

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: EFEITO DA APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE A MÃES

Simão Vilaça^{1,2} & Graça S. Carvalho²

1. Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, Portugal
2. CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Resumo

A estrutura familiar, em matéria de saúde infantil, torna-se um elo fundamental para a efetiva concretização do desenvolvimento infantil. Nos primeiros anos de vida da criança, a família desempenha quase a totalidade das funções de socialização e cuidados psico-afetivos, sendo que os conhecimentos e atitudes parentais atuam como mediadores nas práticas da parentalidade. Neste estudo pretende-se avaliar, nos 1º e 2º anos da criança, os efeitos ou eficácia de um programa de educação para a saúde, estruturado para a família sobre o desenvolvimento infantil durante 1º ano de vida.

Palavras chave: Promoção da saúde, desenvolvimento infantil, conhecimento materno.

1. INTRODUÇÃO

A problemática da saúde infantil das populações tem-nos preocupado, nomeadamente nos aspetos referentes à contribuição do sector da saúde e em particular dos cuidados de saúde primários para a elevação do nível de saúde das crianças.

Foi esta realidade que nos motivou algumas reflexões e preocupações neste domínio, e de algum modo, é a tela inspiradora e ativadora deste projeto de investigação, por tudo isto propomo-nos desenvolver um estudo no qual pretendemos identificar a diferença relativa ao desenvolvimento infantil da criança no 1º e 2º ano de vida quando a família é submetida a um programa de educação para a saúde. Pretendemos simultaneamente, compará-lo com um grupo constituído por crianças, cujas famílias não tiveram qualquer intervenção nossa em termos de educação em saúde. Pretendemos, assim, conhecer até que ponto a educação à família influencia o desenvolvimento infantil.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A proteção dos direitos da criança e do seu desenvolvimento físico e psicossocial está na base da Convenção dos Direitos da Criança (OMS, 1989), e tal como é referido na carta dos direitos das crianças (AR, 1990) pretende-se assegurar na máxima medida possível o desenvolvimento da criança, bem como garantir aos pais uma assistência adequada tendo em conta o superior interesse da criança, permitindo a esta um desenvolvimento global.

A taxa de mortalidade infantil, reconhecida internacionalmente como um dos mais importantes indicadores da saúde de um país, teve em Portugal um grande decréscimo na década de 1990 a 2000, tendo passado de 10,9% para 5,5% (MS, 2005a), o que se deveu em grande medida, à atuação dos profissionais de saúde no âmbito da promoção da saúde. Garantir um efetivo crescimento e desenvolvimento da criança vai para além das questões de sobrevivência, não bastando acrescentar condições de saúde pública em matéria da saúde infantil, é preciso fazer algo mais para proporcionar melhor qualidade da mesma.

Os Centros de Saúde são o primeiro ponto de contacto dos pais e outros cuidadores das crianças com o Sistema de Saúde, sendo reconhecidos como as primeiras entidades responsáveis pela melhoria dos níveis de saúde da população local, no âmbito da reorientação dos serviços de saúde decorrente do conceito de promoção da saúde expresso na Carta de Ottawa (1986).

Neste contexto, o programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS-DSMIA, 2002), elaborado pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direção Geral de Saúde, enfatiza a manutenção e a promoção da saúde da criança que é considerado como um imperativo para os profissionais e para os Serviços de Saúde, devendo ser facilitado o desenvolvimento da função parental, como um direito e um dever dos pais e famílias. Na verdade, a estrutura familiar, em matéria de saúde infantil, torna-se um elo fundamental para a efetiva concretização do desenvolvimento infantil. Nos primeiros anos de vida da criança, a família desempenha quase a totalidade das funções de socialização e cuidados psico-afetivos (Brazelton, 2006).

____ No que respeita ao desenvolvimento humano, a carga genética herdada também predispõe a criança a um determinado desenvolvimento, no entanto, e de acordo com as perspetivas contemporâneas, o papel de fatores históricos, culturais, sociais e a interação destes com fatores biológicos não são de descorar (Greenfield, 2002).

Num estudo patrocinado pelo “*Government of Ontario*”, Canadá, que envolveu uma equipa multidisciplinar nas áreas das neurociências, psicologia, sociologia, pediatria e epidemiologia, no sentido de compreender melhor o desenvolvimento da criança, conclui-se que os primeiros anos de vida, desde a conceção até aos seis anos de idade (particularmente os primeiros três anos) são fundamentais para o desenvolvimento de competências e capacidades que irão influenciar a aprendizagem, o comportamento e a saúde nos anos vindouros. O desenvolvimento cerebral, que ocorre antes do primeiro ano de vida, é mais rápido e muito vulnerável às influências ambientais (McCain e Mustard, 1999), competindo pois à família, por excelência, a estimulação para que estas conceções ocorram e se mantenham.

Tem vindo a ser demonstrado que os conhecimentos parentais atuam como mediadores, influenciando práticas de cuidados parentais (Ribas, Seidl de Moura e Bornstein, 2003), o que, por sua vez, tem efeitos diversos sobre as atitudes para com a criança, o seu comportamento e o seu desenvolvimento. Numa revisão da literatura sobre o conhecimento parental, os mesmos autores identificaram algumas tendências principais: (i) relação entre o nível sócio-económico e o conhecimento parental, sendo o nível educacional dos pais, em especial da mãe, com maior valor discriminatório em estudos sobre o desenvolvimento infantil; e (ii) o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil afeta os comportamentos parentais, e consequentemente o desenvolvimento infantil.

Também acima mencionado programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS-DSMIA, 2002: 5), no qual é referido que “a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços”, é assumido que a melhoria dos padrões de qualidade passa também pelo aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par de medidas sociais, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais

facilitá-la e promovê-la. Genericamente, o programa-tipo obedece a algumas linhas-mestras, particularmente a:

“valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental” (DGS-DSMIA, 2002: 6)

A Enfermagem assume um papel fundamental na promoção de saúde de onde emergem os cuidados de saúde. Estes tomaram novas orientações a partir da Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978), considerando que devem ser adequados às necessidades da população, prestados no meio onde as pessoas vivem e trabalham e dirigidos ao conjunto da comunidade. Esta orientação dos cuidados de saúde influencia a prática de enfermagem, dando origem a uma corrente centrada no *desenvolvimento da saúde*. Os cuidados de enfermagem partem da avaliação das necessidades de saúde da pessoa inserida no seu ambiente, sendo que as práticas se desenvolvem pelo cuidar da pessoa enquanto ser singular, passando a aproximar-se da utilização de recursos da comunidade e das potencialidades dos próprios indivíduos, integrando-o e coresponsabilizando-os para a manutenção e desenvolvimento da saúde, suscitando assim o desenvolvimento recíproco de utilizadores e prestadores (Collière, 1989). Assim, o campo de competência da enfermagem envolve a:

“mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, (...) para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (Collière, 1989: 290).

Neste sentido, a profissão de enfermagem tem a responsabilidade pelo cuidar da saúde das pessoas e por estar na vanguarda dessas respostas, no presente e no futuro, pelo que o cuidar se assume como o elemento que diferencia a enfermagem face a outras disciplinas na área da saúde, sendo o seu foco mais central e unificador (Watson, 2002).

3. OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO

O presente estudo visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na vigilância de saúde infantil da criança até aos 2 anos de vida.

Pretende-se assim avaliar nos 1º e 2º anos da criança os efeitos, ou eficácia de um programa de educação para a saúde, estruturado para a família sobre o desenvolvimento infantil durante 1º ano de vida.

Este projeto de investigação pretende, além de verificar se a criança possui um desenvolvimento global “normal”, monitorizar e recolher alguns fenómenos que possam ocorrer após a aplicação do programa experimental. Pretendemos, ainda, comparar os scores de desenvolvimento entre as crianças das famílias às quais foi aplicado o programa de educação em saúde, e o desenvolvimento da criança onde não houve intervenção.

Ao analisar o efeito de um programa de educação em saúde às famílias de crianças no 1º e 2º ano de vida através da aplicação de escalas de avaliação desenvolvimental pretendemos debruçar-nos sobre as seguintes questões:

- Quais as diferenças de *timing* de demonstração/aquisição das competências infantis?
- Qual a diferença do nível de conhecimentos maternos sobre o desenvolvimento infantil?
- Qual o nível de ansiedade das mães no final do programa experimental intra e inter-grupos?
- Qual a relação entre o nível socioeconómico e o desenvolvimento infantil?

Pretendemos assim, contribuir para o incremento de uma nova atitude face às competências parentais no âmbito do desenvolvimento infantil, realçando o potencial humano que a criança detém e promover o acesso à formação/educação como condições essenciais à manutenção da responsabilidade parental.

Neste sentido, orientamos esta investigação para os seguintes objetivos:

- Contribuir para a melhoria do domínio das relações entre o conhecimento materno e o desenvolvimento infantil.
- Estudar a relação entre os níveis de ansiedade da mãe e o conhecimento adquirido.

-Estudar a relação entre os níveis socioeconómicos das famílias e o desenvolvimento infantil.

-Propor estratégias de intervenção na área da promoção em saúde.

Esta investigação parte do pressuposto que o desenvolvimento infantil pode ser potencializado, com o conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, após programa de educação em saúde. De acordo com vários estudos, parece existirem certos períodos “críticos” para o desenvolvimento, durante os quais estímulos ambientais, ou determinadas ocorrências têm maior impacto no desenvolvimento infantil, ou seja, o mesmo acontecimento não teria tanto efeito se ocorresse noutra fase de desenvolvimento (Papalia e Olds, 1981; Thompson e Ashwill, 1996)

Este pressuposto gera as seguintes hipóteses:

H1:O desenvolvimento infantil é determinado pelo conhecimento materno;

H2:O desenvolvimento infantil é determinado pelas condições socioeconómicas da família;

H3:O nível de ansiedade materno é influenciado pelo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;

H4:O programa de educação para a saúde materno reduz a ansiedade materna relativo á maternidade;

H5:O programa de educação para a saúde materno influencia o desempenho da criança.

4. METODOLOGIA

Privilegiamos a investigação quantitativa uma vez que pretendemos, tal como refere Fortin (1999) descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente. No entanto utilizaremos também uma abordagem qualitativa complementar.

O tipo de estudo quasi-experimental adequa-se a esta investigação, uma vez que, como método científico que é, a investigação quasi-experimental é uma das categorias definidas por Campbell e Stanley (1963), citados por Fortin (1999), do desenho experimental, que se caracteriza pela análise de relações de causalidade. Distingue-se das categorias do pré-experimental e experimental verdadeiro pois “permite ao investigador medir o efeito de variáveis independentes sem todavia as poder controlar ou manipular de forma sistemática” (Fortin, 1999:190). O controlo das variáveis permite estabelecer uma causalidade, tendo sempre em conta o método amostral.

4.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo definida para este estudo é constituída pela díade recém-nascido/mãe (RN/mãe) do distrito de Braga. A amostra será constituída por 120 RN/mãe, com inscrição em creches de meio urbano e de meio rural, e que respeitem os seguintes critérios de inclusão: (i) gravidez vigiada, sem complicações intra-parto; (ii) RN de Termo, e Índice de Apgar 7 a 10 (Guimarães, 1997); (iii) ausência de doença materna do foro mental; e (iv) ausência de antecedentes familiares de atraso global de desenvolvimento.

Uma vez que o estudo pretende controlar/avaliar o desenvolvimento da criança desde o nascimento, optamos por uma amostra do tipo acidental (Fortin, 2009), em que qualquer mãe que se desloque à instituição e que satisfaça os critérios de inclusão da população de acesso, farão parte, de forma voluntária, da amostra até se atingir os 120 sujeitos.

Neste método acidental, tal como no aleatório, como é referido por Almeida e Freire (1997), a constituição dos grupos em comparação (GE-Grupo Experimental e GC-Grupo de Controlo) deverão ser usados processos de amostragem diretamente dirigidos para a equivalência dos grupos. Um desses métodos é a formação de grupos através do emparelhamento dos sujeitos, isto é, os sujeitos são repartidos, aleatoriamente, pelos grupos a formar com base numa distribuição equivalente dos valores de uma variável, neste caso o nível socioeconómico, a ansiedade, meio

rural/urbano e a coabitação com outras crianças, conforme figura 1, relativamente á distribuição das duas últimas variáveis.

Meio Grupo	Rural		Urbano		TOTAL
	Controlo	15	15	15	
Experimental	15	15	15	15	60
	1	mais de 1	1	mais de 1	
nº crianças por habitação					

Figura1.Distribuição dos sujeitos pelo meio e número de crianças que coabita.

4.2 - RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados será solicitada autorização à instituição hospitalar (onde nasceu a criança) e ás mães para a realização do estudo conjuntamente com os seus filhos.

A recolha de dados para definir a amostra e constituir o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC), será realizada até ao do 1º mês de vida.

Tendo em conta os objetivos do estudo, bem como as características da amostra, optamos por proceder à recolha de dados em quatro momentos diferentes, conforme Figura 2.

1º Momento – Definição das características socioeconómicas e nível de ansiedade dos sujeitos, através da escala de avaliação familiar Graffar (adaptada, Amaro, 1990) e STAI-FormaY (Spielberger, 1989), instrumento de medida da ansiedade em adultos;

2º Momento – Avaliação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil (GE e GC) e nível de ansiedade materna (GE e GC) através da administração das escalas de avaliação de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil (*The Knowledge of Infant Development Inventory*, KIDI, MacPhee, 2002);

3º Momento – A realização do programa de educação em saúde às mães do grupo experimental (GE) durante o 1º ano de vida; e monitorização das competências da

crianças ao longo dos 1º e 2º anos (2, 6, 9, 12 e 18 Meses) de vida nos dois grupos (GE e GC), através da aplicação da escala de desenvolvimento infantil. (SGS II - Escala de Avaliação das Competências no desenvolvimento infantil de Bellman, Lingam & Aukett, 2003);

4º Momento – Monitorização do desenvolvimento infantil (GE e GC), monitorização do nível de ansiedade materna nos dois grupos, avaliação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil aos 12 e 18 Meses.

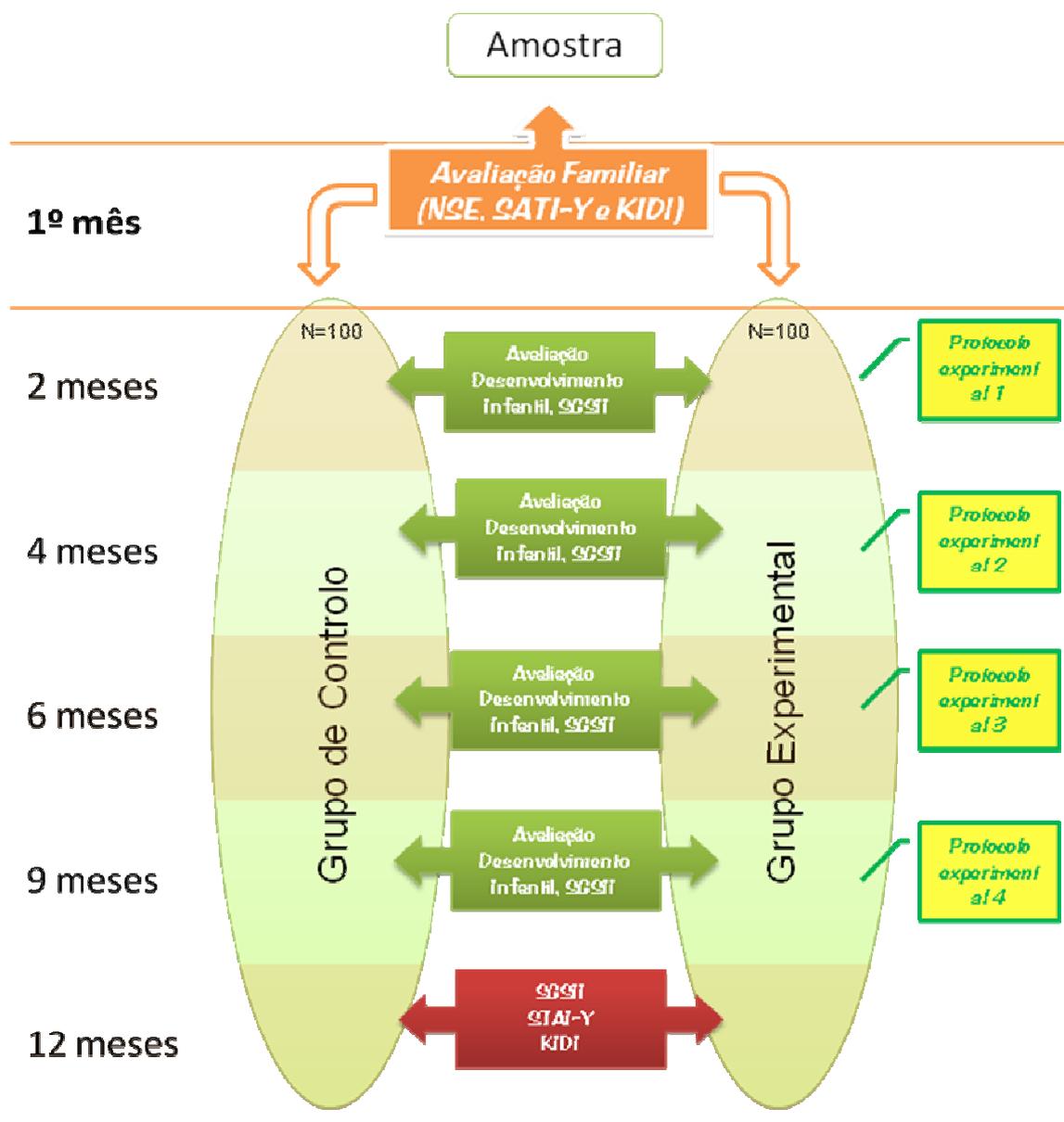


Figura 2. Diagrama do plano de investigação.

4.3 – PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

No que diz respeito aos protocolos, seguimos os programas definidos pela Direção Geral de Saúde e faremos educação para a saúde às mães das crianças aos 2, 4, 6 e 9 meses, contemplando as áreas cognitiva, sensório-motora, psico-afectiva e social. Serão elaborados tendo por base o modelo de promoção para a saúde de Nola Pender (2000) pois fornece uma estrutura em que os enfermeiros podem realizar cuidados dirigidos à promoção da saúde individual, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas intervenções. Como referência aos conteúdos dos protocolos serão tidos em conta “the touchpoints Model of Development” de T. Berry Brazelton (2006).

4.4 – VALIDADE INTERNA E EXTERNA

As limitações inerentes a esta investigação podem ser contornadas desde que se tenham algumas precauções tais como: assegurar que os dois grupos sejam o mais equivalente possível no que respeita a todas as variáveis dependentes. Mesmo sendo um estudo quasi-experimental e a amostra ser acidental, a distribuição pelos GE e GC será equivalente, através do emparelhamento de sujeitos, e distribuídos aleatoriamente GE e GC, do mesmo nível socioeconómico, característica já estudada por outros autores que poderá ter influência a nível de conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil.

4.5 - ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento e a análise dos dados recorreremos ao programa Social Package Stastiscal Science.

Os testes estatísticos previstos para esta investigação são o qui-quadrado, o ANOVA e o coeficiente de correlação de Pearson, modelo de equações estruturais, podendo ser utilizados outros testes que ao longo da investigação forem considerados convenientes.

5. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

As limitações deste estudo podem dever-se aos critérios de inclusão e ao método de emparelhamento dos sujeitos, sendo necessário algum tempo para completar os dois grupos (experimental e de controlo), porque se trata de um estudo longitudinal e as sessões de avaliação requerem algum tempo. Além disso, os sujeitos poderão, tal como será declarado na carta de explicação do estudo e no consentimento informado, desistir durante a recolha dos dados.

Pretende-se com este estudo promover o desenvolvimento infantil em parceria com a família contribuindo para a evidência da qualidade dos cuidados de enfermagem em matéria de saúde infantil, demonstrada em resultados como o desenvolvimento infantil, como consequência de intervenções de promoção da saúde dirigidas para a capacitação (*empowerment*) dos pais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. S., FREIRE, T. (1997)- Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga, Lusografe

AMARO, F. (1990) Classificação das famílias segundo a escala de Graffar. Lisboa, Fundação N.S. Bom Sucesso.

AR – ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1990). *Convenção sobre os direitos da criança, Resolução da Assembleia da República n20/90 de 12 de Setembro de 1990.* Diário da República, I Série A, n.º 211/90.

BELLMAN, M., LINGAM, S. & AUKETT, A. (2003) *Escala de Avaliação das competências no desenvolvimento infantil II*, 1ªed., Lisboa, Cegoc.

BRAZELTON, T.B. (2006) - O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos, 9ª ed., Barcarena, Presença.

COLLIÉRE, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

DGS-DSMIA – Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. *Orientações Técnicas n.º 12*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

FORTIN, M.F. (2009) *Fundamento e etapas no processo de investigação*, Loures, Lusodidatica.

GUIMARÃES, M.J.C.R.E (1997) *Predicção do Desenvolvimento Psicomotor à Nascimento*, Porto, Universidade do Porto.

GREENFIELD, P. M. (2002). The mutual definition of culture and biology in development *n* H. Keller, Y.H. Poortinga & A. Schölmerich (Orgs.), *Between Culture and Biology* (pp. 57-76). Cambridge: Cambridge Press.

MacPHEE, D. (2002) *Knowledge of infant development inventory, Manual*. Colorado, Colorado State University.

McCAIN, M. N. ; MUSTARD, J. F. (1999) Learning begins before birth: how the early years influence human health and development. *“Early Years Study: Reversing the Real Brain Drain”*. Toronto: Government of Ontario

MS - Ministério da Saúde (2005a). *Portugal Saúde: indicadores básicos 2002*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

OMS - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*. Braga: Centro de Documentação e Informação Sobre a Criança. In <http://www.iec.uminho.pt/cedic/convenc/dircri.htm> [Acedido em 2003-10-20].

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. (1981). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.

PENDER, N.J. (2000). *Health promotion in nursing practice*. 3ªed. New Jersey, Prentice Hall.

RIBAS J. R. C., MOURA, M. L., GOMES, A. A. N., SOARES, I. D., & BORNSTEIN, M. H. (2003). Socioeconomic status in Brazilian psychological research. São Paulo. *Estudos de Psicologia*.

SPIELBERGER, C. D. (1989). *Stait-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. (2 ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

THOMPSON, E. D.; ASHWILL, J. W. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica*. (6.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.