscando elaborar estratégias para aplicá-las a nível de políticas públicas. Entretanto, embora a formulação dessas políticas avance, existem lacunas entre estas e realização de ações a nível

local (SANTOS, 2012). Para compreender o conceito de promoção de educação em alimentação, é preciso concebê-lo como cruzamento entre a concepção de segurança alimentar e o da promoção da saúde (SANTOS, 2005). Desta forma, destacam-se o conceito de Direito Humano à Alimentação e Segurança Alimentar (DHAA), amplamente difundido. A Lei Orgânica de Segurança Alimentar, nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 determina seus aspectos:

Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

§ 1º A adoção dessas políticas e ações deverá levar em conta as dimensões ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais.

§ 2º É dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade (BRASIL, 2006).

A promoção do DHAA demanda a realização de ações específicas para diferentes grupos e passa pela promoção da reforma agrária, da agricultura familiar, de políticas de abastecimento, de incentivo à práticas agroecológicas, de vigilância sanitária dos alimentos, de abastecimento de água e saneamento básico, de alimentação escolar, do atendimento pré-natal de qualidade, da não discriminação de povos, etnia e gênero, entre outros (BURITY et al., 2010).

A LOSAN define segurança alimentar em seu artigo 3º:

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A disponibilidade de alimentos diz respeito ao acesso, e pode ocorrer de forma direta (a partir de terras produtivas, recursos naturais, etc) ou de forma indireta, a partir da compra ou obtenção de alimentos. (BURITY et al., 2010)

Um alimento seguro e saudável não deve conter substâncias adversas – como toxinas, defensivos agrícolas, drogas veterinárias e poluentes – em níveis superiores àqueles estabelecidos por padrões internacionais e pela legislação nacional. Implica ainda na garantia de acesso a alimentos saudáveis,

compreendendo a acessibilidade física e financeira, sabor agradável, variedade, cor, bem como respeito ao contexto cultural. Por fim, devem estar disponíveis e acessíveis, de forma regular e permanente, durante todo o ano. (BURITY et al., 2010)

Entretanto, apesar da segurança alimentar constituir direito fundamental do cidadão e dos avanços das políticas de inclusão social do país nos últimos anos, o número de pessoas com fome no mundo e no Brasil permanece alarmante (FACCHINI et al., 2014), sendo que em 2006, 17,5% dos domicílios com crianças menores de cinco anos encontravam-se em situação de insegurança alimentar no país (POBLACION et al., 2014). Facchini et al. (2014) ressaltam ainda que o país apresenta grandes variações inter e intrarregionais na ocorrência de insegurança alimentar, com prevalência alta de insegurança moderada ou grave nas regiões Nordeste (22,9%) e Sul (7,5%), sendo três vezes maior no Nordeste, onde alcança praticamente um em cada quatro domicílios com crianças menores de sete anos. Para o autor, realçar e analisar essas variações de forma minuciosa é importante para subsidiar as políticas públicas de enfrentamento ao problema.

Definir corretamente insegurança alimentar não é simples, pois muitos dos termos utilizados como seus sinônimos não são capazes de abranger toda a sua dimensão. Ao compreender que uma situação de insegurança alimentar pode se estabelecer em países de alto desenvolvimento, na presença de altos índices de suprimento alimentar para consumo humano, e que carências nutricionais podem estar presentes mesmo em lares considerados seguros no âmbito alimentar, eliminam-se miscigenações conceituais importantes. Assim, em 2004 surge e é validada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), aferindo diretamente a experiência e a percepção de insegurança alimentar no domicílio, dissociando conceitos próximos, porém distintos. (POBLACION et al., 2014).

Necessidades energéticas e nutricionais na infância variam com a idade, peso, velocidade de crescimento, metabolismo basal e processos infecciosos agudos (VITOLLO, 2008) sofrendo influência também da quantidade de refeições por dia, da densidade calórica e tamanho da porção (DURYEA; DRUTZ; MOTIL, 2017).

O Ministério da Saúde (2005) preconiza os 10 passos para alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, de forma acessível a profissionais da saúde e aos usuários do sistema através da Caderneta de Saúde da Criança, que consistem em:

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;

PASSO 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;

PASSO 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada;

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, gradativamente aumentando a sua consistência até chegar à alimentação da família;

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia;

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;

PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Revisão sistemática conduzida por Duryea, Drutz e Motil (2017) estabelece parâmetros alimentares na infância, orientando que a ingesta proteica deve constituir 5-20% do total de calorias diárias para crianças de 1-3 anos de idade, e de 10-30% do total para crianças de 4-18 anos. Com relação às gorduras, orienta que sua ingesta deve estar entre 30% e 35% para crianças de 2-3 anos de idade, e entre 25-35% para crianças de 4-18 anos, sendo 3% destes compostos por ácidos graxos essenciais como o ácido linoleico. Como principal fonte de energia, carboidratos devem constituir 45-65% da ingesta total diária, porém, a adição de açúcar deve ser evitada em menores de 2 anos e limitada a 5% em maiores de 2 anos, o que corresponde a cerca de 25g de açúcar. A revisão não recomenda suplementação mineral e vitamínica de rotina para crianças.

A análise da evolução do padrão alimentar da população brasileira é realizada com base nas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF). No período de 2008-2009, a pesquisa demonstrou que alimentos tradicionais e de boa qualidade

nutricional (como o arroz e o feijão, itens mais referidos pela população) tem sido consumidos associados a alimentos de baixa qualidade nutricional e alta densidade energética. Evidenciou-se ainda consumo de frutas e hortaliças abaixo das recomendações, e ingestão elevada de bebidas com adição de açúcar, particularmente por adolescentes (IBGE, 2010). Essas características se traduzem em elevadas prevalências de inadequação dietética compatível com o incremento das taxas de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis, que marcam o quadro nacional de morbimortalidade (SICHIERI; PEREIRA 2016).

A mesma pesquisa, ao analisar dados de crianças menores de cinco anos, aponta a região Nordeste como a segunda do país com maior déficit de peso para a idade (5,9%) do país, perdendo apenas para a região Norte (8,5%). Em relação à prevalência de excesso de peso, oscilou de 25% a 30% nas regiões Norte e Nordeste (mais do que cinco vezes a prevalência do déficit de peso) e de 32% a 40% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (mais do que dez vezes a prevalência do déficit de peso). O excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 2010).

Ramos, Dumith e César (2014), encontraram prevalências elevadas de excesso de peso e déficit de altura em crianças menores de 5 anos do semi-árido (região Nordeste). As associações com fatores de risco encontradas foram: déficit de altura da criança com baixo nível de escolaridade materno, baixa renda, menor condição socioeconômica e pré-natal incompleto (menos de seis consultas); quanto ao excesso de peso, mãe adolescente e parto cesariano como fator de risco, baixa escolaridade materna e baixo nível socioeconômico como fator de proteção.

As crenças e tabus acerca dos alimentos e, em especial, à alimentação da criança pequena são aspectos importantes a serem ponderados tanto no atendimento nutricional quanto nas ações em promoção de saúde, pois podem trazer prejuízos ao limitar o uso de alimentos importantes para o seu crescimento e desenvolvimento. Essas crenças não são universais: modificam-se conforme a região, a situação do indivíduo, particularidades de preparo do alimento e circunstâncias nas quais são ingeridos. Entretanto, deve se ter em mente que não é um problema a ser eliminado, e sim, uma situação a ser contornada em contextos

específicos, uma vez que respeitar as particularidades e regionalidades dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde se faz necessário para o sucesso da pactuação de boas práticas (BRASIL, 2005), evidenciando, portanto, a necessidade de conhecer as percepções parentais sobre o alimento e o alimentar.

## 2.5. HIGIENE CORPORAL

Lançando um olhar sobre cuidados com o corpo, Richter e Vaz (2010) observaram um esforço sócio-sanitário presente na educação infantil através das percepções de professoras de creches. Essas ações parecem compor um processo voltado primeiramente para a eliminação da sujeira, da doença (e da miséria) e para a possível neutralização da infância e seus desajustes, ao procurar tornar as crianças autossuficientes na gestão de seu próprio corpo. A autora reflete sobre os processos de tutela do corpo e das condutas individuais e coletivas, afirmando que esse conjunto de concepções e práticas sócio-sanitárias parece promover, ao fim, a medicalização da vida e da condição social, ao tratar apenas das condições vitais.

Apesar da válida reflexão, é inegável que há a necessidade permanente de promoção de práticas referentes a higiene corporal e ambiental, no sentido de prevenir agravos como o desenvolvimento de doenças infecto-parasitárias e suas respectivas morbidades.

No contexto da higiene corporal, destaca-se a saúde oral, sendo a cárie dentária o principal agravo devido à sua prevalência e gravidade. O ingresso precoce em programas preventivos, a inserção de hábitos saudáveis e a adesão às orientações são fundamentais na erradicação deste agravo (LEMOS et al. 2014). Engelman et al. (2016) encontraram altas taxas de cáries dentárias em estudos em comunidades com baixo perfil socioeconômico, além de estabelecer que crianças de famílias cujos pais não possuíam educação primária apresentaram maior chance de ter cáries não tratadas.

Com relação à higiene ambiental, a quantidade e a qualidade da água são fatores importantes para o estabelecimento dos benefícios à saúde relacionados à

redução da incidência e prevalência de diversas doenças, destacando-se a doença diarreica (QUEIROZ; JORGE, 2009). Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a incidência dessa patologia está relacionada com a ineficácia e/ou a deficiência no acesso ao saneamento básico e também com a precariedade das condições sociodemográficas nas quais se insere a população infantil. Entretanto, estes fatores podem ser minimizados ou até mesmo eliminados a partir de estratégias de promoção de práticas em saúde (SILVA-JOVENTINO et al., 2013).

Prüss-ustün et al. (2014) em revisão conduzida em 145 países, estimaram que 502.000 mil mortes por doença diarreica foram causadas por ingestão de água em condições inadequadas e 280.000 mortes por condições sanitárias inadequadas, e em crianças menores que 5 anos, 361.000 óbitos poderiam ser evitados, representando 5.5% do total. Os dados traduzem um problema grave em Saúde Pública, com prevenção conhecida e bem documentada, porém, apresenta uma lacuna na aplicabilidade, especialmente nas cidades com saneamento básico deficiente.

Silva-Joventino et al. (2013) acredita que famílias com rendas mais elevadas apresentam maior autoeficácia em prevenir diarreia infantil, provavelmente devido a sua condição econômica que possibilita melhores condições de vida e habitabilidade, permitindo adquirir produtos necessários para a higiene pessoal e domiciliar, além de garantir meios para tratar a água destinada ao consumo humano. Desta maneira, a autora ressalta que não basta oferecer razões para mudar práticas em saúde, é preciso fornecer meios para a efetivação dessa mudança.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GERAL**

Analisar conhecimentos de mães e pais sobre saúde da criança a partir de ações socioeducativas realizadas em creches comunitárias.

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Identificar características sócio demográficas dos participantes;
- Compreender concepções sobre desenvolvimento infantil;
- Identificar conhecimentos sobre hábitos de higiene;
- Conhecer as percepções sobre o brincar;
- Identificar conhecimentos sobre alimentação saudável na infância;
- Desenvolver ações educativas voltadas para a discussão de temas relacionados com o desenvolvimento e a saúde da criança.

## 4. MÉTODOS

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é parte de um projeto de extensão e pesquisa intitulado “Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – Projeto Sorrir” promovido pela Liga Acadêmica de Pediatria da Universidade Federal do Maranhão-LAPED e aprovado no Edital FAPEMA AEXT 17/2014, realizado no período de outubro de 2014 a junho de 2017.

### 4.2. ATIVIDADES DE EXTENSÃO

As atividades de Extensão foram desenvolvidas em sete creches comunitárias: Creche Escola Rosa de Saron, Creche Estrela do Oriente, Creche Comunitária Madalena Silveira, Obras Sociais da Paróquia da Cohab, Creche Escola Maurício José, Creche Escola Ideal, Creche Escola Ideal, Obras Sociais Frei Antônio Sinibaldi e no setor de hemodiálise do Hospital Universitário da UFMA<sup>1,1</sup>

Essas atividades eram elaboradas e executadas pelos estudantes da Liga Acadêmica de Pediatria, dos cursos de nutrição, psicologia, enfermagem e medicina. Tinham caráter socioeducativo com o objetivo de promover educação em saúde através de atividades lúdicas com crianças e palestras com pais e responsáveis.

O primeiro passo consistiu em uma visita às instituições selecionadas para diagnosticar a situação das comunidades e suas principais necessidades. As atividades de extensão seguiram uma programação padrão (Quadro 1), podendo sofrer alterações de acordo com as demandas específicas de cada instituição.

Eram atividades socioeducativas divididas em ações diferentes para as crianças e para os pais. Para as crianças eram elaboradas atividades lúdicas: teatro de fantoches, jogos educativos (quebra-cabeça, jogo da memória e mímica), oficina de desenhos (pintura e confecção de desenhos), espaço de leitura (leitura participativa de livros infantis); oficina de Nutrição (confecção de máscaras de frutas

---

<sup>1</sup> A ação socioeducativa desenvolvida no setor de Hemodiálise do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão constituiu-se de “ação piloto” para treinamento da equipe e familiarização com o projeto.

e verduras e montagem de pratos ideais através de brinquedos em formas de alimento) e vídeos educativos (recurso didático para reforço dos conceitos aprendidos).

Quadro 1 – Descrição da programação padrão adotada nas ações sociais do Projeto Sorrir.

<b>PROGRAMAÇÃO PADRÃO DAS AÇÕES SOCIAIS DO PROJETO SORRIR</b>		
	<b>ATIVIDADES</b>	
<b>Horário</b>	<b>Pais/profissionais</b>	<b>Crianças</b>
08h-09h	Apresentação das palestras	Oficina de leitura Oficina de desenho DVDs e CDS infantis
09h30-10h	LANCHE	LANCHE
10h-11h	-----	Oficinas de nutrição Brincadeiras lúdicas
11h	ENCERRAMENTO	ENCERRAMENTO

Aos pais e responsáveis, foram ministradas palestras com duração de 10 minutos, com os seguintes temas e objetivos:

**A) Alimentação saudável: direito humano à alimentação adequada e a escola como um espaço de promoção:** abordou os conceitos de Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional e os “10 passos para a promoção da alimentação saudável na escola”.

**B) Prevenção de doenças crônicas e deficiências nutricionais:** abordou os distúrbios nutricionais mais comuns: obesidade, hipertensão, diabetes, anemia e hipovitaminose A.

**C) Importância da Caderneta de Saúde Infantil:** demonstrou a importância do preenchimento correto da Caderneta.

**D) Atenção ao Crescimento e Desenvolvimento Infantil:** elucidou como se dá o crescimento e desenvolvimento normal através dos marcos registrados na Caderneta de Saúde da Criança.

**E) Prevenção de doenças através da higiene corporal e hábitos saudáveis:** demonstrou como realizar a higiene de cada parte do corpo das crianças de acordo com a faixa etária.

**F) Aspectos psicológicos no desenvolvimento infantil:** versou sobre transtornos psicológicos da infância e aspectos psicológicos do desenvolvimento.

#### 4.3. ATIVIDADES DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva e analítica do tipo exploratória. Segundo Minayo (2013), o método qualitativo é utilizado no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, e caracteriza-se por permitir o desvelamento de processos sociais ainda pouco conhecidos sobre determinados grupos. Assim, depreende-se que o método qualitativo possibilita que as diversas subjetividades da realidade social sejam captadas.

A pesquisa do tipo exploratória tem como objetivo promover maior familiaridade com o problema a ser estudado buscando torna-lo mais explícito ou construir hipóteses sobre o tema. A grande maioria dessas pesquisas envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GERHADT, 2009).

##### 4.3.1. Local do estudo

As atividades pesquisa aconteceram em três creches comunitárias sem fins lucrativos, do Município de São Luís - MA, de três diferentes distritos sanitários.

A primeira creche foi a Escola Comunitária e Jardim de Infância Ideal, localizada no bairro Divinéia - Olho D'água, pertencente ao Distrito Sanitário Cohab, com 175 crianças de faixa etária entre 2 e 7 anos de idade matriculadas. A segunda foi a Associação Obras Sociais Frei Antonio Sinibaldi, no bairro do São Francisco, do Distrito Sanitário Centro com 200 crianças matriculadas entre 6 e 16 anos. Por fim, o Instituto Educacional Rosa de Saron, localizado na Vila Embratel, no Distrito Sanitário Itaqui-Bacanga, com 127 crianças matriculadas entre 2 e 5 anos.

Estas creches foram selecionadas por apresentarem mais de 100 crianças matriculadas, aceitarem participar da pesquisa e por estarem localizadas em diferentes distritos sanitários do município de São Luís-MA, conferindo diferentes

percepções e olhares sobre o tema pesquisado. Seidl-de-Moura (2004) verificou um efeito significativo do local de residência da mãe sobre seu conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, sugerindo que existem diferenças sociais e culturais em relação a essa variável.

#### **4.3.2. Participantes e amostra**

Fizeram parte da pesquisa pais e mães com filhos de até 10 anos de idade matriculados nas instituições selecionadas para o estudo. Não foram incluídos aqueles que apresentassem dificuldade de comunicação ou distúrbio cognitivo grave que impossibilitassem a realização das entrevistas.

Com base nos critérios da pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra não era conhecido inicialmente (RIBEIRO, 2010). A coleta de dados foi interrompida quando, nas entrevistas, não surgiram mais elementos novos, caracterizando o critério de saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011).

#### **4.3.3. Técnicas e instrumentos**

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista. Na primeira fase era do tipo estruturada para o preenchimento do questionário sociodemográfico (Apêndice A). O instrumento estruturado visou o levantamento de variáveis sócio-demográficas como idade, cor, profissão, escolaridade, número de filhos, renda mensal, endereço, condições de moradia, número de filhos matriculados na creche, condições de parto e nascimento dos filhos e doenças prévias ou atuais dos mesmos. Segundo Severino (2007), o instrumento estruturado deve ser composto por questões objetivas.

Em seguida era realizada a entrevista do tipo semiestruturada que segundo Minayo (2014) é entendida como uma conversa com a finalidade de obter informações contidas nas falas dos sujeitos, sendo gravadas e posteriormente transcritas. Para este tipo de entrevistas foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B).

#### **4.3.4. Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos a partir dos seguintes passos:

- Antes da ação social:
  - a. Pesquisa e seleção das creches a serem estudadas, obedecendo aos critérios descritos no item 4.3.1.
  - b. Levantamento da quantidade de crianças matriculadas e dos respectivos responsáveis, para identificar de antemão possíveis sujeitos para serem incluídos na pesquisa;
  - c. Planejamento e agendamento das ações sociais, articulando com as creches e escolas as medidas práticas necessárias para a realização das mesmas.
  
- No dia da ação social:
  - a. Seleção dos sujeitos a serem entrevistados, seguindo os critérios de inclusão e não-inclusão previamente estabelecidos;
  - b. Convite à participação na pesquisa, realizado após breve apresentação da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
  - c. Preenchimento do questionário estruturado e a realização das entrevistas com o pai ou mãe em sala reservada.

#### **4.3.5. Análise de dados**

Foi utilizada a Análise de Conteúdo na modalidade temática, que permite descobrir os núcleos de sentido implicados na comunicação e o significado destes para o estudo do objeto em questão considerando tanto a presença quanto a frequência (MINAYO, 2013). De acordo com Bardin (2011), a primeira etapa dessa modalidade é descrita como pré-análise, em que são escolhidos os documentos a serem analisados e elaboradas categorias que fundamentam a interpretação final.

A segunda etapa, de exploração do material, remete-se à aplicação das ideias da fase da pré-análise (BARDIN, 2011). Minayo (2013) afirma que nessa fase, busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio de categorias, que são expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Por fim, é elencada a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os resultados são tratados de maneira a tornarem-se significativos para os sujeitos da pesquisa. Minayo (2013) ressalta que nessa fase são propostas inferências, relacionando-as com o levantamento teórico ou produzindo novas dimensões teóricas e interpretativas.

Bardin (2011) elenca três procedimentos metodológicos característicos da análise de conteúdo: a codificação, a categorização e a inferência. Para a autora, a codificação é o ato de transformar os dados brutos do texto para alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão, através de recorte, agregação e enumeração. Por sua vez, a categorização consiste em uma maneira de classificar os elementos que constituem um conjunto, reunindo as partes comuns existentes entre eles. Por fim, a inferência é entendida como a própria interpretação do conteúdo analisado, ressaltando a importância de ir além do material coletado, levando em consideração a significação das características do discurso.

#### **4.3.6. Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, conforme determinações da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e suas complementares, em cumprimento aos requisitos exigidos pela Lei Nº 11.794, de 8 de outubro de 2008. A aprovação foi registrada sob o protocolo de número 1.908.792. Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice C).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. ATIVIDADES DE EXTENSÃO

Foram realizadas 9 ações socioeducativas em 7 creches comunitárias do Município de São Luís e em um setor do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Presidente Dutra – HUUFMA/HUPD, atendendo um total de 489 crianças com faixa etária entre 2-18 anos, e 189 mães/pais ou responsáveis ao longo dos três anos de execução do Projeto Sorrir. Todas as atividades programadas foram desenvolvidas, e de acordo com as demandas específicas de cada localidade, algumas atividades não descritas inicialmente na metodologia foram realizadas: distribuição de lanches-modelo idealizados pelas acadêmicas do curso de Nutrição da LAPED-UFMA; realização de uma ação de assistência médica e em enfermagem para atendimento em Pediatria e promoção de uma roda de conversa sobre sexualidade e métodos contraceptivos.

No quadro a seguir (Quadro 2) encontra-se a descrição detalhada de todas as ações socioeducativas promovidas pelo Projeto Sorrir e realizadas pela Liga Acadêmica de Pediatria da Universidade Federal do Maranhão – LAPED UFMA.

Quadro 2 – Descrição das ações socioeducativas desenvolvidas pelo Projeto Sorrir durante os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

<b>LOCAL</b>	<b>DATA</b>	<b>PÚBLICO ATENDIDO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>
<b>Setor de Hemodiálise do HUPD – HUUFMA</b>	20/12/2014	22 crianças 10 pais/responsáveis	2-18 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Palestras aos pais
<b>Creche Estrela do Oriente</b>	25/04/2015	60 crianças 30 pais/responsáveis	3-6 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Palestras aos pais
<b>Creche Comunitária Madalena Silveira</b>	28/06/2015	75 crianças 25 pais/responsáveis	2-6 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Palestras aos pais

<b>Obras Sociais da Paróquia da Cohab</b>	18/06/2016	65 crianças 32 pais/responsáveis	4-14 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Palestras aos pais Assistência médica e em Enfermagem
<b>Creche Escola Maurício José</b>	11/10/2016	126 crianças 13 pais/responsáveis	2-8 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Oficina da Nutrição Palestras aos pais
<b>Creche Escola Ideal</b>	17/12/2016	44 crianças 15 pais/responsáveis	2-10 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Oficina da Nutrição Palestras aos pais
<b>Creche Escola Ideal</b>	11/03/2017	42 crianças 9 pais/responsáveis	2-10 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Oficina da Nutrição Coleta de dados
<b>Obras Sociais Frei Antônio Sinibaldi</b>	18/03/2017	28 crianças 9 pais/responsáveis	6-14 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Oficina da Nutrição Coleta de dados Rodas de conversa (sexualidade) Coleta de dados
<b>Creche Escola Rosa de Saron</b>	25/03/2017	27 crianças 16 pais/responsáveis	3-8 anos	Espaço das histórias Fantoches Jogos lúdicos Oficina de desenho Oficina da Nutrição Coleta de dados

Todas as ações socioeducativas programadas foram realizadas com sucesso. Com relação ao *feedback* recebido pela LAPED-UFMA, a direção de todas as creches nos reportou grande utilidade nas ações desenvolvidas, e frisaram a importância da realização de atividades com crianças e adultos para fins de prevenção primária e conscientização em Saúde.

## 5.2. ATIVIDADES DE PESQUISA

Foram entrevistados 21 mães e dois pais com idade entre 24 e 43 anos. A maioria referiu ter concluído o Ensino Médio, estar casado(a) ou em união estável, ser pardo(a), ganhar de 1-2 salários mínimos, morar em casa de alvenaria. Os filhos tinham idade entre 4 e 7 anos e o relato de alergias como doenças atual ou pregressa dos filhos foi o relato mais prevalente.

Visando auxiliar na interpretação e reflexão das falas obtidas, a seguir encontra-se a descrição detalhada das características sócio-demográficas dos entrevistados e dados referentes à gravidez e parto dos filhos, além de doenças pregressas ou atuais destes (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrição das características sócio-demográficas de mães e pais de crianças matriculadas em escolas comunitárias da cidade de São Luís-MA, 2017.

<b>Sexo</b>	21 – Feminino 2 – Masculino
<b>Idade</b>	Entre 24 e 43 anos
<b>Escolaridade</b>	4 – Ensino Superior Completo (ESC) 2 – Ensino Superior Incompleto (ESI) 9 – Ensino Médio Completo (EMC) 3 – Ensino Médio Incompleto (EMI) 3 – Fundamental Completo (EFC) 2 – Ensino Fundamental Incompleto(EFI)
<b>Estado conjugal</b>	18 – Casado/união consensual 3 – Solteiro 2 – Separado/divorciado
<b>Cor/raça</b>	11 – Pardo 7 – Branco 5 – Preto
<b>Situação empregatícia</b>	12 – Em atividade no momento 6 – Não exerce mais nenhuma atividade 2 – Não está em atividade no momento 3 – Nunca exerceu nenhuma atividade
<b>Renda média mensal familiar</b>	1 – Acima de 5 salários mínimos 4 – De 3-4 salários mínimos 6 – Dois salários mínimos 8 – Um salário mínimo 4 – Inferior a 1 salário mínimo
<b>Tipo de residência</b>	22 – Alvenaria 1 – Madeira
<b>Idade do(s) filho(s) matriculado(s) na creche pesquisada</b>	3 – Entre 7 e 10 anos 12 – Entre 4 e 7 anos 8 – Entre 2 e 4 anos

	2 – Entre 0 e 2 anos
<b>Doença(s) do(s) filho(s)</b>	5 – Alergias 2 – Intolerância à lactose 1 – Asma + aleitamento artificial 1 – Convulsões esporádicas 1 – Obesidade 1 – Baixo peso/dificuldade alimentar 1 – Dificuldade na socialização
<b>Gravidez e parto do(s) filho(s)</b>	2 – Pós-termo (>42s) 2 – Necessidade de reanimação neonatal 1 – Pré-termo 1 – Pré-termo moderado (31-34s) 1 – Pré-termo de muito baixo peso (<1500g) com necessidade de UTIN por 1 mês 1 – Amniorrexe prematura

As categorias analíticas foram delimitadas a partir dos objetivos específicos. Desta forma, serão apresentadas as seguintes categorias:

**Categoria 1** – Criança saudável: discutindo conceitos, práticas alimentares e cuidados

**Categoria 2** – Percepções sobre o desenvolvimento infantil

**Categoria 3** – Brincar, brinquedos e brincadeiras: o papel do lúdico na infância

**Categoria 1** – *Criança saudável: discutindo conceitos, práticas alimentares e cuidados*

Nesta categoria, a partir das falas dos pais e mães de todas as creches pesquisadas, apresentamos e discutimos as concepções do que seria uma criança saudável, e, por consequência, o que seria uma criança não saudável. Inicialmente, houve a descrição dos conceitos de saúde e doença por parte dos entrevistados e, a partir deste tópico, os pais e mães entrevistados delinearão dois caminhos em seus discursos, inicialmente trazendo reflexões sobre alimentação e, posteriormente, sobre práticas de cuidado corporal na promoção da saúde.

Com relação às concepções iniciais sobre saúde, observou-se dicotomização e, conseqüentemente, o antagonismo dos conceitos de saúde e doença: estar saudável é, essencialmente e primariamente, não estar doente. Esta

concepção alinha-se à teoria funcional da saúde proposta por Boorse em 1977, que traduz saúde como objeto de atenção médica no qual há ausência de dor, desconforto, sofrimento ou incapacidades e ainda muito difundida em nossa sociedade (ALMEIDA FILHO, 2013). Os trechos a seguir refletem esta concepção:

*“[Uma criança estar saudável] Ah, é estar bem de saúde né? Não tá sentindo nada... [pausa]... Não tá doente.” (TU03)*

*“[Criança saudável é aquela] Que não seja assim problemática... que não tenha nenhum tipo de doença... que seja ativa, alegre. Esse do meu ponto de vista é assim, né? Ela não tá todo dia em médico, também.” (VE11)*

*“Acho que uma criança saudável, que não fica doente constantemente, que não desenvolve algum tipo de... intolerância alimentar ou a outras coisas também... [pausa] Acho que é isso.” (SF01)*

Entretanto, observou-se que algumas falas traziam um contraponto à concepção funcionalista e biológica de saúde exemplificadas anteriormente, revelando em seu cerne o conceito proposto pela OMS em 1948, o qual afirma em sua essência que saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Revela-se nestes relatos o entendimento da necessidade do bem-estar global da criança para defini-la como saudável, referindo-se tanto à demandas específicas como a relevância do processo do brincar, quanto à situações mais abstratas, como a ideação da felicidade, como ilustra VE08:

*“[Uma criança saudável] Significa feliz, quanto mais a criança mais feliz, é melhor pra gente, ele brincando, é sorrindo [...] pra mim, ele brincando, correndo, pulando, pra mim tá tudo bem...” .*

Da mesma forma, a percepção de situações como tristeza e ausência de socialização foram consideradas por alguns pais como definidoras de ausência de saúde.

*“[O que é não saudável?]Ah, quando a gente vê uma criança triste... entendeu... que alguma coisa tá sentindo né?” (TU03)*

*“O não saudável é deixar a criança em casa, não pode deixar a criança só em casa. Tem que sair com a criança pra criança brincar, porque se ficar só em casa não adianta.” (VE07)*

A definição atual de saúde da OMS sofre várias críticas oriundas de profissionais, pesquisadores e outros sujeitos da área da saúde, que de modo geral, classificam-na como utópica e não operacional (NARVAI, 2008). Assim, as definições de saúde e, por consequência, de doença, sofreram diversas revisões nos anos subsequentes. Canguilhem (1995) considera que, para definir saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do normal ou patológico. O considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro, ou seja, é um processo flexível e não um conceito engessado.

A partir disto, depreende-se que falar de saúde não equivale a falar somente de doença. Tomando como premissa que não estar saudável não significa necessariamente estar adoecido, entende-se que saudável e não-saudável podem ou não envolver patologias, uma vez que estes conceitos se referem à concepção e percepção de saúde e adoecimento como indissociáveis, constituindo experiência contínua e dinâmica. Para Ayres (2007) a experiência da saúde engloba a construção compartilhada de nossas noções de bem-viver e de estratégias para realizá-las na nossa vida em comum e Gamba afirma que a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença são os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece.

Foi observado ainda que a concepção de saúde na infância está intimamente relacionada com o conceito de alimentação adequada, e a recíproca se mostra verdadeira: uma alimentação inadequada e condições de saúde como desnutrição contribuem para o conceito de criança não saudável, como retratam as falas abaixo:

*“Uma criança saudável eu acho que é aquela que... primeiramente se alimenta bem, tem um bom peso [...]”. (TU07)*

*“[...]uma criança desnutrida já é uma criança que não é saudável...”. (TU04)*

Vitolo (2008) afirma que um alimento de maior densidade nutricional é aquele que oferece maior quantidade de nutrientes por valor energético consumido. As mães e pais demonstram ter noções sobre parâmetros da alimentação de qualidade, reconhecendo alimentos de alto teor nutritivo e baixa densidade energética como benéficos à saúde. Assim, frutas, verduras, legumes, proteínas variadas de origem animal e carboidratos oriundos de fontes naturais aparecem como protagonistas da alimentação ideal a ser ofertada para os filhos. Diante disto, é possível inferir que os pais tem conhecimento sobre a importância da ingestão adequada de macro e micronutrientes para que o crescimento e desenvolvimento aconteça dentro dos parâmetros da normalidade; entretanto, não há como determinar se esses conhecimentos tornam-se práticas.

*“Meió coisa que a mãe tem que fazer é na comidinha saudável pra criança, uma saladinha, um feijãozinho [...] uma comida saudável pra mim é um feijão [risos], é um arroz bem quentinho, uma galinha assada.” (VE08)*

*“Uma boa alimentação é comer verduras, frutas, sucos né, para poder ter essa boa alimentação, porque se a criança comer só pipoca, salgadinho, é, comer muito bombom ela não vai ter uma alimentação saudável [...]” (TU01)*

Em contrapartida, alimentos ricos em gorduras e açúcares, configurando alta densidade energética aliada a baixos valores nutricionais – conhecidos como “calorias vazias” (VITOLLO, 2008) – foram unanimemente vistos como inadequados e relacionados a consequências imediatas não desejadas, distúrbios nutricionais, doenças crônicas não-transmissíveis futuras, com variadas interpretações acerca das possíveis etiologias e do mecanismo fisiopatológico, como remetem as falas abaixo:

*“A gente sabe que muito açúcar, né, causando diabetes, muita gordura causa colesterol alto, hipertensão muito sal, então tudo demais causa doença [...] eu acho que é bom a gente se preservar logo enquanto criança, depois que a gente venha a ficar adulto a gente não tenha que tá se deparando com esse tipo de doença [...]” (SF03)*

*“Quando você toma um copo de Coca-Cola, você tem que tomar uns vinte e três copos de água pra diminuir um pouco aquilo que ela agrediu no teu estômago, né.”*

*Então eu acho que faz muito mal o refrigerante, que não é saudável, não é natural...”*  
(SF01)

*“A fritura num tem muitas substância que a criança num fica forte, né?!”* (TU02)

*“Eu terminei de me alimentar, aí se eu for tomar refrigerante, aquele refrigerante vai tirar todos os nutrientes... então é ruim, então não acho certo.”* (VE10)

As falas ratificam os achados de Fechine et al (2015), que avaliaram as percepções de pais sobre a influência da ingestão de alimentos industrializados na saúde infantil. No estudo, os autores evidenciaram a compreensão dos pais com relação à associação de distúrbios como a obesidade e o tipo de alimento consumido pelas crianças, relacionando fortemente a ingestão de alimentos industrializados e hipercalóricos com o aumento do peso. Entretanto, os autores observaram discrepâncias entre discurso e práticas parentais relatadas, pois apesar do conhecimento dos efeitos da ingestão de produtos alimentícios industrializados e/ou hipercalóricos na infância, os pais mantêm a oferta destes alimentos.

O Brasil tem seguido a tendência mundial da chamada transição nutricional, caracterizada por aumento da frequência do excesso de peso e suas consequências metabólicas aliada à redução da prevalência dos diversos espectros da desnutrição e déficit de desenvolvimento (RAMOS; DUMITH; CÉSAR, 2014). Entretanto, quadros carenciais ainda são observados em expressiva parcela da população. Assim, considera-se que o país encontra-se numa situação de dupla carga nutricional (SICHIERI; PEREIRA, 2016).

Segundo Tardido e Falcão (2006), a transição nutricional surge como consequência do desenvolvimento tecnológico e mudança no padrão de distribuição da população entre áreas rurais e urbanas, a partir da necessidade de reorganizar a vida de acordo com as novas limitações de tempo para o preparo e consumo de alimentos, locais disponíveis para se alimentar, entre outros determinantes.

O consumo alimentar brasileiro caracteriza-se atualmente pela busca de alimentos produzidos com novas técnicas de conservação e de preparo, que agregam tempo e menor trabalho ao consumidor, porém são preparações ricas em ácidos graxos saturados e carboidratos refinados (GARCIA, 2003). Em contrapartida, houve uma redução considerável no consumo de carboidratos

complexos e fibras, como frutas e hortaliças. Toda esta cadeia de eventos resultou em um consumo de macronutrientes de alta densidade energética em quantidades muito acima do necessário com baixa ingestão de micronutrientes, que resultou no aumento do número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, associados ou não a carências nutricionais (TARDIDO; FALCÃO, 2006; SICHIERI; PEREIRA, 2016).

Uma das entrevistadas expressa esta tendência ao ser indagada sobre o que entende por alimentação não saudável:

*“Comida [não saudável]... como eu falei ainda agora, é comida com muita gordura, é comida com muito sal, comida com muito conservante, por exemplo, às vezes você tá com muita pressa, você vai no supermercado e compra um empanado ou compra qualquer coisa que já tá ali preparado, você vai chegar em casa, vai esquentar e vai comer, você tá achando que aquilo ali foi bom por que já tava prontinho e você só trouxe e esquentou e comeu, mas você não sabe por quanto tempo... ele tava ali feito, né [...]. esses alimentos eles vem com bastante corantes, muito sal... faz muito... um mal danado pra saúde da criança. Pra qualquer pessoa.” (SF01)*

Faz-se necessário ressaltar que a percepção de alimentação inadequada não guarda relação exclusiva com a infância; pelo contrário, é possível perceber que os entrevistados depreendem que determinado produto *“não é saudável nem pra ele nem pra mim, que sou a mãe dele”*, como afirma VE08.

O cuidado em ofertar alimento em quantidades adequadas e com composição nutricional apropriada desde as idades mais tenras, visando a formação de hábitos alimentares saudáveis para a vida futura manifesta-se na fala de SF03: *“se ela tá preservando a alimentação dele desde cedo, vai tá evitando com que ele venha tá adquirindo essas doenças com o tempo”*.

Ramos e Stein (2000) afirmam que os parâmetros normativos da alimentação, ou seja, qualidade nutricional, quantidade de alimentos, tempo e intervalo entre refeições, são determinados pelo grupo social no qual o núcleo familiar se insere. Portanto, é na família que recai a responsabilidade de desenvolver o comportamento alimentar dos filhos.

Entretanto, faz-se necessária a análise da responsabilidade familiar na construção do padrão alimentar frente às influências que recebe, considerando

especialmente fatores ambientais, como a disponibilidade de alimentos conforme a sazonalidade, fatores culturais – ao evidenciar a preferência por determinados alimentos – e de fatores econômicos, representados principalmente pela dificuldade na aquisição frente à situação econômica familiar (BURITY et al., 2010)

Além do exposto, evidencia-se a importância da mídia – em especial, a televisiva – nas práticas alimentares dos núcleos familiares brasileiros. Santos et al. (2012) destaca em seu estudo que a maioria dos produtos alimentícios veiculados em propagandas de TV aberta são constituídos de altos teores de gordura, carboidratos e sódio, observando-se ausência de propagandas acerca de frutas e vegetais, por exemplo. Ainda segundo o autor, a intencionalidade na escolha do horário das propagandas para atingir o público infantil, o tempo de exposição e o tipo de apelo (associação com personagens animados) utilizado pelas emissoras de televisão caracterizam a influência deste meio midiático nas escolhas alimentares da família.

Não obstante, várias ações têm sido desenvolvidas a fim de minimizar os impactos negativos desta exposição excessiva na saúde infantil. Uma delas constitui-se do projeto de Lei (PL – 6080/2005) que dispõe sobre a regulamentação de propagandas de bebidas e alimentos potencialmente causadores de obesidade, abordando possíveis restrições ao seu conteúdo. Apesar do arquivamento do projeto em 2007, a iniciativa gerou inúmeros debates nas esferas da Saúde, Educação e Economia.

Dentre os determinantes das escolhas alimentares, outro ponto importante a ser destacado relaciona-se à associação entre poder econômico e práticas alimentares. Em alguns relatos foram observadas estratégias de adequação de consumo em função de fatores econômicos, priorizando a alimentação apropriada dentro do que seu contexto financeiro poderia oferecer. É o caso de VE01, que explica: *“eu faço um esforço... um leitinho, que hoje em dia você não vê uma criança na periferia tomando um copo de leite... Porque essa crise tá arrebatando todo mundo...”*.

Rauber (2009) relacionou a qualidade e gastos envolvidos na alimentação, observando aumento diretamente proporcional da aquisição de alimentos de melhor qualidade nutricional de acordo com a maior poder aquisitivo.

Entretanto, segundo o European Food Information Council (EUFIC), o acesso a maiores recursos financeiros, podendo aumentar o poder de escolha, não se traduz necessariamente em alimentação de melhor qualidade (EUFIC, 2005). Evidencia-se, portanto, a necessidade de individualizar as orientações dietéticas e de promoção à alimentação saudável (RAUBER, 2009), visando otimizar o consumo de alimentos com maior qualidade nutricional com o mínimo de impacto no orçamento familiar.

Durante as entrevistas, o relato de uma mãe chamou nossa atenção. Na coleta de sua história de vida, processos de adoecimento e condições do nascimento de seu filho, relatou que seu filho nascera prematuro, pesando menos de 2000g, necessitou de reanimação neonatal e permaneceu cerca de um mês internado na UTI, período no qual permaneceu impossibilitada de prover aleitamento materno. Sua angústia em lembrar a situação de caráter extenuante – afinal, ela encontrava-se sem aparato familiar para fornecer suporte frente a um risco iminente de óbito de seu filho recém-nascido – era notável. E, ao nos relatar tal situação, percebemos que naquele período encontrava-se a gênese do padrão alimentar e corporal que ela considerava como adequado. Ao ser indagada sobre doenças do filho, reportou-me que o médico o diagnosticou com “começo de obesidade”, porém, ela não acreditava nas palavras do profissional, afinal, seu filho “comia de tudo” e ele nasceu “pequenininho demais”, então ela não o considerava gordo – o excesso de peso e o apetite voraz com preferência para carboidratos refinados era sinônimo de saúde para ela, uma vez que o trauma de vê-lo lutar pela vida e conquistar a habilidade de se alimentar havia moldado sua percepção do que era ou não saudável.

Segundo ela, seu filho *“já foi acostumado desde bebezinho que ele come as coisas, porque ele não mamou [...] e assim que ele saiu da UTI assim também, ele foi direto pro NAN, ai foi acostumando já com o mingau aí pronto... depois foi comida.”* (TU03)

Quando questionada sobre o que considerava uma boa alimentação, sua resposta foi categórica: *“Ah, pra mim tudo é bom! [risada] [...] comendo, tá bom demais, mulher.”* (TU03)

Portanto, nesse contexto, o ato de alimentar-se isoladamente, não importando a composição nutricional, seria indicador de saúde; sua consequência –

o sobrepeso – não seria visto como patologia, e sim como sinal de que a estratégia alimentar adotada estaria dando resultados.

Observa-se então, a partir deste relato em particular, a forte influência de uma crença parental no desenvolvimento de seu filho, demonstrando que além do contexto social e cultural no qual o núcleo familiar está inserido, das características pessoais dos cuidadores e dos fatores biológicos e ambientais, as experiências de vida também são capazes de influenciar as percepções sobre desenvolvimento e, por conseguinte, as práticas em saúde com relação à criança, uma vez que o processo de escolha alimentar é complexo e dinâmico, envolvendo determinantes biológicos, sócio-culturais, antropológicos, econômicos e psicológicos (JOMORI, 2008).

Uma outra percepção do conceito de criança saudável observada na fala dos pais relaciona-se à prática de hábitos de higiene e cuidado corporal adotados pelas crianças, como observado na fala de VE04: *“Um hábito não saudável... acho que deixar a higiene de lado [...] Uma criança limpinha, com cabelinho arrumado é bem legal.”*

As mães e pais descreveram a rotina de cuidados corporais praticados por seus filhos e/ou o que consideram ideal dentro do contexto de hábitos saudáveis, como evidenciam as falas abaixo:

*“Pra você almoçar, você vai ter que lavar as mãos... é... a higiene de escovar os dentes... andar com a roupa limpa...”* (SF01)

*“[...] lavar as partes dela, bem lavado né? E cortar as unhas, sempre tem que ter as unhas limpas. Escovar os dentes, ter muito cuidado.”* (TU09)

*“Criança tem que tá limpa, tem que andar cheirosa, né? Tem que tá bem asseada, não pode tá de cabelo sujo, unha suja, não pode tá com mau cheiro...”* (VE06)

Nas falas analisadas, a inferência da relação entre higiene corporal adequada e prevenção de doenças infecciosas ficou bem estabelecida, tal como evidenciam as falas abaixo:

*“[...] A mãe num tem aquele cuidado de alimpar a mão, lavar a mão direito daquela criança, então tudo isso corre risco de adoecer, pegar uma infecção, então... melhor se cuidar de quê adoecer.” (VE08)*

*“A gente sabe que se tá vivendo em sujeira, a probabilidade de adquirir doenças também é muito grande.” (SF03)*

*“Ah sobre a higiene, tem que cuidar bem, né, do corpinho, das mãos, dos pezinhos e não tem que andar no chão sujo, pegar micose, pegar asma [...]” (TU06)*

A higiene sanitária e do ambiente no qual a família convive também foi destacada como relevante no binômio saúde-doença, como mostram as falas a seguir:

*“Eu acho importante... toda casa tenha sua higiene, pelo menos sua higiene básica, né, a limpeza básica [...] faz bem também pra nossa saúde, é um complemento pra nossa saúde.” (SF02)*

*“Essas coisinhas de se preocupar com... de ter um sanitariozinho bacana, pra evitar bactéria...” (VE01)*

O papel de educadores iniciais e integrais conferido às mães e pais exige uma postura constante de formadores de hábitos, seja através da orientação verbal, seja por meio do exemplo. Assim, os conhecimentos empíricos e científicos adquiridos ao longo da vida somam-se às vivências pessoais e irão resultar no conhecimento propagado aos filhos, a fim de evitar experiências desagradáveis, experimentadas ou não pelos pais.

*“Na minha adolescência eu tinha muita preguiça de escovar os dente, e hoje eu já num tenho, minha boca já num é completa como devia ser, por causa falta de cuidado que eu tive [...] não quero que meus filho passe, tendeu, ai por isso que eu fico em cima deles pra tá escovano os dente [...]” (TU02)*

Nesse processo ligado à higiene, a escola figura como campo de aprendizado, reforço e prática de hábitos ensinados em casa, destacando-se a relação educador-criança, pelo papel de intermediador e mediador dos educadores. A forma como realizam esses cuidados pode resultar em um importante aumento ou diminuição na incidência de episódios de infecção nesse ambiente (AMORIM, 2000).

A fala de TU04 reforça este conceito: *“Eu acho que ela aprendeu aqui na escola [...] nós não ensinemo muita coisa pra ela dessas coisas, não...”*

Apesar do consenso empírico e científico da necessidade da higiene adequada na prevenção de doenças infecto-parasitárias e na conseqüente redução de agravos, os excessos também configuram condutas prejudiciais.

*“Não é pra sentir muita frescuragem com criança, porque eu digo, minha irmã é a uma irmã chata. Eu digo isso é daí, o menino dela só vive trancado em casa como eu lhe digo é difícil deles conviver na terra, mas só vevi doente [...] e a minha tia que os meninos só veve brincando na terra e os pequeno são uns meninos saudáveis. Aí assim tudo bem, não é deixar assim todo tempo uma terra [...]”.* (VE11)

Esta fala ratifica a “teoria da higiene” sugerida por Strachan (1989), que advoga o contato não-higiênico com outras crianças como prevenção de doenças alérgicas no decorrer da vida. Esta hipótese permanece controversa, entretanto, uma coorte conduzida por Lynch et. al, com amostra de 1037 indivíduos, evidenciou que crianças que tinham o hábito de chupar o dedo ou roer as unhas apresentaram um risco menor de desenvolver sensibilização atópica, com menor probabilidade de ter testes alérgicos cutâneos positivos aos 13 anos de idade, com aparente efeito protetor persistindo até os 32 anos de idade (LYNCH et al, 2016). Apesar desta evidência, é necessário individualizar as orientações em higiene, levando em consideração as características sociodemográficas, epidemiológicas e os indicadores de saúde de cada região.

As situações descritas nas falas das mães e pais envolveram particularidades culturais, sociais, econômicas, psicológicas e biológicas, ressaltando a importância de ponderar tais determinantes ao analisar as nuances implicadas no processo saúde-doença e por conseqüência, na promoção à saúde da criança.

Gutierrez e Minayo (2010) afirmam que para compreender como os sujeitos se portam e agem diante do fenômeno saúde-doença-cuidado, é necessário conhecer as representações, valores e lógicas que estão presentes nas práticas cotidianas das famílias, que são construídas através das interações sociais. As autoras ressaltam ainda que como as famílias atuam como reprodutoras da ordem

social, os aspectos culturais definem não somente o que é saúde, como também o que é cuidado adequado em saúde, delineando significados e práticas. Portanto, os sentidos culturais, coletivos e individuais apresentam interações entre si, resultando em formas particulares de cuidar de si e dos outros.

### **Categoria 2 – Percepções sobre o desenvolvimento infantil**

As falas das mães e pais entrevistados expressaram uma compreensão de influência direta dos pais na formação e desenvolvimento dos filhos, delineando comportamentos e práticas que, muitas vezes, irão se perpetuar na vida adulta:

*“Criança é uma folha em branco... quem escreve são os pais... as primeiras linhas. E essas primeiras linhas tem essa essência da brincadeira do ensinar a fazer, do quê que é pra brincar, o quê que pode brincar, como brincar, por quê brincar... então tudo isso seria um desenvolvimento delas. Algumas crianças que veem algumas atitudes de adulto e repetem [...] várias coisas que elas realmente fazem e não são delas, elas percebem no mundo.” (TU07)*

A fala acima destacada expressa uma crença ainda presente no imaginário social: crianças seriam semelhantes a uma “folha em branco”, como objeto passivo das determinações parentais e sociais. Entretanto, é errôneo assumir que a criança é um ser passivo nesse processo de construção. Pelo contrário, segundo Sousa (2016), ela apresenta um papel ativo no processo de apropriação da cultura ao reconstruir e se apropriar das práticas culturais com as quais tem contato, processo que depende da interação da criança com o que a cerca em especial, de pessoas mais próximas ao seu convívio, que acabam por se tornar mediadores fundamentais no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, formal e informal.

Para Reis e Muzzeti (2014), a infância é uma construção histórica, determinada pelo tipo de sociedade na qual o núcleo familiar está inserido. Para compreender como se dá a produção das diversas concepções sobre infância na atualidade, é necessário entender sua construção social à luz da História. Ariès (1973) traz uma importante contribuição para esse campo quando evidencia a

infância como uma construção social, ao invés de um simples fato biológico. O autor afirma que a representação da infância tal como é concebida atualmente era inexistente antes do século XVI, pois na sociedade medieval não havia distinção clara de papéis em função da idade dos indivíduos; ou seja, apenas o tamanho distinguiria as crianças dos adultos.

De acordo com Levin (1997), no século XVII, com o advento da visão positivista do mundo e do homem, a primeira ideia de infância foi concebida, passando a designar a primeira etapa da vida de um indivíduo caracterizada pela necessidade de proteção por parte dos adultos. Como a criança era vista como um ser incapaz e por vezes, irracional, cabia aos seus tutores discipliná-las afim de exercer controle sobre seus corpos, movimentos, atitudes e pensamentos (DE MAUSE, 1991). É neste contexto histórico que nasce a ideia da criança subjugada às expectativas dos pais e aos valores socialmente desejáveis. Os autores reforçam as ideias de Durkheim (1978), que concebe a criança como ser instável, questionador, devendo ser educada. Para o autor, a educação é entendida como inserção de três elementos da moralidade na subjetividade da criança: disciplina, espírito de abnegação e autonomia da vontade.

Nesse sentido, outra questão a ser destacada das entrevistas, refere-se ao fato de que os pais aparecem no papel de primeiros (e permanentes) educadores, concomitantemente com a escola, fato reforçado na fala de TU01:

*“(...) porque a gente tem saber, que não é só a escola, os pais tem que ser educadores também né, se você não dá uma boa educação, a escola não vai ser 100%. Tem que ser as duas partes, você tem que andar junto com ela.”*

Entretanto, apesar do senso comum apontar mães e pais como primeiros cuidadores e educadores, é preciso ponderar sobre a participação do gênero na diferenciação de papéis dentro do contexto familiar. Martins, Abreu e Figueiredo (2014) afirmam que os casais ainda se organizam de acordo com o modelo tradicional, no qual a mãe figura como principal responsável e cuidadora e ao pai é conferido um papel de prestador secundário de cuidados, figurando como apoio materno. Este tipo de postura simultaneamente constrói e é construída pela ideologia tradicional de gênero, estabelecendo o cuidar como tarefa essencialmente

feminina e atrelando maior parcela de responsabilidade à mãe; assim, cabe ao pai exercer sua parentalidade através do auxílio à mãe.

Em nosso estudo, observamos que a grande maioria dos entrevistados era constituída por mulheres, e a fala de VE08 vem reforçar esta importante reflexão sobre os papéis de gênero no núcleo familiar: *“[Interagir e brincar] é mais comigo, porque pai dele travaia, só chega à noite, quando ele sai, ele tá dormindo, chega, tá dormindo. Então mais é comigo.”*

Ainda no contexto da influência dos pais na formação dos filhos, a importância de uma harmonia familiar foi observada nas falas, relatando como desejável a convivência pacífica e agradável entre os constituintes do lar para o bom desenvolvimento infantil:

*“[Uma criança que se desenvolve bem é aquela que] Assim, não briga com o pai, ou a mãe tá brigando... com tudo aquilo vem fazendo com que ele tenha um bom desenvolvimento, porque acho que a questão da convivência com a família, isso é fundamental na vida daquela criança, vai tá ajudando bastante no desenvolvimento dela [...]. Daí vai refletir no que ela vai ser no adulto... vendo aquele ambiente onde tem harmonia, tem paz, onde vai ter respeito [...]”* (VE05)

A preocupação com os efeitos de uma constituição harmoniosa dos lares no futuro da criança não se traduz em exagero: Barnett (apud MAIA; WILLIAMS, 2005) destaca que 30% das crianças que foram maltratadas na infância produzirão abuso e/ou negligência em suas crianças no futuro, ao passo que 70% de pais que maltratam seus filhos foram maltratados quando crianças.

Lares violentos expõem a criança a fatores de risco ao seu desenvolvimento e de modo geral, podem existir consequências em decorrência da exposição à violência conjugal, mesmo não sendo diretamente vítima da violência (MAIA; WILLIAMS, 2005). Não obstante, lares harmoniosos não necessariamente serão sinônimos de bom desenvolvimento, pois este sofre influência de outras determinantes sociais, biológicas e psicológicas, intrínsecas ou extrínsecas a criança.

Sousa (2016) afirma que além do ambiente familiar, a creche e a escola constituem importantes nichos do desenvolvimento infantil, pois representam os primeiros contextos de socialização da criança. Para a autora, os pais percebem a escola como ferramenta para transformação social, a partir do momento que a consideram importante para o aprendizado formal, para disciplina e para o êxito formal, representando uma possibilidade de melhorar futuramente seu contexto econômico-social. Assim como no contexto familiar, na creche ocorrem interações criança-criança, constituindo um importante microsistema para o desenvolvimento infantil.

*“Desenvolvimento... olha, eu não entendo muito não. Mas criança não pode ficar só dentro de casa, não pode .... não pode se isolar, tem que brincar com alguma criança, porque se ela ficar só dentro de casa, não vai desenvolver nada. (VE07)*

As falas abaixo demonstram a preocupação com relação à descoberta da sexualidade na infância, colocando em pauta a problemática da erotização precoce dos filhos, relatada como uma mudança na infância. Trazem também uma percepção da possível influência da mídia, em especial, a televisão e a música:

*“A infância da gente... hoje em dia que não tem mais infância, que agora uma criança de dez anos já tá pensando já... tá pensando em outras coisas. Já está fazendo maldade, entendeu? Os meninos já estão pensando outra coisa. Por isso, realmente, eu não gosto de deixar ela na casa dos outros, porque a criança anda... a criança hoje em dia está diferente, entendeu? Porque, tipo, a gente deixa o filho da gente brincar na casa da vizinha com calcinha, cinco anos, já tem outra pessoa lá... minha filha mesmo de seis anos, eu não deixo ela de calcinha não. Mesmo na frente do pai dela, porque a infância hoje em dia mudou demais [...] A criança... sei lá, dessa idade dez anos já pensa um monte de coisa. Aí já vai nascer o seio, entendeu? Já acha que já pode namorar? Aí nasce um pentelho debaixo do braço, na parte íntima aí já acha que já pode namorar.” (VE03)*

*“Eu fico sempre ligada neles pra não fazer besteira, por que como o quarto deles tem uma televisão, eu achei um CD, que não sei quem levou, que era só negócio de funk, e eu não deixei [...] besteira que eu acho assim... tem um que sempre vai*

*brincar com eles, que ele já é maiorzinho, aí outro dia minha irmã escutou eles falando umas coisas já de... adulto. [...] Às vezes eles ficam falando em sexo. E pra mim, a idade deles ainda não permite que eles fiquem falando.” (SF01)*

Segundo Freud (1996) “a criança possui, desde o princípio, o instinto e as atividades sexuais. Ela os traz consigo para o mundo, e deles provém, através de uma evolução rica de etapas, a chamada sexualidade normal do adulto.” O autor diferencia a sexualidade do instinto sexual, por surgir desde os primórdios da formação da psique. Na criança, delimita as etapas do desenvolvimento libidinal em oral, anal e fálica. Em síntese, as proposições freudianas referem-se à sexualidade como aspecto intrínseco e fisiológico do desenvolvimento humano. A ideia de sexualidade como instintiva e natural é desconstruída ao compreendê-la como dimensão que vai além dos genitais, compreendendo seu caráter relacional (ZORNIG, 2008).

Entretanto, de acordo com Reis e Muzzeti (2014), devido a vários fatores, muitas crianças têm sido estimuladas a tornarem-se adultas precocemente, revelando que instâncias como a mídia tem papel fundamental neste processo. Figueiredo et al (2009) consideram que a mídia se constitui como um dos principais estimulantes para a erotização precoce, tanto pela produção e veiculação de estímulos eróticos, quanto pela permissividade com que esses estímulos chegam até as crianças. Reis e Muzzeti (2014) assinalam ainda que com o advento da globalização e propagação dos veículos de comunicação, a criança se torna um consumidor em potencial para a mídia, que invade o mundo infantil de uma maneira nem sempre adequada às crianças. Nesse contexto, a educação voltada para conhecimento da própria sexualidade, compreendendo-a como natural e não negativa, traz contribuições válidas para a infância, tais como a noção de saúde, higiene e responsabilidade com o corpo (REIS, 2014).

Uma outra questão que um trecho da fala acima de VE03 nos instiga a pensar quando se trata de sexualidade e infância é o tema do abuso sexual infantil: “[...]minha filha mesmo de seis anos, eu não deixo ela de calcinha não. Mesmo na frente do pai dela, porque a infância hoje em dia mudou demais [...] A criança... sei lá, dessa idade dez anos já pensa um monte de coisa”. Essa fala traz, de forma velada, a influência da cultura do machismo dentro do tema do abuso sexual, a partir

da naturalização da erotização precoce e conseqüente culpabilização do comportamento da criança, em detrimento da responsabilidade do possível abusador.

Segundo dados do Disque-Denúncia Nacional da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), em 2016 foram registradas 15.707 denúncias sobre violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, sendo que deste número, 11.560 denúncias referiram-se a abuso sexual, e três referiram-se a estupro. É o quarto tipo mais comum de violação aos direitos das crianças, correspondendo a 20,62% de todas as denúncias (BRASIL, 2017).

Ao analisar a percepção de mães sobre violência sexual praticada contra suas filhas no ambiente intrafamiliar, Lima e Alberto (2015) afirmam que as mães entrevistadas trabalhavam fora de casa e assumiam o papel de provedoras do núcleo familiar. Nessa situação de ausência, os abusos sexuais aconteciam. Evidencia-se o papel da cultura do patriarcado e das questões de gênero na gênese do problema, presentes na tendência em responsabilizar a mãe pelo abuso e, a partir da fala de VE03, em responsabilizar também as crianças – especialmente, as meninas.

Com relação às conseqüências do abuso sexual na infância, Florentino (2015) afirma que não é possível delimitar categoricamente os efeitos do abuso sexual, pois a gravidade e a extensão destes dependem das singularidades da experiência de cada vítima. Dentre as particularidades envolvidas no processo, o autor elenca variáveis relacionadas à violência praticada – grau de penetração e associação com violência psicológica ou física – e relacionadas à vítima – idade da criança, idade quando do início da violência, quantidade e duração dos episódios e diferença de idade e/ou presença de vínculo entre abusador e vítima.

Ao analisar relatos de mulheres que sofreram abuso sexual na infância, Lira et al. (2017) observaram que a experiência dentro do contexto familiar resultou em alterações funcionais, comportamentais e na dinâmica familiar, afetando a vida adulta das participantes de seu estudo. Os efeitos desta vivência acarretaram prejuízos emocionais, levando-as a sofrimento intenso, independentemente do número de episódios ou do tipo de abuso.

Nenhuma das entrevistas nos trouxe explicitamente o tema do abuso como uma questão. Entretanto, compareceu implicitamente como exposto na discussão acima, chamando a atenção para o pressuposto do desenvolvimento sexual infantil precoce, em especial, da hipersexualização e erotização das crianças, possivelmente influenciado pelos meios midiáticos e permeado pela cultura do machismo. Estas questões abrem precedentes para a ampliação do debate sobre desenvolvimento infantil, demonstrando que o processo de desenvolver-se abrange muito mais do que atingir marcos pré-determinados e desenvolver habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. Desta forma, visando a integralidade no acompanhamento da saúde da criança, os profissionais de saúde devem estar atentos a estas e outras particularidades, ponderando sua interferência no desenvolvimento infantil.

### **Categoria 3 – *Brincar, brinquedos e brincadeiras: o papel do lúdico na infância***

Nesta categoria, foi identificada nos relatos de mães e pais a descrição das brincadeiras praticadas por seus filhos, a percepção da interação criança-criança e criança-família e a violência urbana figurando como fator restritivo às práticas do brincar, abrindo precedentes para o predomínio de ferramentas tecnológicas na recreação e do entretenimento fornecido pela mídia. Os pais reconhecem a importância do brincar e da prática da atividade física na infância; entretanto, a problemática de um contexto urbano de violência associado à falta de espaços destinados a estas práticas contribuem para que a brincadeira esteja restrita a locais considerados seguros ou que, em muitos casos, ela nem aconteça.

A percepção do predomínio das tecnologias e da mídia como recreação das crianças na contemporaneidade, em oposição às brincadeiras e brinquedos de gerações passadas comparece em diferentes falas, como essas destacadas abaixo:

*“As brincadeiras eu ainda insisto pra ver se eles brincam como antigamente que... a tecnologia arrebitou com essa gurizada, né?” (VE01)*

*“No meu tempo, não tinha atividade pra criança assim [...] então isso tudo era atividade que hoje em dia é considerado atividade física, antigamente não, antigamente era brincadeira de criança mesmo, normal...” (TU04)*

*“[...] Hoje em dia, é mais é negócio de televisão, essas coisas de videogame, ficar dentro de casa vendo essas coisas, aí eles esqueceram essas brincadeiras, mas eu acho importante. Na minha vida eu tive isso e eu queria passar pra ela também.” (VE05)*

De fato, a tecnologia – entendida aqui no sentido mais restrito da palavra, sendo referente aos meios de difusão de mídia, meios de comunicação modernos e jogos eletrônicos dos mais diversos – tem ocupado um espaço cada vez maior na atual configuração social. Logo, como ser assimilador e recriador de realidade, a criança absorve e adapta essa nova disposição, inserindo em seu brincar os recursos tecnológicos (CHAVES, 2014).

No cotidiano infantil, a introdução da tecnologia, por meio de computadores e jogos eletrônicos, alterou as formas de brincar, invertendo papéis na condução da brincadeira: o brinquedo determina o ritmo e o tipo de brincadeira, e não mais a criança. A criança encontra-se cada vez mais imersa em jogos eletrônicos, Internet, televisão, DVD's e aparelhos celulares (RAVASIO E FUHR, 2013), reconfigurando os padrões de brincadeira. A popularização de tecnologias avançadas e o progresso da economia brasileira moldam as ambições infantis, fazendo as crianças desejarem novos tipos de presentes e os pais acabam por ceder, para compensar uma possível ausência; desta forma, propiciam maior contato de seus filhos com a tecnologia, o que pode prejudicar a criança tanto no seu desenvolvimento intelectual quanto na formação social da criança, já que para jogar ou utilizarem o computador, privam-se do convívio social com outras pessoas (BUCKINGHAM, 2003).

Segundo Martins e Castro (2011), mudou também o uso do tempo livre, dos espaços necessários para brincadeiras, trouxe novas linguagens, desenvolveu novos consumos, além de ter trazido mudanças nas formas de ler e de escrever.

Entretanto, os resultados encontrados nesta pesquisa indicam justamente que algumas crianças ainda brincam com brincadeiras tradicionais como correr,

jogar bola e brincar de boneca. Para Santos (2013), na atualidade, mesmo com toda tecnologia, as brincadeiras presentes na vida das crianças são semelhantes à das gerações passadas, o que é evidenciado nas falas dos pais, ao descreverem brincadeiras atemporais como práticas de seus filhos.

*“Ela brinca de bola, ela brinca de boneca dentro de casa, a gente monta quebra cabeça com ela dentro de casa [...]”* (VE07)

*“Ela gosta de brincar com panelinha, não tem essas coisas?”* (TU06)

*“O que ele gosta mais mesmo é de jogar bola. Ele gosta de jogar bola, empinar pipa... mas num lugar adequado, né”* (SF03)

*“Minhas filhas gostam de brincar... que elas gostam de brincar de desenhar, e assistir desenho, no máximo. E bagunçar a casa, só isso.”* (VE02)

O autor destaca ainda que o brincar faz parte da vida da criança e se caracteriza por ser transmitido através das gerações, aprendido no cotidiano e convivência com as pessoas que permeiam seu círculo social, seja nas ruas, parque ou escolas, produzindo suas próprias culturas infantis ao socializar com outras crianças. É forma de expressão através da fala, gestos e comportamentos, constituindo-se em atividade dinâmica, produzindo e resultando de transformações. Garcia et al (1989) afirmam que no decorrer do tempo, as brincadeiras e o processo do brincar passam por mudanças, contudo, sua essência não sofre alterações, modificando-se apenas suas condições de existência. Outra questão que compareceu nas falas dos pais e mães em relação ao brincar foi a preocupação com a interferência do contexto da violência urbana neste processo:

*“Ah não... o mundo que tá hoje em dia, pra criar menino, não é comigo não. Não deixo mesmo. Tem muita maldade.”* (TU03)

*“Hoje em dia não dá pra soltar os filhos da gente nesse mundo, especialmente nos bairros da periferia”* (VE01)

*“Você não sabe o que o seu filho tá fazendo ali na rua...”* (SF01)

Em seu estudo sobre a infância contemporânea e sua relação com a cidade, Meira (2004) traz uma reflexão sobre a importância da ocupação dos

espaços urbanos como facilitador no convívio social na infância. Segundo a autora, almejando a segurança perante o desconhecido, os pais restringem o contato de seus filhos com locais que propiciem algum tipo de perigo; assim, as crianças deixam de apropriar-se de locais públicos como praças e ruas, importantes espaços de troca de saberes, experiências e afeto.

Nesse contexto, muitas vezes, o brincar e a interação criança-criança encontram-se restritos ao ambiente escolar, cujo enfoque pedagógico sobressai em detrimento do lazer, como evidenciado nas falas a seguir:

*"Tem que ir pra escola, pra ver se interage com criança também". (VE07)*

*"[É importante] Não brincar só entre si, os irmãos, mas brincar em grupo, com outras crianças também. Isso é muito bom... aqui mesmo as tias já disseram pra mim: 'ó, ela já participa das atividades, ela já sorri', porque antes ela era o mundo dela." (VE06)*

Nesta perspectiva, Tschoke e Rechia (2012) afirmam que a escola assume a função de espaço de lazer – embora não seja sua função primária – especialmente por questões de segurança e pelas atividades que ofertam. As autoras encontraram em seu estudo fatores que dificultam e/ou impedem que as crianças se apropriem dos espaços públicos: a não-apropriação *per si* destes espaços, o cenário de violência e insegurança na comunidade, a escassez de ações voltadas para o esporte e lazer, ausência dos pais no cotidiano infantil e questões relacionadas à gestão e administração destes locais.

Apesar de os pais não concordarem com o uso irrestrito dos recursos tecnológicos, ele parece se tornar mais aceitável a partir do pressuposto que seus filhos estariam em casa, na segurança de seus lares, em vez de estarem na rua, à mercê de possíveis perigos e riscos inerentes a esta prática. A rua, então, é vista como terreno inseguro, traiçoeiro, e não como um espaço para apropriar-se ou para promover socialização e integração. Isto se torna especialmente preocupante, pois, segundo os relatos, não há espaços públicos adequados para as práticas de lazer e atividade física das crianças, obrigando-as ao confinamento em suas casas para preservar sua integridade física. A fala de TU03 traz esta percepção:

*“Ele é viciado... viciado mesmo... em jogo de celular. É direto no jogo. Eu numa parte eu acho bom, que ele não fica em rua. Por outra, que se ele tiver jogando e tu falar com ele, ele nem dá atenção pra ti[...] Ah, pelo menos ele não tá na rua, tá só dentro de casa brincando..”(TU03)*

A problemática das substâncias ilícitas, do crime e do tráfico também permeia o relato dessas famílias, reforçando o receio de que seus filhos frequentem as ruas:

*“O que eu vejo por aí, que eu ando por aí tudo, os menino pequenininho já tão tudo numa droga, tudo fumando, aquilo dali eu vejo, imagina um filho meu naquela situação? Deus me livre. É mãe que não liga entendeu?” (TU03)*

Os achados reforçam as proposições de Bracco (2003), que afirma que a urbanização e a falta de espaços públicos aliados à crescente onda de violência nos centros de grande e médio porte são grandes impedimentos à prática de atividades físicas, tornando as atividades sedentárias mais do que atrativas, praticamente as únicas opções de lazer que possuem, principalmente em regiões de baixo nível socioeconômico. Portanto, mesmo quando há o conhecimento da importância do brincar e das práticas de atividades esportivas, a falta de assistência obriga os pais a restringir o acesso à rua ou pagar por serviços que promovem atividade física:

*“Não tem na escola... se a gente quer que o filho participe de uma atividade, a gente tem que pagar [...] pro seu filho jogar uma bola, você tem que tirar um tempo pra você levar seu filho numa quadra ou num local adequado pra ele brincar, por que a gente mora em rua, né, não pode brincar em rua, lá em casa é assim [...] aí a gente... as crianças ficam assim, à mercê, sem ter onde brincar e não tem um local adequado pra brincar, e quando tem é muito longe de casa.” (SF01)*

*“[...] Eu sempre fui um cara de me exercitar... na escola, depois da escola, sempre gostei de esporte e quero isso pros meus filhos, mas... [...] Hoje em dia tudo é pago.” (VE01)*

Com relação à interação entre pais, mães e filhos, a maioria afirma que esta se faz presente na rotina familiar, e percebem com clareza a importância da presença dos pais nas brincadeiras dos filhos:

*“Ah, pra mim é muito bom, a gente brinca junto, nos momentos que dá pra mim eu vou brinco com ele [...]Então eu deixo muito de fazer meus... minhas coisa pra mim brincar com ele, porque ele se sente só, então eu num gosto, como é só nós dois”(VE08)*

*“Ah, a gente coloca ela pra brincar junto com a gente, porque como meu marido trabalha o dia todo, aí quando chega em casa, principalmente agora, final de semana, a gente sempre brinca com ela...” (VE02)*

Santos (2013) constatou que independente da atividade ou do objeto que a criança brincava com outros sujeitos, ela apropriava-se da cultura e a recriava, dando sentido para aquilo que recebia, reproduzindo novas regras e novas brincadeiras. A autora ressalta ainda que as representações das crianças não são necessariamente reproduções fieis do que é visto nos adultos, elas criam situações e brincadeiras que lhe são convenientes e significativas para determinado momento. Desta forma, a criança arquiteta um mundo de possibilidades infinitas através da imaginação, mundo este que, muitas das vezes, não condiz com o mundo real que vive. A imaginação pode representar um espectro de alternativas, abrangendo desde o lazer em sua forma pura até uma estratégia de enfrentamento. A fala de TU04 ilustra a questão da imaginação no brincar de suas filhas:

*“Qualquer coisa na mão delas vira um brinquedo... a minha coisa de ferramenta, elas garram minhas chaves tudinho e ficam brincando A imaginação delas é muito fértil... uma chave de fenda pra virar um boneco... uma coisa pra elas ficarem brincando...”.*

Winnicott (1971/1975) afirma que “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem na sua liberdade de criação”. Para o autor, o brincar permite harmonizar aspectos internos e externos do indivíduo, sendo relevante não só no universo infantil, pois a capacidade criativa exigida pelo brincar influencia no enfrentamento de determinadas experiências, encontrando novas perspectivas e saídas para os conflitos apresentados pelo sujeito, sendo este adulto ou criança.

Além de sua relevância no campo do desenvolvimento, o brincar figura como importante facilitador do crescimento infantil adequado e da prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, considerando que diversas brincadeiras

infantis promovem a prática de atividade física. A OMS (2010), ao estabelecer diretrizes para a promoção da atividade física, confirma os benefícios proporcionados pela prática na faixa etária de crianças e jovens, que incluem melhoria no condicionamento físico, redução da quantidade de gordura corporal, melhorias na saúde mental, nos aparelhos cardiovascular e osteoarticular e nos marcadores metabólicos. A fala de VE06 diz respeito a estes achados da literatura: *“A criança tem que se desenvolver também no brincar. No brincar ela vai interagir, ela vai se comunicar, ela vai aprender, ela vai se desenvolver, então é importante.”*

Em nosso estudo, diversos pais consideraram os conceitos de brincar e atividade física como sinônimos, e reconhecem a importância da prática, como demonstram as falas abaixo:

*“Atividade física: é as brincadeiras de antigamente que hoje em dia são consideradas atividade física.”* (TU04)

*“O quê que eu acho deles viver correndo? Pra mim tá bem, tá se divertindo, tá sendo criança...”* (TU08)

*“Porque criança precisa ter esse esporte de correr. Corre pela rua, brinca de bicicleta, sobre em cima do sofá, desce [...]”* (VE09)

Diante do exposto, é possível inferir que a promoção de atividade física, de lazer e de brincadeiras na infância dependem diretamente do processo de apropriação e significação dos espaços, que por sua vez é influenciado pela dinâmica urbana, representada, na maioria das vezes, por um cenário de violência e insegurança. Este paradigma de medo e insegurança frequentemente limita ou impede o lazer em espaços públicos, restringindo o processo do brincar a locais considerados seguros. É nesse contexto que a escola acaba figurando como principal espaço de socialização. Neste sentido, Tschoke e Rechia (2012), afirmam que o direito à cidade e a apropriação de seus espaços com segurança e liberdade configuram exercício de cidadania, portanto, evidenciam a importância da articulação entre comunidade e Estado para possibilitar meios de vivência e experimentação do lúdico, na busca de garantir o direito ao lazer na infância.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados descritos na pesquisa demonstraram que os pais e mães de crianças matriculadas em creches possuem conhecimentos, crenças e expectativas em relação à saúde dos filhos consolidando ou reinventando práticas construídas cultural e socialmente.

Identificamos que o conceito de criança saudável na percepção das mães e pais perpassou tanto, a saúde como ausência de doença, quanto o completo bem-estar da criança, estabelecendo relação direta com hábitos como alimentação adequada e cuidado corporal. Com relação à alimentação, alimentos com alta densidade nutricional foram descritos como saudáveis, tais como feijão, verduras, legumes e frutas; e, por sua vez, alimentos industrializados, com excesso de gorduras e açúcares foram identificados como prejudiciais. No entanto, segundo os relatos tais conhecimentos não garantem a mudança de hábitos alimentares. Por fim, práticas e cuidados em higiene corporal foram destacados como importantes na prevenção de doenças infecciosas, influenciando no bem-estar físico da criança.

As mães e pais reconheceram-se como primeiros educadores de seus filhos, destacando também a importância da creche e da interação criança-criança no desenvolvimento infantil. O desenvolvimento precoce da sexualidade foi descrito com apreensão, trazendo implicitamente o medo do abuso sexual de meninas, mais especificamente do abuso sexual no ambiente familiar, o que nos instiga a pensar e problematizar os efeitos de uma sociedade machista no desenvolvimento infantil.

Observamos ainda que no contexto da cidade em que se desenvolveu a pesquisa, uma capital, a violência urbana parece afetar diretamente práticas de atividade física e o brincar fora de casa, essenciais para a socialização, interação e prevenção de agravos à saúde como obesidade e dislipidemias.

Espera-se que esta pesquisa ressalte a importância de se dar voz ao conhecimento e experiência dos pais em relação à saúde de seus filhos, a fim de fornecer subsídios para fomentar o planejamento de ações de educação em saúde voltadas para a atenção integral à saúde da criança a partir das singularidades do processo de desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.879-889, 2002.

AMORIM, K. S.; YAZLLE, C.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Binômios saúde-doença e cuidado-educação em ambientes coletivos de educação da criança pequena. *Rev. Bras. Cresc.Desenv. Hum.*, São Paulo, 10 (2), 2000.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p.43-62, abr. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R.; JENSON, H. **Nelson Tratado de Pediatria**. 17ªed. Editora Elsevier, 2005.

BOIKO, V. A. T; ZAMBERLAN, M. A. T. A perspectiva sócio-construtivista na psicologia e na educação: o brincar na pré-escola. **Psicol. estud.** v.6 n.1. Maringá Jan./Jun 2001.

BOYD, D.; BEE, H. **A criança em Crescimento**. 1ª edição, Editora Artmed, 2011, 624p.

BRACCO, M. M. et al. Atividade física na infância e na adolescência: impacto na Saúde Pública. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 1, p.89-97, maio de 2003.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Comissões Permanentes. **Projeto de Lei PL – 6080/2005**. Dispõe sobre as restrições à propaganda de

bebidas e alimentos potencialmente causadores de obesidade. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=B03300C408C7FFE342358FA9D99D95D8.proposicoesWebExterno1?codteor=353244&filen ame=Tramitacao-PL+6080/2005](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=B03300C408C7FFE342358FA9D99D95D8.proposicoesWebExterno1?codteor=353244&filen ame=Tramitacao-PL+6080/2005)>. Acesso em 20 set. 2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (nº 11.346)** de 15 de setembro de 2006. Estabelece definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília: 2013, 1 ed. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. 1 ed. Brasília: 2005, 152p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**: indicadores 2015. Brasília: MS; 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. 1 ed. Brasília: 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. 3 ed. Brasília: 2010 59p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Balanco nacional do Disque-Denúncia de 2011 a 2016** – crianças e adolescentes. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/disque100/balanco-2016-completo>> Acesso em 15 set. 2017.

BRASIL. **Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em Serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica Nº 8, 2002.

BUCKINGHAM, D. **Media education – literacy, learning and contemporary culture**. Cambridge. Polity Press, 2003.

BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p.

CANGUILHEM, G. O. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, A. M. A.; BERALDO, K. E. A. Interação criança-criança: ressurgimento de uma área de pesquisa e suas perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 71, p.55-61, nov. 1989.

CHAVES, I. C. G. **Tecnologia e infância**: um olhar sobre as brincadeiras das crianças. 2014, 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Maringá). Disponível em: <[www.dfe.uem.br/TCC-2014/IsabelleC.G.Chaves.pdf](http://www.dfe.uem.br/TCC-2014/IsabelleC.G.Chaves.pdf)> . Acesso em 21 jun. 2017.

COSTA, M. G. F. A. et al. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 6, p.55-68, mar. 2012

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://scielobooks.com.br>>. Acesso em: 25 set. 2017.

DE MAUSE, L. **História de la infância**. Madri, Alianza Universid: 1991

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1978. **Educ. temat. digit**. Campinas, SP v.15 n.2 p.220-229 maio./ago.2013.

DURYEA, T. K.; DRUTZ, J. E.; MOTIL, K. J. Dietary recommendations for toddlers, preschool, and schoolage children. **UpToDate**, 2017. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/dietaryrecommendationsfortoddlerspreschoolanddschoolagechildren/print?source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/dietaryrecommendationsfortoddlerspreschoolanddschoolagechildren/print?source=see_link)> Acesso em 23 fev. 2017

ENGELMANN, J. L. et al. Association between dental caries and socioeconomic factors in schoolchildren - a multilevel analysis. **Brazilian Dental Journal**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.72-78, fev. 2016.

EUFIC. European Food Information Council. The determinants of food choice. *EUFIC Rev* 2005; 17, 1-7.

FACCHINI, L. A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.161-174, jan. 2014]

FECHINE, A. D. L. et al. Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p.16-22, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/408/40842428003/>>. Acesso em: 02 out. 2017

FIGUEIREDO, A. O. G. *et al.* A influência televisiva como desencadeadora da erotização infantil na contemporaneidade (3-5 anos). In: **Pedagogia em ação**, Belo Horizonte, vol.1, n. 2, p. 1-122, ago./nov 2009.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal Revista de Psicologia** [online], vol.27, n.2, p.139-144, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000200139&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200139&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 set. 2017.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v.11, p. 21-65. (Originalmente publicado em 1905)

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.** Campinas, out-dez 2003, n.16, v.4, p 483-492.

GASPAR, T. et al. Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [s.l.]. 2008, vol. 9, n.1, p. 55-71.

GERHADT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 1ª edição, 2009 [online]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 24 out. 2017.

GENIOLE, L. A. I et al. Assistência de Enfermagem por ciclos de vida. Módulo 8. Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Campo Grande, 2011. Editora UFMS.

GÓES, M. C. R. A formação do indivíduo nas relações sociais: Contribuições teóricas de Lev Vigotski e Pierre Janet. **Educação & Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 71, p.116-131, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a05v2171.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1497-1508, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/51444398>>. Acesso em: 25 set. 2017.

HARKNESS, S.; SUPER, C. M. Parental ethnotheories in action. In: SIGEL, I. E.; MCGILLICUDDY-DELISE, A.; GOODNOW, J. J. (Org.) **Parental belief systems: The psychology consequences for children**. Hillsdale/ Hove: Lawrence Erlbaum, 1992. p. 373-391.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. da C.; CALVO, M. C. M.. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.63-73, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100007)> Acesso em 15 set. 2017.

LEMOS, L. V. F. M. et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p.6-10, mar. 2014.

LEVIN, E. **A infância em cena** – constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997

LIMA, J. A.; ALBERTO, M. F. P. O olhar de mães acerca do abuso sexual intrafamiliar sofrido por suas filhas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.1157-1170, dez. 2015 [online]. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2820/282043249012/>> Acesso em 28 set. 2017.

LIRA, M. O. S. C. e et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.1-8, 21 set. 2017.

LYNCH, S. J.; SEARS, M. R.; HANCOX, R. J.. Thumb-Sucking, Nail-Biting, and Atopic Sensitization, Asthma, and Hay Fever. **Pediatrics**, v. 138, n. 2, p.1-5, 11 jul. 2016. American Academy of Pediatrics (AAP).

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, dez. 2005.

MARCONDES, E. et al. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, editor. *Pediatria Básica*. 8 ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 35-62.

MARTINS, Cristina; ABREU, Wilson; FIGUEIREDO, Maria. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v.1, n. 2, p.121-131, 30 jun. 2014.

MARTINS, L. T.; CASTRO, L. R. Crianças na contemporaneidade: entre as demandas da vida escolar e da sociedade tecnológica. **Revista Latino-americana de Ciências Sociais, Niñez y Juventud**, 2 (9), p. 619 – 634, 2011.

MEIRA, A. M. G. **A cultura do brincar**: a infância contemporânea, o brincar e a cultura no espaço da cidade. 2004, 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional - Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, 2004. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5120>> Acesso em 26 set. 2017.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 61-77.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MOREIRA, A. S. S. et al. Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o Cenário Brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.339-343, set. 2015.

MOURA, N. C. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 1, n. 17, p.113-122, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634805>>. Acesso em: 23 set. 2017.

NARVAI, P. C. et al. Práticas de saúde pública. In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

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

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):635-644, 2009. p.1067-1078, maio 2014.

PALFREY, J. S.; TONNIGES, T.F.; GREEN, M.; RICHMOND, J. Addressing the millennial morbidity – the context of community pediatrics. 2005, 115.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p.103-109, mar. 2000.

POBLACION, A. P. et al. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 5, p. 1067-1078, Rio de Janeiro, mai. 2014

PRÜSS-USTÜN, A. et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. **Tropical Medicine & International Health**, [s.l.], v. 19, n. 8, p.894-905, 30 abr. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12329/pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

QUEIROZ, M. V.; JORGE M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface**. Botucatu, vol. 19, n. 10, p. 117-130, 2006.

RAMOS, C. V.; DUMITH, S.C.; CÉSAR, J. A. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 2, p.175-182, mar. 2014.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**. Vol. 76, Supl. 3, p. 229-237, 2000.

RAPPAPORT, C. R. ; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1981.

RAUBER, F.; VITOLO; M. R. Qualidade nutricional e gastos com a alimentação de pré-escolares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 85, n. 6, p. 536-540, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Mai 2017.

RAVASIO, M. H.; FUHR, A. P.O. Infância e tecnologia: aproximações e diálogos. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, SP, v. 15, n. 2, p. 220-229, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/3035>>. Acesso em: 28 ago. 2017

REIS, F.; MUZZETI, L. R. Sexualidade e infância: contribuições da educação sexual em face da erotização da criança em veículos midiáticos. **Revista Contrapontos - Eletrônica**, Vol. 14 - n. 3 - set-dez 2014. Disponível em: Acesso em 16 maio de 2017.

RIBEIRO, J. L. P. **Investigação e avaliação em Psicologia e saúde**. 2. ed. Lisboa: Placebo, 2010.

RICHTER, A. C.; VAZ, A. F. Educar e cuidar do corpo: biopolítica no atendimento à pequena infância. **Educ. rev. [online]**. 2010, vol.26, n.2, pp.117-134.

SANTOS, A. K.; DIAS, A. M. Comportamentos lúdicos entre crianças do Nordeste do Brasil: categorização de brincadeiras. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.4, p.585-594, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/12116>> Acesso em 03 mar. 2017.

SANTOS, C. C.et al. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p.65-71, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648962009>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, vol. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.561-563, fev. 2012.

SANTOS, T. R. L. Um resgate das brincadeiras de infância: o ensinar a brincar entre pais e filhos. **Ágora: Revista Eletrônica**, Cerro Grande (MS), v. 1, n. 17, p.76-86, dez. 2013. Disponível em: <[http://agora.ceedo.com.br/ojs/index.php/AGORA\\_Revista\\_Eletronica/article/view/69/63](http://agora.ceedo.com.br/ojs/index.php/AGORA_Revista_Eletronica/article/view/69/63)>. Acesso em: 17 maio 2017.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia** (Natal), [s.l.], v. 9, n. 3, p.421-429, dez. 2004.

SICHERI, R.; PEREIRA, R. A. Revista de Saúde Pública: 50 anos disseminando o conhecimento em Nutrição. **Revista de Saúde Pública**. 2016; p. 50-72.

SILVA-JOVENTINO, E. et al. Condições sociodemográficas e sanitárias na auto-eficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 4, n. 15, p.542-554, mar. 2013.

SOUSA, L. C. B. Nichos de desenvolvimento infantil: um estudo com mães e educadoras de creche em contexto não urbano. 2016. 250 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.21, n.2, p.117-124, 2006.

TSCHOKE, A.; RECHIA, S. O lazer das crianças no bairro Uberaba em Curitiba: a dialética entre os espaços de lazer e a problemática urbana na periferia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 2, p.263-280, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/view/946/738>>. Acesso em: 28 set. 2017.

VITOLLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. 627 p. 3ª reimpressão.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra, 2010. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979>> Acesso em 20 ago. 2017.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971/1975.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.594-599, dez. 2012.

ZORNIG, S. M. A. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Psicol. estud.** [online]. 2008, vol.13, n.1, p.73-77.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Sexo?

A. Feminino

B Masculino

2. Qual a sua idade?

\_\_\_\_\_ anos

3. Qual o seu estado conjugal?

A. Solteiro (a)

B. Casado(a)/união consensual

C. Separado(a) ou divorciado(a)

D. Viúvo(a)

4. Qual o seu grau de instrução?

A. Analfabeto/Menos de um ano de instrução

B. Fundamental Incompleto

C. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto

D. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto

E. Superior Completo ou mais

5. Qual é a sua cor (raça)?

A. Branca

B. Preta

C. Amarela

D. Parda

E. Indígena

6. O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?

A. Trabalha e está em atividade atualmente

B. Trabalha, mas não está em atividade atualmente

C. Já trabalhou, mas não trabalha mais

D. Nunca trabalhou

7. Qual a renda média mensal da sua família?

A. Inferior a 1 salário mínimo

B. 1 salário mínimo

C. 2 salários mínimos

D. 3-4 salários mínimos

E. 4-5 salários mínimos

F. Acima de 5 salários mínimos

8. Qual o tipo da sua residência?

A. Sem moradia

B. Casa de adobe (taipa)

C. Casa de madeira

D. Casa de alvenaria

E. Outros materiais

9. Qual a idade do(s) seu(s) filho(s) matriculado(s) nesta escola?



**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Para você, o que significa uma criança saudável?
  - a. Que hábitos você julga saudáveis para o seu filho?
  - b. Que hábitos você julga não-saudáveis?
2. Fale sobre a alimentação do seu filho.
  - a. Quais tipos de alimentos que você julga saudáveis?
  - b. Quais tipos de alimentos que você julga não saudáveis?
3. Sobre os hábitos de higiene, fale o que você acha importante:
  - a. Escovar os dentes;
  - b. Banho;
  - c. Lavar as mãos;
4. Fale sobre o que compreende por desenvolvimento infantil.
  - a. O que considera um desenvolvimento adequado
  - b. O que considera um desenvolvimento inadequado
5. Fale sobre julga importante sobre atividades físicas na infância.
  - a. Que atividades o seu filho costuma praticar?
6. Fale sobre as brincadeiras do seu filho.
  - a. Tipos de brincadeiras
  - b. Tipos de brinquedos
  - c. Interação com os pais
  - d. Interação com outras crianças.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisa:** Conhecimentos sobre saúde infantil entre pais de crianças matriculadas em creches

**Orientanda:** Renata Caroline de Sousa Moreira

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Conhecimentos sobre saúde infantil entre pais de crianças matriculadas em creches”, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Caroline de Sousa Moreira, graduanda em Medicina, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender e analisar os conhecimentos de pais sobre a saúde das crianças.

Iremos aplicar um questionário que aborda dados pessoais e sociais, e em seguida, iremos entrevista-lo (a) com base em algumas perguntas sobre hábitos saudáveis na infância. Esta entrevista será gravada e posteriormente transcrita, e após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão desgravadas.

Você foi selecionado para participar por ser maior de 18 anos e por ser pai ou mãe de criança (s) matriculada (s) em uma creche ou escola comunitária.

Existe o risco de você se sentir constrangido ao responder algumas perguntas, entretanto, as entrevistas serão feitas em sala reservada, nós não efetuaremos nenhum julgamento sobre as informações que obtivermos e sua identidade estará preservada do início ao fim do processo. O benefício em potencial é permitir o planejamento de ações futuras para melhorar a saúde, sabendo quais são as necessidades de cada local.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação, mesmo que tenha concordado inicialmente.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, podemos conversar sobre ela agora ou você poderá entrar em contato com: Renata Caroline de Sousa Moreira, através do telefone (98) 98285-1010 ou do email renatacsmoreira@outlook.com. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís – MA. A função do comitê é ter certeza de que os participantes de pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano.

**Li o termo e aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. Compreendo os objetivos, riscos e benefícios, e sei que posso desistir a qualquer momento.**

---

Participante da pesquisa

---

Membro da equipe de pesquisa

Em caso de participante sem escolarização suficiente para leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

**Este termo foi lido para mim e, na presença de uma testemunha. Aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. Compreendo os objetivos, riscos e benefícios, e sei que posso desistir a qualquer momento.**

---

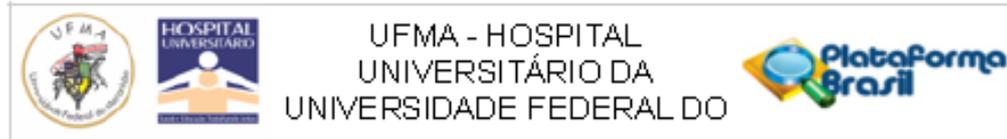
Testemunha do Participante

---

Membro da Equipe de Pesquisa

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - HUUFMA



Continuação do Parecer: 1.503.732

Outros	Anuencia.pdf	10:13:35	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo de Compromisso.pdf	14/12/2016 10:12:14	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Outros	Outorga.pdf	09/12/2016 10:24:35	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/11/2016 15:54:15	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIO DEMOGRAFICO.pdf	07/11/2016 15:48:48	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.pdf	07/11/2016 15:48:10	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	07/11/2016 15:45:35	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2016 17:29:47	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SORRIR_FINALizado.pdf	03/11/2016 17:03:52	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Mla_Embratel.pdf	03/11/2016 16:52:36	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza CAO_Ilhina.pdf	03/11/2016 16:52:20	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/11/2016 16:47:40	Zeni Canvalho Lamy	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/11/2016 16:44:21	Zeni Canvalho Lamy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CO NEP:

Não

SAO LUIS, 06 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070	
Bairro: CENTRO			
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (66)2105-1250	Email: cep@huufma.br		