

Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):113-8.

## Temas relevantes para a formação profissional em desenvolvimento infantil: um estudo de caso à luz da promoção da saúde

### Relevant themes for child development training: a case study in light of health promotion

Alfredo Almeida Pina Oliveira<sup>1</sup>, Roseli de Lana Moreira<sup>2</sup>,  
Rosemary Aparecida Fraccolli Pecora<sup>3</sup>, Anna Maria Chiesa<sup>4</sup>

Oliveira AAP, Moreira RL, Pecora RAF, Chiesa AM. Temas relevantes para a formação profissional em desenvolvimento infantil: um estudo de caso à luz da promoção da saúde / Relevant themes for child development training: a case study in light of health promotion. Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):113-8.

**RESUMO:** Promover o melhor potencial para o desenvolvimento infantil contribui na construção de sociedades mais saudáveis e equitativas. Objetivou-se divulgar uma experiência de formação de profissionais com ênfase no desenvolvimento infantil à luz da Promoção da Saúde. Tratou-se de um estudo de caso baseado na análise de documentos de capacitações realizadas em cinco municípios paulistas. Foram descritas oito áreas prioritárias relacionadas ao pré-natal, parto, puerpério, puericultura, famílias grávidas, creches, grupos de pais e espaços lúdicos. Conclui-se que os conteúdos relacionados ao Desenvolvimento Infantil constituem eixo transversal na formação de diferentes profissionais e promovem o cuidado ampliado da criança e de sua família.

**DESCRITORES:** Promoção da saúde; Desenvolvimento infantil; Formação de recursos humanos; Capacitação; Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** Improving child development contributes to build healthier and fairer societies. This study aims to share a training experience that focuses on child development in light of health promotion. It consists in a study case based on documental analysis related to this training process in five municipalities in Sao Paulo. We have described eight main areas: antenatal care, delivery care, puerperium, child care, pregnant families, daycare, parental guidance and playful places. We concluded that these topics are a common thread in the training to promote an amplified care for children and their families.

**KEYWORDS:** Health promotion; Child development; Human resources formation; Training; Qualitative research.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Docente da Faculdade de Campo Limpo Paulista (FACCAMP). Doutorando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo SP. [alfredopina@usp.br](mailto:alfredopina@usp.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente da Universidade Santo Amaro (UNISA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo (SP). [roseli.lana@usp.br](mailto:roseli.lana@usp.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Centro Universitário Padre Anchieta. Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo SP. [rosemary\\_fraccolli@yahoo.com.br](mailto:rosemary_fraccolli@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeira. Livre-docente e Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo SP. [amchiesa@usp.br](mailto:amchiesa@usp.br)

**Endereço para correspondência:** Alfredo Almeida Pina de Oliveira. Rua Malie Brenner, 71. São Paulo, SP, Brasil. e-mail: [alfredopina@usp.br](mailto:alfredopina@usp.br)

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil (DI) é definido como um processo de mudanças neurológicas, cognitivas, comportamentais e estruturais que ocorrem de forma ordenada, além das mudanças nas funções do corpo que se verificam desde a concepção do feto até a morte do indivíduo, envolvendo o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva<sup>1</sup>.

Nos primeiros anos de vida, no entanto, que as células neuronais formaram conexões-sinapses rapidamente, por meio dos sinais enviados pelos axônios e recebidos pelos dendritos. Quando a criança nasce, ela possui cerca de 100 bilhões de células cerebrais, porém, estas células não estão conectadas<sup>2</sup>.

O ambiente em que a criança vive proporciona estímulos para essa rede neuronal a fim de ativar a expressão dos genes e potencializar o desenvolvimento intelectual e emocional dos bebês. O cuidado responsivo e amoroso é fundamental nessa etapa e estabelece as bases para toda a vida<sup>3,4</sup>.

Considerando-se que a vida oferece situações adversas que provocam *stress*. Shonkoff<sup>5</sup> propõe uma classificação para o *stress* relacionada ao DI, a saber: positivo, tolerável e tóxico.

A resposta positiva ao *stress* consiste em estímulos que integram o DI saudável. Em geral, decorrem de situações ou eventos transitórios. Mudanças como elevação dos batimentos cardíacos e resposta hormonal moderada são esperadas, por exemplo, ao ser imunizada ou ao ingressar no primeiro dia da creche<sup>5</sup>.

A resposta tolerável ao *stress* corresponde a eventos mais severos e temporários que ativam o sistema de defesa do organismo em resposta a um nível elevado provocado por fatores, tais como: a perda de um ente querido, uma injúria grave ocasionada por um acidente ou desastres naturais. O relacionamento com adultos que oferecem cuidados protetores minimizam os efeitos desse tipo de *stress*<sup>5</sup>.

O *stress* tóxico decorre de situações graves (uni ou multifatorial), prolongadas e com a ausência de relacionamentos adultos capazes de garantir as necessidades da criança. Essa condição compromete a arquitetura cerebral e outros órgãos. A negligência nos cuidados, os maus tratos, a drogadição, a doença mental do cuidador, a violência e as dificuldades financeiras na família exemplificam situações adversas que prejudicam o DI<sup>5</sup>.

Vale destacar que, ao promover as competências familiares e ou de cuidadores das crianças existe a probabilidade de redução ou reversão dos efeitos cumulativos e deletérios do *stress* tóxico no curto prazo (atrasos no desenvolvimento e crescimento) e ao longo da vida (diabetes, doenças cardiovasculares, uso de substâncias psicoativas e depressão).

As contribuições da Neurociência, da Epigenética, da Biologia Molecular, da Psicologia e das Ciências Sociais

permitem visualizar o DI como um fenômeno complexo e multifacetado, cujas interações entre diferentes fatores de risco (*stress* tóxico, pobreza etc) e de proteção (afetos, carinho, brincadeiras etc) podem incrementar o cuidado durante a primeira infância e repercutirem ao longo dos ciclos vitais.

Os estímulos acontecem por meio dos relacionamentos estáveis, responsivos, estimulantes e ricos em experiências. O fortalecimento das competências para o cuidar da criança nesta fase da vida propicia benefícios permanentes para a aprendizagem, para o comportamento e para a saúde física e mental<sup>6</sup>.

Vilanova<sup>7</sup> reforça que para a criança alcançar todo o potencial no processo de aprendizagem é fundamental que tenha desde a primeira semana de vida experiências somestésicas como estímulos visuais, auditivos, olfativos, motores e interação com adultos.

Chiesa et al.<sup>3,4</sup> corroboram com o autor acima, mas avançam ao incorporar o estímulo, o carinho e o afeto com o intuito de promover o cuidado caloroso que exerce uma função biológica protetora e que valoriza fortemente os aspectos emocionais, sociais, culturais e ambientais.

Trata-se de um conhecimento científico que deve embasar diferentes campos de atuação profissional em setores como saúde, educação, assistência social, justiça, entre outros que tenham interface com o DI.

No entanto, apesar de contar com evidências científicas consolidadas no tocante ao DI, encontra-se pouco espaço para a transversalidade desses conteúdos na formação de diferentes profissionais que atuam com as crianças e suas famílias.

## OBJETIVO

Divulgar uma experiência de formação de profissionais com ênfase no DI à luz da Promoção da Saúde.

## MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de um estudo de caso que, conforme Bowling<sup>8</sup> consiste em um método de pesquisa que enfoca as circunstâncias, a dinâmica e a complexidade de um ou um pequeno número de casos a fim de explorar em profundidade, de modo retrospectivo e processual, os aspectos correspondentes ao objeto de estudo por meio de diferentes técnicas e métodos.

A triangulação de técnicas para o estudo de caso pode ocorrer com a entrevista frente a frente com atores-chave, uso de questionários, diários de campo, entrevistas por telefone (por *webcam*), análise documental, análise de políticas e ou estatísticas, entre outros<sup>9,10,11</sup>.

Dada a natureza qualitativa relacionada à avaliação da inclusão de conteúdos de DI à luz da Promoção da Saúde, iniciou-se pela análise das ementas de oito intervenções-chave realizadas por uma Fundação do terceiro setor – Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) – na incorporação de

tecnologias de cuidado com ênfase no período gravídico até os três primeiros anos de vida. Tal período será denominado como Primeiríssima Infância no decorrer desse artigo.

O crescente interesse em programas com foco nesse período da vida decorre das evidências científicas que demonstram a redução de iniquidades sociais, o enfrentamento assertivo de problemas na vida adulta e a adoção de competências pelas crianças e suas famílias capazes de promover mudanças com efeitos afetivos, sociais e econômicos bem descritos<sup>12-14</sup>.

A FMCSV firmou parcerias com cinco municípios paulistas, que tiveram interesse em “redimensionar políticas locais e qualificar serviços que atendem as famílias com gestantes e crianças de zero a três anos, numa perspectiva de atendimento integral e integrada”<sup>15</sup>.

Os projetos decorrentes da parceria com a FMCSV promoveu a formação de profissionais que atuam, direta ou indiretamente, em DI. Os projetos de intervenção-local priorizaram oito intervenções-chave com o objetivo de “buscar a transformação das práticas fragmentadas para uma ação articulada e potencializadora da promoção do DI para as crianças de zero a três anos”, a saber<sup>15</sup>:

1. Pré-Natal Ampliado;
2. Grupos de Família Grávida;

3. Parto Humanizado;
4. Clínica Ampliada do Puerpério;
5. Clínica Ampliada da Puericultura;
6. Educação Infantil em Creches;
7. Espaços Lúdicos;
8. Grupos de Famílias com crianças de zero a três.

A FMCSV indicou aos municípios um grupo de consultores especializado em DI para a realização das intervenções-chave, que consistiam em uma oficina de capacitação e três a cinco encontros trimestrais para a supervisão dos participantes em cada tema.

A análise documental das ementas das intervenções supracitadas possibilitou a definição de temas com enfoque no conceito positivo e ampliado do DI na perspectiva da Promoção da Saúde. A análise temática realizada nessa etapa subsidiou a compreensão dos conteúdos e boas práticas com o intuito de identificar temas que fundamentam o cuidado da criança em uma perspectiva ampliada<sup>16,17</sup>.

As oito intervenções-chave foram criadas a partir de justificativas que limitam a ampliação do DI e os objetivos destas intervenções foram sintetizados (Quadro 1) para promover a transferência de novas tecnologias de cuidado para as crianças desde a vida intrauterina até os três anos, assim como suas famílias e comunidades.

**QUADRO 1.** Justificativa das intervenções-chave e objetivos esperados para os projetos de intervenção local da FMCSV. São Paulo, 2013

| Intervenções-chave                                     | Justificativas   | Objetivos  |
|--|--|--|
| 1. Pré-natal ampliado                                  | Dificuldades para promover a clínica ampliada durante a gestação.  | Ampliar ações de promoção da saúde da gestante, sua família e o futuro bebê.   |
|  | Ênfase do atendimento voltado ao tratamento de aspectos biológicos durante o pré-natal.  | Favorecer a reflexão crítica sobre a atenção à saúde da gestante em seus aspectos biológicos, emocionais e sociais.  |
| 2. Grupos de famílias grávidas                         | A gestação é um período determinante para a formação de vínculo.   | Refletir sobre os fatores de proteção e de risco para a formação de vínculo materno-fetal.   |
|  | Necessidade de apoio da família nos cuidados do futuro bebê.   | Sensibilizar para a importância do vínculo pais/filho a partir da gestação.  |
| 3. Parto humanizado                                    | Ansiedade e medo do parto.   | Humanização do atendimento em sala de parto.   |
|  | Intervenções obstétricas desnecessárias.   | Incorporação da prática de amamentação na primeira meia hora de vida.  |
|  |  | Reconhecimento da sala de parto pela gestante e acompanhante.  |
| 4. Clínica ampliada do puerpério                       | Mudanças e alterações na rotina da família.  | Reconhecer a visita domiciliar como uma estratégia potente para a clínica ampliada e levantamento de necessidades;   |
|  | Divisão de tarefas e do cuidado da criança.  | Discutir as mudanças ocorridas nos papéis e dinâmicas familiares.  |
|  | Dificuldades no aleitamento materno.   |  |
| 5. Clínica ampliada da puericultura                    | Desenvolvimento da sociedade e investimento no presente e futuro da criança.   | Ampliação no enfoque para os cuidados e o desenvolvimento infantil.  |
|  | Ações de desenvolvimento infantil são limitadas, o eixo central da agenda de compromissos da saúde é redução de mortalidade e foco na morbidade. | Ampliar as oportunidades de avaliação e monitoramento, nas consultas de puericultura.  |
|  |  | Promoção de desenvolvimento infantil.  |
| 6. Educação infantil em creches                        | Os primeiros anos de vida são fundamentais à constituição do sujeito e requerem uma formação sobre DI pelos profissionais da educação infantil.  | Atividades integradas de profissionais de creches e familiares.  |
|  |  | Criar espaços e rotinas que favoreçam a autonomia da criança.  |
| 7. Espaços lúdicos                                     | Direito da criança a espaços de lazer.   | Estimular o desenvolvimento infantil com foco na segurança e saúde.  |
|  | Socialização e troca de experiência entre as crianças e adultos.   | Promover o brincar, as brincadeiras e o contar histórias em espaços coletivos.   |
|  | Possibilidades de convivência com as diferenças individuais e relacionamento com a comunidade.   | Criação de critérios para implantação e funcionamento desses espaços coletivos.  |
|  | Oportunidade para congregar famílias e aumentar a pertença cultural local.   |  |
| 8. Grupos de famílias com crianças de zero a três anos | A importância da família na estruturação dos padrões de comportamento e desenvolvimento da criança.  | Ampliar conhecimentos sobre o desenvolvimento emocional e sócio-ambiental nos primeiros anos de vida.<br>Sensibilizar o profissional para a importância do vínculo pais/filho desde o período gestacional e suas implicações na primeira infância. |

Fonte: Adaptado de FMCSV, 2011

**RESULTADOS**

Desse modo, o planejamento e a realização dessas intervenções-chave basearam-se em parâmetros pertinentes

e coerentes para a incorporação de novas tecnologias para o cuidado da primeira infância à luz da Promoção da Saúde<sup>18</sup> e propiciou a caracterização dos seguintes temas (Quadro 2).

**QUADRO 2.** Análise temática das ementas das intervenções-chave da FMCSV. São Paulo, 2013.

| Intervenções-chave                                     | Temas relevantes para o DI e Promoção da Saúde   |
|--|--|
| 1. Pré-natal ampliado                                  | 1.1 Maternidade/paternidade ou parentalidade<br>1.2 Construção de vínculos familiares<br>1.3 Aspectos emocionais da aceitação da gravidez<br>1.4 Conflitos familiares durante a gestação<br>1.5 Direitos da gestante<br>1.6 Adesão às recomendações de pré-natal<br>1.7 Indicadores de gravidade na gestação<br>1.8 Direito da presença de acompanhante durante o pré-natal e no parto<br>1.9 Ultrassonografia como “instrumento facilitador do diálogo” entre profissional e gestante e acompanhante  |
| 2. Grupos de famílias grávidas                         | 2.1 Sentidos da maternidade e da família<br>2.2 Medidas preventivas e educativas<br>2.3 Pré-Natal para preservar bem-estar físico e psíquico da gestante<br>2.4 Garantia do acompanhamento mínimo do pré-natal<br>2.5 Realização de exames clínicos e laboratoriais<br>2.6 Mudanças corporais da gestante<br>2.7 Mudanças emocionais da gestante<br>2.8 Continência emocional da gestante e seu companheiro (a)<br>2.9 Rastreamento de transtornos emocionais do puerpério   |
| 3. Parto humanizado                                    | 3.1 Controle dos indicadores de saúde materna<br>3.2 Equidade do acesso à maternidade<br>3.3 Respeito à intimidade e às emoções do parto e nascimento<br>3.4 Temores sobre os tipos de parto<br>3.5 Medo de morrer no parto<br>3.6 Preferências sobre parto normal, natural ou cesariano<br>3.7 Medidas de redução da ansiedade<br>3.8 Desejo e/ou dúvida sobre a capacidade de cuidar da Futura Criança<br>3.9 Valorizar o parto normal e natural<br>3.10 Práticas não invasivas para o parto   |
| 4. Clínica ampliada do puerpério                       | 4.1 Adaptação da criança na família<br>4.2 Adaptação da família à criança<br>4.3 Abordagens das dificuldades sentidas pela mãe em relação à adaptação com o novo bebê<br>4.4 Sistematização de visitas domiciliares<br>4.5 Demandas biológicas da mãe e do bebê<br>4.6 Organização do cuidado no contexto familiar<br>4.7 Valorização das competências Familiares<br>4.8 Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e seus benefícios (físicos, afetivos e sócio-econômicos)<br>4.9 Identificação de medos e problemas emocionais e socioambientais da mãe no cuidado com o bebê   |
| 5. Clínica ampliada da puericultura                    | 5.1 Políticas e recomendações nacionais sobre DI<br>5.2 Políticas e recomendações internacionais sobre DI<br>5.3 Benefícios imediatos do DI<br>5.4 Benefícios futuros do DI<br>5.5 Identificar as oportunidades de promoção do DI no contexto familiar, nas consultas com profissionais de saúde e sala de vacinação<br>5.6 Avaliação da estimulação do bebê nos cuidados familiares<br>5.7 Identificar medidas de segurança, apoio, afeto e amor ao bebê pela mãe (ou cuidador)<br>5.8 Identificar medidas de alívio do incômodo e da dor, frente aos procedimentos invasivos<br>5.9 Valorização da presença da mãe (ou cuidador) em momentos “estressantes” para o bebê em serviços de saúde |
| 6. Educação infantil em creches                        | 6.1 Brincar como expressão corporal (movimento, gestos)<br>6.2 Brincar como expressão artística (música, expressão plástica)<br>6.3 Brincar como expressão escrita (desenho)<br>6.4 Brincar como comunicação e expressão (emoções, medos, temperamento, criatividade, valores, atitudes)<br>6.5 Garantia e respeito da participação da criança como sujeito de direitos e deveres<br>6.6 Fortalecimento da autonomia da criança<br>6.7 Valorização das necessidades e interesses da criança<br>6.8 Estímulo ao desenvolvimento dos potenciais latentes nas crianças  |
| 7. Espaços lúdicos                                     | 7.1 Criação de espaços lúdicos comunitários<br>7.2 O brincar como direito e exercício de cidadania<br>7.3 Valorização do brincar no desenvolvimento integral das crianças de seis meses aos três anos<br>7.4 Espaço lúdico como promotor da convivência e socialização<br>7.5 Respeito às diferenças individuais e diversidade cultural<br>7.6 Espaço potencial de convivência familiar e participação comunitária<br>7.7 Facilitação do acesso ao brinquedo e brincadeiras para crianças em diferentes situações sociais<br>7.8 Estímulo ao lazer, cultura e cidadania da criança e sua família<br>7.9 Adequação das atividades lúdicas em relação ao período de desenvolvimento da criança   |
| 8. Grupos de famílias com crianças de zero a três anos | 8.1 Comunicação dos pais com foco na criança desde a vida intrauterina até os três anos<br>8.2 Organização física do ambiente familiar para favorecer a integridade corporal e psíquica da criança<br>8.3 Valorização dos núcleos interpessoais na família<br>8.4 Reconhecimento do DI nos seus aspectos físico, emocional, cognitivo, psicológico e social<br>8.5 O vínculo e a relação afetiva dos pais com a criança em relação ao seu crescimento saudável<br>8.6 As relações afetivas dos pais com os filhos como modelo de relacionamentos nos demais ciclos da vida<br>8.7 A ênfase na tolerância, amor, limites e acolhimento na construção da subjetividade da criança                |

Os temas descritos compõem uma série de intervenções complexas e pautadas em evidências científicas com potencial para embasar os campos de atuação da Promoção da Saúde em prol do DI, a saber: construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

As intervenções-chave integram o eixo da reorientação dos serviços de saúde, assistência social e educação a fim de incorporar novas tecnologias e boas práticas. Complementa parceria dos cinco municípios partícipes com a FMCSV favoreceu o delineamento de agendas políticas e estratégicas, o reconhecimento de ambientes promotores da saúde infantil, o fortalecimento das competências de familiares e cuidadores para o cuidado na primeira infância e o reforço de parcerias intersetoriais e comunitárias existentes.

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos, reconhecer as especificidades de cada etapa do DI demanda um referencial teórico e metodológico para sistematizar intervenções baseadas nas necessidades das crianças em seu contexto familiar e comunitário.

O potencial inovativo desse processo de análise contribui para a incorporação de temas pautados em evidências científicas<sup>3,5,6,12-14,19</sup> sobre o melhor potencial de desenvolvimento da primeira infância, a visão ampliada das práticas clínicas, o cuidado que extrapola o foco biologicista e valoriza aspectos emocionais e sócio-ambientais, as ações interdisciplinares e intersetoriais, o fortalecimento de competências da família e dos cuidadores da criança<sup>15</sup>.

Reconhecer os avanços e retrocessos dos projetos de intervenção local no processo de formação dos profissionais dos municípios partícipes corrobora com o que Minayo defende em relação à sistematização da avaliação de projetos e programas sociais que se fundamentam na defesa da cidadania e direitos humanos em prol da transformação da realidade, no caso, a valorização do DI e a incorporação de práticas e abordagens fundamentadas na Promoção da Saúde<sup>9,18</sup>.

Optou-se por discutir a partir da abordagem das necessidades essenciais de Brazelton e Greenspan<sup>19</sup> que as definem e classificam como “aquelas que fornecem as ferramentas necessárias para que a criança alcance o seu potencial intelectual, social, emocional e físico”.

Tais necessidades estão existentes, em maior ou menor complexidade, de acordo com a faixa etária da criança e com a fase do DI na qual se encontra, em especial, suas expressões verbais e não verbais, a fim de respeitar a autonomia e a participação da criança no processo de cuidado.

Essas necessidades, segundo os autores acima, compreendem:

**Necessidade de relacionamento sustentadores contínuos:** a presença do cuidador e a interação constante com a criança por meio de cuidados físicos, conversas, toques,

olhares. Tais aspectos, associados ao amor e à atenção, devem constituir a base fundamental para suprir de modo contínuo, processual e sustentável os cuidados da criança<sup>19</sup>.

**Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação:** a garantia de condições favoráveis para a manutenção da integridade física e fisiológica da criança. Portanto, envolve: 1) cuidados que possibilitem a promoção e a manutenção da integridade física e fisiológica da criança, assim como sua alimentação, higiene, sono, abrigo, movimentação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 2) apoio à criação de hábitos saudáveis e proteção contra infecções e acidentes e 3) intervenções para detecção precoce de agravos e seu tratamento<sup>19</sup>.

**Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais:** a observação das características físicas e emocionais únicas de cada criança influencia a definição e a personalização dos cuidados. Compreender as diferenças de comportamento e particularidades de cada criança ajuda a evitar a padronização e o mecanicismo do cuidar<sup>19</sup>.

**Necessidade de experiências adequadas ao seu desenvolvimento:** a promoção de condições favoráveis ao DI deve estar associada à oferta de experiências adequadas a cada etapa da criança e ao reconhecimento do êxito na aquisição de competências em um processo contínuo e evolutivo. Nesse sentido, objetiva-se que a criança adquira maior confiança em si e se sinta aceita, ouvida, cuidada e amada<sup>19</sup>.

**Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas:** o desenvolvimento da empatia e o respeito ao outro em sua singularidade como forma de favorecer a convivência social. Destaca-se a importância do estabelecimento de limites, organização e expectativas. A criança deve ser estimulada a buscar o equilíbrio entre as suas expectativas internas e externas, desenvolver a capacidade de identificar e perseguir os objetivos que são importantes para si e ter disciplina para atingi-los. O cuidador deve pautar-se no incentivo e reconhecimento dos esforços e conquistas, colocar os limites e ser a autoridade e auxiliar com as frustrações e situações negativas<sup>19</sup>.

**Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:** a comunidade e a cultura representam os alicerces para o desenvolvimento da criança e sua família. Reconhecer e considerar a assistência (social, educacional ou de saúde) prestada à criança em sua rede social para favorecer a troca de experiências, a confiança entre as famílias e os vínculos com os diferentes profissionais que a compõem. Nesse sentido, a criança constrói um sentimento de pertença cultural relacionado a sua família e a sua comunidade<sup>19</sup>.

Atentar e incorporar tais necessidades aos conteúdos dos diferentes profissionais que atendem a primeiríssima infância reforça a concepção de criança como sujeito em formação e com potenciais para o exercício de sua autonomia e cidadania a partir de uma rede de cuidados que enfatizam afetividade, segurança, bem-estar e patrimônio das famílias e dos diferentes recursos das comunidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do investimento na primeiríssima infância como área prioritária para ações programáticas e políticas públicas reforça o compromisso técnico, ético, estético e político do cuidado da criança como sujeito de direitos.

A existência da lacuna no campo de conhecimento de diferentes profissionais que lidam com o DI, à luz da Promoção da Saúde, reforça a necessidade de incentivar o debate sobre as competências adequadas para a complexidade do cuidado desde a vida intrauterina até os três anos.

Os diferentes profissionais que lidam direta ou indiretamente com o DI, a saber: enfermeiros, médicos, psicólogos, pedagogos, advogados, assistentes sociais, entre outros, devem valorizar boas práticas já existentes na atenção da criança e de suas famílias e reconhecer a transversalidade do DI em políticas, ações intersectoriais e interprofissionais.

A incorporação dos temas relevantes das oito intervenções-chave em disciplinas de graduação, pós-graduação, extensão universitária ou capacitações em serviço podem subsidiar boas práticas de educação permanente a fim de construir realidades locais mais equitativas, famílias mais assertivas e crianças mais saudáveis.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a participação em algumas atividades dos projetos de intervenção local promovidos pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV).

**Agradecimentos:** Os autores agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Reconhece-se o compromisso com a primeira infância dedicado pela FMCSV e pelos representantes dos municípios partícipes.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia de atenção integral às doenças prevalentes na infância. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):591-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300022>
2. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento humano*. Trad. D. Bueno. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.143-9, cap. 4: Desenvolvimento físico nos três primeiros anos [citado 22 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAeiHwAE/desenvolvimento-humano-diane-papalia.pdf>
3. Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP, organizadores. *Promoção da saúde da criança: a experiência do Projeto Nossas Crianças janelas de oportunidades*. São Paulo; 2009.
4. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):1352-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600036>
5. Shonkoff JP, Richter L, Gaag JVD, Bhutta ZA. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*. 2012;129:e460 [cited 2013 March 1]. Available from: [http://handstohearts.org/wp-content/uploads/2011/04/APA\\_An-Integrated-Framework-Child-Survival-and-ECD\\_2012-Shonkoff.2011-0366.pdf](http://handstohearts.org/wp-content/uploads/2011/04/APA_An-Integrated-Framework-Child-Survival-and-ECD_2012-Shonkoff.2011-0366.pdf)
6. Young ME. Introdução e visão geral. In: Young ME, organizadora. Trad. Magda Lopes. *Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. p.1-21
7. Vilanova LCP. Aspectos neurológicos do desenvolvimento do comportamento da criança. *Rev Neurociências*. 1998;6(3):106-10 [citado 12 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/Neurociencias%2006-3.pdf>
8. Bowling A. *Research methods in health: investigating health and health services*. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 2010.
9. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p.19-51.
10. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
11. Liamputtong P, Ezzy D. *Qualitative research methods*. 2nd ed. Victoria, Australia: Oxford University Press; 2005.
12. Marmot M, et al. *Fair Society, healthy lives: The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England Post; 2010*. England; 2010. Available from: <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/FairSocietyHealthyLives.pdf>
13. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA, Dennis W, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR Jr, Bondy J, Stevenson AJ. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(5):419-24 [cited 2013 March 5]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439792>
14. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Houts R, Poulton R, Roberts BW, Rossa S, Searse MR, Thomson WM, Caspi A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2011;108(7):2693-8 [cited 2013 Marh 1]. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
15. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. *Projetos de Intervenção Local: estratégias para qualificar a atenção à primeira infância*. São Paulo; 2011. Disponível em: [http://www.fundacaoitaisocial.org.br/\\_arquivosstaticos/FIS/pdf/FMCSV\\_Final.pdf](http://www.fundacaoitaisocial.org.br/_arquivosstaticos/FIS/pdf/FMCSV_Final.pdf)
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1988.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Nutbeam D. *Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory*. 2nd ed. Victoria, Australia: McGraw Hill; 2005.
19. Brazelton TB. *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver*. Porto Alegre; 2002. p. 11-21.