

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO  
MOVIMENTO HUMANO**

**CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL:  
ESTUDO EM UMA UNIDADE DESTINADA AO ATENDIMENTO DE  
GESTANTES DE ALTO RISCO**

MARIA APARECIDA DE LIMA LUCIANO

Piracicaba, 2018

MARIA APARECIDA DE LIMA LUCIANO

**CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL: ESTUDO EM UMA UNIDADE DESTINADA  
AO ATENDIMENTO DE GESTANTES  
DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, da Universidade Metodista de Piracicaba para obtenção do Título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Profª Drª Denise Castilho Cabrera Santos

Piracicaba, 2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIMEP  
Bibliotecária: Marjory Harumi Barbosa Hito - CRB-8/9128.

L937c	Luciano, Maria Aparecida de Lima Conhecimento sobre desenvolvimento infantil : estudo em uma unidade destinada ao atendimento de gestantes de alto risco / Maria Aparecida de Lima Luciano. – 2018. 117 f. : il. ; 30 cm.  Orientadora: Profa. Dra. Denise Castilho Cabrera Santos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba, Ciências do Movimento Humano, Piracicaba, 2019.  1. Gravidez de Alto Risco. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Psicomotricidade. 4. Habilidades Motoras. 5. Lactente. I. Santos, Denise Castilho Cabrera. II. Título.  CDU – 618.2
-------	---

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito, Não sou o que deveria ser,  
mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)*

## DEDICATÓRIA

*“Dedico este trabalho a Deus, que sempre foi o  
autor da minha vida e do meu destino”.*

*O meu maior apoio nos momentos difíceis,  
não me deixando fraquejar.*

*Ao meu querido esposo, Ricardo Américo,  
amigo e companheiro, por ser tão importante na minha vida.*

*Sempre a meu lado, me fazendo acreditar  
que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo,  
amizade, paciência, compreensão na minha ausência  
para que esse trabalho pudesse ser realizado.*

*Não tenho palavras para agradecer o quanto você  
foi importante nesta conquista.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo amor e carinho que recebi durante a elaboração desse trabalho, pela preocupação e compreensão na minha ausência.

A meus irmãos, e sobrinhos João e Ana Paula meu agradecimento especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigada pela confiança.

A pequena Heloisa, que chegou no momento mais crítico desse trabalho, tornando-se minha inspiração.

A Raquel e toda equipe do Centro de referência em saúde da mulher, pelo carinho e apoio durante a coleta de dados, cooperando ativamente neste trabalho nunca me negando ajuda quando precisei. Agradeço muito a vocês não só pela ajuda profissional, mas pela ajuda pessoal, pois foram meus amigos em um ambiente que não era o meu. Obrigada.

A todos os colaboradores da UNIMEP, em especial as bibliotecárias que com muito carinho e profissionalismo me ajudaram na elaboração desse trabalho com apoio nas referências.

A todos os amigos conquistados ao longo desses dois anos, em especial a Karina G. Camargo, pela parceria nos trabalhos e apresentações, por estar presente nos momentos de preocupação e angústia pelas palavras de incentivo, apoio e orações.

À Profª Draª Maria Imaculada de Lima Montebello pela dedicação na análise dos dados.

À minha corretora Rosemary pelo seu olhar crítico ao trabalho e pelas palavras de apoio, por me tranquilizar nos momentos de angústia.

Aos membros da banca Profª. Dra. Marlene Aparecida Moreno (presidente da banca), profa. Dra. Rute Estanislava Tolocka (titular UNIMEP), Profª Dra. Regina Turolla de Souza (titular externo Puccamp) Profª Dra. Adriana Pertile (suplente UNIMEP) Profª Dra. Maria Tereza Pace do Amaral (suplente externo UNIFESP).

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora, Denise Castilho Cabrera Santos, minha professora e orientadora exemplo de garra, humildade, determinação e competência, agradeço pelos inúmeros ensinamentos e por tornar possível a realização desse trabalho para quem não há agradecimentos que cheguem. Por toda paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante os seminários do mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Por estar comigo no primeiro dia da coleta de dados. O principal da sua orientação foi à utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu, sei que fui um desafio na sua carreira profissional mais você é um exemplo de profissional que soube conduzir me apoiando para que fosse possível concluir esse trabalho. Estou grata por ambas e também pela liberdade de ação que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal. Como professora foi o expoente máximo, abriu-me horizontes, ensinou-me principalmente a pensar. Foi, e é fundamental na transmissão de experiências, na criação e solidificação de saberes e nos meus pequenos sucessos. Como amiga é o que todos desejamos, está sempre ao nosso lado sem precisarmos pedir o que quer que seja. Você estará sempre presente no meu coração e orações. Muito obrigada por tudo.

## RESUMO

Lactentes nascidos de gestações de alto risco estão expostos a alterações no desenvolvimento. Nesse contexto, o conhecimento sobre desenvolvimento infantil tem um papel central nos estímulos que ocorrerão no ambiente familiar a partir do nascimento do bebê. O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em um grupo de gestantes de alto risco. Estudo observacional e transversal realizado no Centro de Referência em Saúde da Mulher, ambulatório de pré-natal de alto risco, em Santa Bárbara d'Oeste/SP. O recrutamento e coleta de dados ocorreram de agosto de 2017 a fevereiro de 2018, todas as mulheres assistidas pelo serviço foram convidadas a participar do estudo. O convite para participar do estudo foi feito durante o tempo de espera para consulta. O critério para descontinuar o recrutamento foi a reincidência de participantes. Para avaliar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil foi aplicado o Inventário do Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil (KIDI), versão brasileira, considerando os escores Tentativa de acerto, Acurácia e Total geral de acertos. Como roteiro de classificação dos riscos gestacionais registrados nos prontuários foi utilizado o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Também foram levantados dados sociodemográficos e condição econômica das gestantes. As gestantes de alto risco estudadas tinham baixa escolaridade (52,5% até Fundamental II), 91,3% com idade entre 15-35 anos, 73,8% estavam casadas ou em união estável e em classes econômicas baixas (C1 ou abaixo). Quanto as características gestacionais, 51% iniciaram a gestação com mais de 75 kg, 38% eram primigestas, 34% histórico de aborto e 46% eram nulíparas. Os riscos gestacionais mais prevalentes foram a Hipertensão arterial (26,7%) e Diabetes (17,1%). A análise do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil mostrou 66% de acurácia nas respostas e total geral de acertos de 54%. A análise de regressão mostrou relação significativa entre a Acurácia em responder corretamente ao KIDI e as variáveis escolaridade da gestante, peso no início da gestação e a paridade. Os achados permitem concluir que as gestantes de alto risco estudadas mostram limitado conhecimento sobre desenvolvimento infantil. A escolaridade materna, a paridade e o peso no início da gestação foram significativamente relacionados ao conhecimento das gestantes. Identificar limitações no conhecimento de gestantes de alto risco sobre desenvolvimento infantil e as características que se relacionam aos déficits de conhecimento fornecem insights sobre a melhor forma de promover intervenções educacionais para gestantes com vistas a influenciar os ambientes de cuidado e estimulação após o nascimento do bebê.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gravidez de Alto Risco; Desenvolvimento infantil; Desempenho Psicomotor; Habilidades Motoras; Lactente.



## ABSTRACT

Infants born to high-risk pregnancies are exposed to changes in development. In this context, the knowledge regarding child development plays a major role in the stimulus that will occur in the family environment from the baby's birth. The main objective was to analyze the knowledge about child development in high-risk pregnant women. Observation and cross-sectional study carried out in the Women Health Reference Centre (Centro de Referência em Saúde da Mulher), at the high-risk pregnancy clinic in Santa Bárbara d'Oeste/SP. The recruitment and data collection took place between August 2017 and February 2018, where all women assisted by the Centre were invited to take part in the study. The invitation to participate in the study was made during the waiting time prior to an appointment. The criterion for discontinuing recruitment was recidivism of participants. In order to evaluate the knowledge regarding child development it was used the Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI), Brazilian version, considering the scores Attempted, Accuracy and Total Correct. As the guidance to the pregnancy risks classification identified in the patient records it was used the Pre-birth and Labor Technical Manual from São Paulo State Secretary of Health. The social and demographical data and socioeconomic status (SES) of the pregnant women were also established. The high-risk pregnant women had low educational level (52,5% up to Elementary grade), 91, 3% were aged from 15-35 years old, 73,8% were married or in a common-law marriage and in low SES (C1 or below). Regarding the pregnancy characteristics, 51% were over 75Kg in the beginning of pregnancy, 38% were primigravida women, 34% had had a previous abortion and 46% were nulliparous women. The analysis of the development related to the child development showed 66% of answer accuracy and a total correct of 54%. The analysis of regression showed a significant relation between the Accuracy in responding correctly to KIDI and the variables the pregnant women education, weight in the beginning of pregnancy and pregnancy parity. The findings allow us to conclude that the studied high-risk pregnant women showed limited knowledge related to child development. The education level of the pregnant mother, the parity and the initial weight were significantly related to the knowledge of the pregnant women. Identifying the limitation of knowledge in the high-risk pregnant women regarding the child development and the characteristics related to the deficits of knowledge give us insights about the best way to promote educational interventions to pregnant women having in mind the ability to impact the care and stimulation environments after the baby's birth.

**KEY-WORDS:** Pregnancy, High-Risk; Child development; Psychomotor Performance; Motor Skills; I

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Diagnóstico gestacional e classificação de risco - atenção básica	19
-----------------	---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização das gestantes quanto a idade, escolaridade, estado civil e condição econômica	52
<b>Tabela 2</b>	Caracterização das gestantes quanto ao peso, número de gestações, abortos e paridade	54
<b>Tabela 3</b>	Número de registro de cada um dos riscos isoladamente.	56
<b>Tabela 4</b>	Percentuais dos escores Tentativas, Acurácia e Total de acertos para o KIDI total e suas dimensões.	58
<b>Tabela 5</b>	Análise de regressão múltipla pelo método <i>stepwise</i> , estabelecendo como variável dependente o KIDI total e variáveis independentes os anos de escolaridade da mãe e do chefe de família, pontos ABEP, peso da gestante no início da gestação, idade da gestante e paridade (n= 80)	60

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
2.1 Gestação de alto risco	17
2.2 Importância do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil	32
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>39</b>
3.1 Geral	38
3.2 Específicos	38
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>40</b>
4.1 Aspectos éticos	40
4.2 Desenho do estudo	40
4.3 Seleções de sujeitos e casuística	40
4.4 Critérios de inclusão	41
4.5 Critérios de Exclusão	41
4.6 Instrumentos utilizados no estudo	41
4.7 Inventário do Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil (KIDI)	42
4.7.1 Estrutura e Pontuação do KIDI	45
4.7.2 Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo 2010)	46
4.7.3 Critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015)	46
4.8 Procedimentos	47
4.9 Variáveis do estudo	48
4.10 Análises estatísticas	49
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
5.1 Características do grupo estudado	51

5. 2 Riscos gestacionais identificados	55
5. 3 Conhecimento das gestantes sobre o desenvolvimento infantil	57
5.4 Características das gestantes relacionadas ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil	59
<b>6 DISCUSSÃO</b>	60
<b>7 CONCLUSÕES</b>	72
<b>REFERÊNCIAS</b>	74
<b>ANEXOS</b>	87
<b>ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	87
<b>ANEXO 2 - INVENTÁRIO DO CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL (KIDI) (MACPHEE 1981), VERSÃO EM PORTUGUÊS (RIBAS, <i>et al.</i>, 2000)</b>	90
<b>ANEXO 3 - QUADROS COM QUESTÕES DO KIDI SEPARADAS POR DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO</b>	97
<b>ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP 2015</b>	104
<b>ANEXO 5 - DIAGNÓSTICO E RISCO GESTACIONAL DESCRITO NO PRONTUÁRIO DA UNIDADE PARA CADA PARTICIPANTE DO ESTUDO.</b>	107
<b>ANEXO 6 - DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS DAS GESTANTES PARA AS QUESTÕES DO KIDI POR DIMENSÕES CUIDADOS PARENTAIS (QUADROS 6, 7). NORMAS E MARCOS (QUADROS 8, 9 ,10) PRINCÍPIOS (QUADRO 11) E SAÚDE (QUADRO 12).</b>	111
<b>ANEXO 7 - CARTA DE ADENTO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	115

# 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A gravidez de alto risco é uma realidade em ascensão no mundo. No Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem em decorrência de complicações relacionadas à gestação e ao parto (BRASIL, 2010; REZENDE; SOUZA, 2012). Filippi et al. (2006) destacam que as mortes maternas são a “ponta do iceberg”, considerando que muitas mulheres ainda sofrerão em consequência de doenças relacionadas à gravidez de risco. Eventos como o *near miss*, infertilidade e problemas emocionais, trazem consequências devastadoras após o nascimento.

A gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA *et al.*, 1973 *apud* BRASIL, 2010). Esta definição clássica da década de 70, demonstra que o reconhecimento dos impactos da gestação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto e/ou recém-nascido, não é novidade na área da saúde gestacional.

Para a mãe os riscos na gestação estão associados a vários fatores, como a hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, diabetes, trabalho de parto prematuro, hemorragias, infecção puerperal, aborto espontâneo, trabalho de parto prolongado, apresentação anômalas, distócia, placenta prévia, rotura prematura das membranas, entre outros (ALDRIGHI *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2008; GRAVENA *et al.*, 2012; MOURA *et al.*, 2004).

Os riscos para o feto ou recém-nascido são: anormalidades cromossômicas, abortamento espontâneo, mecônio intraparto, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, macrossomia, sofrimento fetal e anomalias genéticas e congênitas características da gestação de risco (ALDRIGHI *et al.*, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2012; GRAVENA, 2012). Todas essas condições contribuem para que o bebê seja exposto à riscos aumentados que resultam em atrasos ou alterações no seu desenvolvimento durante a infância (MIRANDA *et al.*, 2003). Por exemplo, os quadros hipertensivos na gestação relacionam-se ao baixo ganho de peso do feto, restrição do crescimento fetal, além de abreviação da gestação levando ao nascimento prematuro (COSTA *et al.*, 2014; CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008; MELO *et al.*, 2017).

O estudo de Dermitto *et al.* (2017) realizado com uma coorte de gestantes de alto risco revelou que intercorrências clínicas na gestação atual estão associadas ao trabalho de parto prematuro, malformação fetal e gestação múltipla, com risco elevado para a ocorrência de óbito neonatal.

Considerando que a gestação de risco pode acarretar complicações, tanto para a gestante quanto para o concepto ou recém-nascido, é razoável observar que lactentes nascidos de gestantes de alto risco também estão vulneráveis ao risco de agravos na saúde e déficits no seu desenvolvimento. Ademais, supõem-se que, em função dos riscos gestacionais e a tensão envolvida na gestação, os estímulos provenientes do ambiente familiar possivelmente não ocorram de forma adequada ao desenvolvimento do bebê, ampliando a possibilidades dos riscos.

Conhecer as práticas de cuidado e o desenvolvimento infantil é relevante para pais e para crianças. Acredita-se que o entendimento dos pais sobre temas como parentalidade adequada, normas e marcos apropriados, saúde e segurança, possam melhorar suas práticas, e até os ambientes que influenciam o desenvolvimento infantil, contribuindo assim, para a saúde e o bem-estar das crianças (BORNSTEIN *et al.*, 2010; REICH, 2005). Nesse contexto, o conhecimento das gestantes de alto risco sobre desenvolvimento infantil, tem um papel central nos estímulos que ocorrem no ambiente familiar a partir do nascimento do bebê. (MOURA *et al.*, 2004; ZAND *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2005).

Embora haja informação na literatura sobre os riscos da gestação e as consequências para o desenvolvimento do bebê (ALMEIDA *et al.*, 1975; CALDAS *et al.*, 2013), o conhecimento da gestante de alto risco a respeito do desenvolvimento infantil ainda não foi estudado.

Esse estudo pretende analisar o nível de conhecimento existente, sobre o desenvolvimento infantil, em um grupo de gestantes de alto risco acompanhadas por uma unidade de referência em Santa Barbara d'Oeste (SP). Especificamente busca-se identificar os riscos gestacionais prevalentes no grupo estudado e as características das gestantes relacionadas ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

A hipótese do estudo é que, as gestantes de alto risco assistidas em serviço público, possuam conhecimento escasso sobre desenvolvimento infantil e que essa falta de conhecimento sobre o assunto, esteja associada à escolaridade da gestante.

Os resultados podem fornecer informações sobre a necessidade de inclusão de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil na rotina de cuidados e acompanhamento de gestantes e puérperas de alto risco e impactar estratégias de educação em saúde no tratamento de gestantes de alto risco.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi organizada em torno dos dois temas principais: gestação de alto risco e a importância do conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

### 2.1 Gestação de alto risco

A gestação é um fenômeno fisiológico que faz parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. O organismo feminino nesse período se mantém equilibrado por mecanismos compensatórios de forma que a maioria das gestações ocorrem sem intercorrências. As modificações induzidas pela gravidez (anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas) durante o período gestacional são eventos normais e fisiológicos para esse período reprodutivo na vida das mulheres (COUTINHO *et al.*, 2014). Desta forma, as gestações oferecem baixo risco ao organismo das mulheres, em cerca de 90% dos casos não apresentam complicações durante o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2001). Entretanto, há situações que podem ocasionar riscos, tanto para a mãe quanto para o feto, visto que algumas gestantes possuem características particulares, apresentando maior probabilidade de uma evolução desfavorável ao longo da gestação; são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012; MELO *et al.*, 2017).

Estatísticas apontam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências ou complicações e aproximadamente 10% apresentam problemas no início ou no seu decurso, sendo consideradas gestações de alto risco (BRASIL, 2001; REZENDE, 2012).

O texto de Gomes *et al.* (2008) enfatiza que a gravidez de alto risco pode ser entendida como aquela que apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, seja para o feto, seja para a mãe. Desta forma, a gestação de alto risco tende a incrementar as dificuldades de uma gravidez normal, na medida em que introduz para a gestante uma preocupação real em relação à sua saúde e do seu bebê.

Durante todo o período gestacional existe a possibilidade de ocorrer complicações, que tornem uma gestação até então considerada normal, em gestação de alto risco. Tal fato confirma a necessidade de realizar uma avaliação de risco nas gestantes, considerando o seu estado atual e todos os riscos que estarão sujeitas no decorrer da gestação (CAMPOS *et al.*, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010) vários fatores colocam a gestante em risco, entre eles podemos citar: condições sociais e ambientais precárias, uso de drogas, etilismo, gemiparidade, idade materna menor de 15 anos e maior de 35 anos, além de diversos outros. No período gestacional aumenta o risco de exacerbação de doenças ou alterações pré-existentes (PEREIRA *et al.*, 2005).

Em consonância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010), os fatores que geram riscos em gestantes, são provenientes de quatro categorias:

- 1) Características pessoais e sociodemográfica;
- 2) Antecedentes obstétricos;
- 3) Morbidades; e
- 4) Doença obstétrica na gravidez atual.

Como características pessoais e sociodemográfica figuram situações como, por exemplo, o peso, a estatura e escolaridade da gestante, a presença de transtorno mental, ocupação estressante e situação afetiva conflituosa. Dentre os antecedentes obstétricos estão o abortamento habitual, hemorragias pré-eclâmpsia/eclâmpsia, recém-nascidos com restrição de crescimento intrauterino, prematuridade, malformações, entre outros. A categoria morbidades envolve uma ampla lista de patologias, incluindo câncer, cardiopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, infecção urinária, doenças infecciosas incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), entre outras. Finalmente, como doença obstétrica na gravidez atual, figuram o desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos, malformações fetais, síndromes hemorrágicas e hipertensivas, entre outras.

A lista completa com as situações que representam risco e indicam a necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, segundo a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo estão descritas no Quadro 1 (SÃO PAULO, 2010).

## Quadro 1 - Diagnóstico gestacional e classificação de risco - atenção básica.

<b>1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Altura menor que 1,45 m;</li><li>• Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);</li><li>• Analfabetismo funcional;</li><li>• Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social;</li><li>• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;</li><li>• Transtorno mental;</li><li>• Idade menor que 15 e maior que 35 anos;</li><li>• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse;</li><li>• Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;</li><li>• Situação afetiva conflituosa;</li><li>• Suporte familiar ou social inadequado;</li><li>• Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;</li><li>• Violência doméstica.</li></ul>
<b>2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abortamento habitual;</li><li>• Cirurgia uterina anterior;</li><li>• Esterilidade/infertilidade;</li><li>• Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;</li><li>• Macrossomia fetal;</li><li>• Morte perinatal explicada ou inexplicada;</li><li>• Nuliparidade e multiparidade;</li><li>• Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;</li><li>• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;</li><li>• Síndromes hemorrágicas.</li></ul>
<b>3. MORBIDADES:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aneurismas;</li><li>• Aterosclerose;</li><li>• Alterações ósteoarticulares de interesse obstétrico;</li><li>• Câncer;</li><li>• Cardiopatias;</li><li>• Doenças autoimunes (lúpus eritematosos sistêmicos, outras colagenoses);</li><li>• Doenças inflamatórias intestinais crônicas;</li><li>• Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);</li><li>• Epilepsia;</li><li>• Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);</li><li>• Hemopatias;</li><li>• Hipertensão arterial (classificar em leve, moderada ou grave) e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo;</li><li>• Infecção urinária;</li><li>• Nefropatias;</li><li>• Pneumopatias;</li><li>• Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção p HIV, sífilis e outras DST);</li><li>• Trauma;</li><li>• Tromboembolismo.</li></ul>

Continua na próxima página

#### 4. DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL:

- Aloimunização;
- Amniorrexe prematura;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Ganho ponderal inadequado;
- Hidropisia fetal;
- Malformações fetais;
- Óbito fetal;
- Síndromes hemorrágicas;
- Síndromes hipertensivas;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.

Fonte: Elaborada pela autora (2018)

De acordo com o Quadro 1, observa-se quais as condições que reconhecidamente podem colocar em risco uma gestação interferindo na saúde materna e na saúde do feto.

Das situações relacionadas ao risco gestacional, predominam causas como a idade materna a partir de 35 anos, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, diabetes, trabalho de parto prematuro, hemorragias, infecção puerperal, aborto espontâneo, trabalho de parto prolongado, apresentação anômalas, placenta prévia, rotura prematura das membranas, entre outros (ANDRADE *et al.*, 2004; ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; GOMES *et al.*, 2008; GRAVENA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2014; ALDRIGHI *et al.*, 2016; MOURA *et al.*, 2018).

Costa *et al.*, (2014) destacam inúmeras enfermidades que ocorrem na gravidez, que afetam a saúde materno-fetal, dentre as quais sobressaem doenças hipertensivas, diabetes, processos infecciosos, afecções obstétricas, além das condições socioeconômicas, que influenciam direta ou indiretamente no desenvolvimento intrauterino do feto, no seu peso ao nascer e na duração da gravidez.

O estudo de Moura *et al.*, (2018) descrevem em sua pesquisa desfechos maternos e perinatais de uma coorte de mais de 55.000 gestantes, cujos partos foram financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo, Brasil. Os resultados apontaram que as internações por complicações obstétricas ocorreram em 4,3% das gestantes, sendo que as causas mais frequentes foram infecções (27,8%), doenças hipertensivas (22%) e diabetes (13,8%). Além disso, os desfechos perinatais (mortalidade fetal e neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer) ocorreram 2 vezes mais entre os conceptos de gestantes com internação prévia, indicando que desfechos maternos e perinatais negativos foram maiores entre as gestantes com internação prévia ao parto.

O estudo de Assis, Viana e Rassi (2008) investigou os fatores de risco maternos para a Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG). Os achados mostraram ocorrência de 14,5% de SHG e o tipo com maior incidência foi a pré-eclâmpsia. Os fatores de risco identificados para as SHG foram a obesidade, a raça não-branca, a PE prévia, a idade acima de 30 anos, a hipertensão arterial crônica e a primiparidade.

A hipertensão induzida pela gestação, traz para a mãe diversos agravantes, como por exemplo a encefalopatia hipertensiva, problemas cardíacos e renais, pré-eclâmpsia e eclampsia, levando a estado convulsivo com necessidade de cesárea de urgência, em geral conduzindo até ao parto prematuro. Para o feto, a hipertensão está relacionada a restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e a prematuridade (COSTA *et al.*, 2014; CHAIM *et al.*, 2008; MELO *et al.*, 2015; BACKES *et al.*, 2011).

O Diabetes também é uma condição frequentemente relatada nos estudos sobre gestações de risco. Um amplo estudo realizado no Paquistão encontrou 3,5% de ocorrência de Diabetes gestacional numa coorte de 1429 gestantes (FAROOQ *et al.*, 2007). A complicação materna com maior incidência foi o polidrâmnio (18%), parto prematuro (14%) e hipertensão induzida pela gestação (12%), além de maior necessidade de cesariana. Para os bebês as complicações foram macrossomia (36%), icterícia neonatal (18%) e hipoglicemia (8%).

Mitanchez, Zydorczyk e Simeoni (2015) alertam que em função do aumento da obesidade materna e diabetes tipo 2, houve um aumento significativo de diabetes gestacional nas últimas décadas. Os autores relatam que bebês de mães diabéticas são propensos a vários desfechos adversos neonatais, incluindo distúrbios metabólicos (hipoglicemia), desconforto respiratório, comprometimento neurológico devido a asfixia perinatal e traumas de nascimento (em função da macrossomia) e destacam que a alta incidência de hiperglicemia materna nos países em desenvolvimento está associada à escassez de cuidados maternos e neonatais adequados, aumentando o ônus das complicações neonatais nesses países.

Outros autores também observaram que o diabetes na gestação está associado ao abortamento espontâneo, anomalias congênitas, macrossomia fetal, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia e síndrome de desconforto respiratório (GOLBERT; CAMPOS, 2008; FAROOQ *et al.*, 2007; MITANCHEZ; ZYDORCZYK; SIMEONI *et al.*, 2015).

Nos estudos envolvendo gestações de risco, tem especial importância a idade materna a partir de 35 anos ou abaixo de 15 anos. Santos *et al.* (2009) analisaram a associação entre idade materna, resultados perinatais e via de parto em 2.196 mulheres, em um hospital universitário terciário do Maranhão, das quais formaram três grupos: adolescentes (10 a 19 anos), adultas (20 a 34 anos) e mulheres de idade avançada ( $\geq 35$  anos). Os resultados apontaram que a gravidez na adolescência se associa ao início tardio do pré-natal e ao número reduzido de consultas, uso de abortivo no início da gestação, baixa escolaridade, ausência de companheiro, baixo peso ao nascer e prematuridade. No grupo de gestantes com idade avançada houve maior frequência de diabetes, pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas, índice de Apgar no quinto minuto menor que sete e maior frequência de parto cesáreo.

Em outro estudo, envolvendo 250 puérperas adolescentes e adultas jovens, comparou fatores socioeconômicos, assistência pré-natal, exposições ao fumo/álcool e fatores reprodutivos. Os achados mostraram maior número de primiparidade, baixa renda familiar, baixa escolaridade e pouca assistência no pré-natal entre as puérperas adolescentes do que em relação às adultas jovens, indicando que mães adolescentes tem as piores condições socioeconômicas e reprodutivas quando comparadas às adultas jovens (KASSAR *et al.*, 2006).

Ainda em relação à idade materna, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, consideradas gestantes tardias ou em idade avançada são mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez (BRASIL, 2010; ALDRIGHI *et al.*, 2016). Nessa faixa etária para a mãe os riscos estão associados com maior ganho de peso, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial



crônica, pré-eclâmpsia, miomas, trabalho de parto prematuro, hemorragia, infecção puerperal, trabalho de parto prolongado, uso mais frequente de ocitocina no trabalho de parto, gestação múltipla, apresentações anômalas, distócias, placenta prévia, oligodrâmnio e polidrâmnio, rotura prematura de membranas e parto cesáreo (ANDRADE *et al.*, 2004).

Os riscos para os recém-nascidos provenientes de uma gestação em idade avançada são, anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, Restrição de Crescimento Fetal (RCF), macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito. Em comparação com mulheres mais jovens, mulheres que engravidam com mais de 35 anos, tem risco aumentado para abortamentos espontâneos e induzido, maior risco para mortalidade perinatal, baixa vitalidade do recém-nascido, macrossomia e peso pequeno para a idade gestacional (ALDRIGHI *et al.*, 2016; GRAVENA, 2012). As anomalias genéticas e congênitas mais frequentes relacionadas ao aumento da idade materna são a síndrome de Down, defeitos do tubo neural e fendas faciais labial e palatina (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Costa *et al.* (2014) estudaram a associação entre fatores de risco materno e necessidade de cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. O estudo envolveu 111 puérperas cujos recém-nascidos necessitaram de cuidados em UTI neonatal (Grupo Caso) e 111 puérperas de recém-nascidos que não tiveram indicação de cuidados em UTI neonatal (Grupo Controle). Dentre as complicações que necessitaram de cuidados em UTI neonatal, a prematuridade foi responsável por 55,5% casos, seguido de risco de infecção intraparto (41,8% dos casos) e desconforto respiratório em 35,5% dos casos. Em relação à história

materna de doença prévia ou atual na gestação, mostrou significância estatística a internação na gestação atual, doença durante a gestação, com destaque para as síndromes hipertensivas. Ademais, a ruptura prematura de membranas se associou fortemente à necessidade de UTI neonatal.

Piccinini *et al.* (2012) destacam a importância da assistência no pré-natal e nas demandas emocionais (percepções e sentimentos) da gestante, tendo em vista sua relevância para as questões imediatas do binômio mãe-bebê, com reflexos também para a maternidade, paternidade e desenvolvimento do bebê. Desta forma, a gravidez que evolui para uma gestação de risco representa um período estressante para a mulher, na medida em que ela se confronta com uma série de indicadores que colocam em risco a saúde e bem-estar dela e do feto em desenvolvimento.

Neste contexto, a assistência pré-natal tem um papel fundamental, não somente para os cuidados com a saúde das gestantes como também de seus bebês (CAMACHO *et al.*, 2010). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), cita a importância da abordagem integral às mulheres, considerando as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.

O objetivo da assistência pré-natal na gestação de risco é interferir no curso de uma gestação com grandes chances de ter um resultado desfavorável; é

também uma forma de diminuir a exposição da gestante e do feto à riscos e consequências adversas no período gestacional (BRASIL, 2012; CALDAS *et al.*, 2013). De acordo com Costa (2002) para que seja possível obter um resultado perinatal favorável é preciso identificar e dar assistência o quanto antes a todos os fatores de risco que contribuam para a morbidade e mortalidade das gestantes e do feto.

Para o feto em desenvolvimento, recém-nascido ou lactente inúmeras situações representam ameaças ou riscos ao seu pleno desenvolvimento; diversos já citados nessa revisão por serem resultados de uma evolução desfavorável no decorrer da gestação e/ou do parto (ex. prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outras). Define-se como fatores de risco uma série de condições biológicas ou ambientais que aumentam a probabilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança (FIGUEIRA *et al.*, 2005).

O estudo de Miranda *et al* (2003) descreve os principais indicadores de risco ao desenvolvimento infantil identificados nos serviços de pediatria. Esses riscos podem ser classificados em riscos biológicos, estabelecidos e ambientais. Os riscos biológicos são agravos a saúde da criança decorrentes de intercorrências pré-natais (ex. problemas maternos como hipertensão, diabetes e cardiopatias), perinatais (ex. prematuridade, baixo peso ao nascimento, retardo do crescimento fetal) ou pós-natais (ex. meningoencefalites, hipoglicemia). Os riscos estabelecidos se referem a desordens médicas ou condições que sabidamente repercutem no desenvolvimento infantil como, por exemplo, as Síndromes genético-cromossômicas, os erros inatos do metabolismo e as malformações congênitas.

Por fim, os riscos ambientais envolvem fatores socioeconômicos, ambiente familiar e/ou meio desfavorável ao desenvolvimento e violência doméstica.

Diversos fatores colocam em risco o desenvolvimento de uma criança, dentre os quais podemos relacionar: baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções neonatais, desnutrição, baixa condições socioeconômicas, nível educacional precário dos pais e prematuridade. Quanto “maior o número de fatores de risco atuantes, maior será a possibilidade do comprometimento do desenvolvimento” (MIRANDA *et al.*, 2003; WILLRICH *et al.*, 2009)

No estudo de Halpern *et al.* (2002) a maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças foi associada à parcela da população mais desfavorecida, onde predominam os fatores de risco biológico e ambientais: crianças pobres, com mais de três irmãos, nascidas com baixo peso, idade gestacional menor de 37 semanas receberam leite materno apenas por três meses ou não foram amamentadas, ou seja, acumulavam indicadores de risco de ordem biológica e ambiental, o que coloca a criança em risco duplo, com consequências sérias ao desenvolvimento.

O desenvolvimento infantil é parte fundamental ao desenvolvimento humano, considerando que nos primeiros anos, é moldada a arquitetura cerebral, a partir da interação entre herança genética e influências do meio em que a criança vive (SOUZA; VERISSIMO, 2015).

De acordo com Zeppone, Volpon e Ciampo (2012), desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intrauterina e envolve o crescimento

físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, visando tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio. O conceito de desenvolvimento é amplo e se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais, incluindo o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (SÃO PAULO, 2015)

O processo de desenvolvimento é contínuo, se inicia com a concepção e se encerra com a morte. Nesse processo são envolvidos todos os aspectos do ser humano: físico, sensitivo-motor, cognitivo, afetivo e social, que se moldam de acordo com os estímulos externos que o indivíduo recebe através das relações que estabelece com o mundo (BARBARA, 2008; RODRIGUES; CARBINATTO, 2016).

Os primeiros anos de vida da criança caracterizam-se por diversas modificações no crescimento e desenvolvimento. O termo desenvolvimento, quando aplicado à evolução da criança, significa que no decorrer do tempo, aumentam as possibilidades individuais de ação no ambiente (SHEPHERD, 1998; CAMPOS; SANTOS; GONÇALVES, 2005).

O ambiente em que a criança vive determina diferentes formatos ou aspectos do seu comportamento motor. O ambiente positivo funciona como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita o reconhecimento e interação com o meio. Entretanto, o ambiente desfavorável retarda o ritmo de desenvolvimento e restringe as possibilidades de aprendizado da criança. Paralelamente aos fatores de risco biológicos, as desvantagens ambientais

influenciam negativamente no desenvolvimento das crianças (SILVA *et al.*, 2006; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI; 2014).

Ao realizar a revisão de literatura acerca da mulher que vivencia a gravidez de risco, o que significa estar exposta à uma maior vulnerabilidade e maior instabilidade emocional, observa-se que nos estudos anteriores, em sua maioria, priorizaram os aspectos fisiológicos da gravidez de risco e o controle das intercorrências gestacionais. Algumas obras referem-se a importância de se trabalhar o contexto familiar e atividades educativas com as gestantes de risco, além do acompanhamento rigoroso durante o pré-natal e o preparo dos profissionais envolvidos no atendimento dessas gestantes. Da mesma forma, estudos abordam opiniões das gestantes sobre o que é uma gestação de risco e a preocupação das mesmas durante a gestação, mas não relatam o conhecimento que possuem sobre o desenvolvimento infantil. Embora os estudos apontem as consequências da gestação de alto risco para a saúde da mãe e do bebê, nenhum estudo se aprofundou na investigação relatando as repercussões que uma gravidez de risco pode causar no desenvolvimento dos bebês.

Na seção seguinte dessa dissertação apresentamos a revisão de literatura sobre o conhecimento relacionado ao desenvolvimento infantil.

## 2.2 Importância do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil

O conhecimento de pais, profissionais da saúde e educação sobre o desenvolvimento infantil tornou-se fonte do interesse de pesquisadores (REICH 2005; BORNSTEIN *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2004; HUANG *et al.*, 2005; ZAND *et al.*, 2015) e organizações (SEGE *et al.*, 2014; UNICEF 2014) e influenciou no desenvolvimento de instrumentos para avaliar esse conhecimento (MACPHEE, 1981 *apud* RIBAS, *et al.*, 2000).

Esse interesse é decorrente da necessidade de que pais e cuidadores conheçam o processo de desenvolvimento na infância e aperfeiçoem suas práticas nos ambientes que circundam o bebê, influenciando positivamente no desenvolvimento infantil; além de observarem com mais atenção a existência de potenciais desvios, podendo assim, alertar profissionais da saúde, levando a ações de identificação e intervenção mais precocemente, quando necessário (GIROLAMI *et al.*, 2006).

Para Zand *et al.*, (2015) é importante que os pais aprendam e conheçam como as crianças se desenvolvem; a aquisição desse conhecimento influenciará na percepção dos pais sobre práticas adequadas, manutenção e promoção da saúde e desenvolvimento infantil. À medida que os pais se tornam mais informados sobre o tema, espera-se que desempenhem de forma mais eficaz o papel de pais, proporcionando assim, ótimas trajetórias de desenvolvimento em seus filhos

O conhecimento do desenvolvimento infantil tem um papel central no sistema de crenças parentais, e, conseqüentemente, tem influência significativa na interação entre pais e filhos. Entre outros aspectos, esse conhecimento engloba crenças acerca dos períodos mais prováveis para aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas durante o desenvolvimento infantil; crenças acerca de que fatores podem influenciar o desenvolvimento das crianças; crenças acerca de que tipos de cuidados de higiene e segurança são importantes para a saúde das crianças. Assim, se os pais acreditam, por exemplo, que os bebês não enxergam ao nascer, é razoável supor que eles acabam por criar poucas oportunidades de estimulação visual (MOURA *et al.*, 2004, p.422).

Diversas pesquisas brasileiras e estrangeiras buscam saber o quanto os pais conhecem a respeito do desenvolvimento infantil. A maioria dos estudos focou no conhecimento dos pais e outros estudos envolveram cuidadores e educadores. Em geral, os resultados concluíram que o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil está aquém do esperado, e que nível de escolaridade dos pesquisados é um importante preditor do quanto esses pais e profissionais sabem a respeito do desenvolvimento infantil.

O estudo de Moura *et al.* (2004), contou com a participação de 405 mães primíparas de seis diferentes centros urbanos do Brasil. As mães possuíam diferentes níveis educacionais e econômicos, e com filhos de até um ano de idade. A proporção de respostas corretas no KIDI variou entre 58% e 69% nos diferentes locais, com 64% de acertos considerando a amostra total. Os autores concluem que o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil exerce uma forte influência nas práticas de cuidado e, conseqüentemente, na interação entre eles e o desenvolvimento da criança nos primeiros anos.

O objetivo do estudo realizado por Silva *et al* (2005) foi avaliar o conhecimento que mães primíparas obtiveram ao longo do primeiro ano de vida de seu filho. Os autores entrevistaram 105 mães primíparas maiores de 18 anos, com pelo menos um filho de até um ano de idade residentes na cidade de Itajaí, Santa



Catarina. A porcentagem de acertos oscilou entre 40% e 73%, com média de 58%. O estudo concluiu que o status socioeconômico e a escolaridade interferem e são importantes na determinação do conhecimento das mães.

Estudo realizado com 16 mães de crianças em situação de acolhimento institucional, com idade de zero a seis anos, utilizou o Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI) para saber a respeito do conhecimento dessas mães sobre práticas de cuidado e desenvolvimento infantil. A pesquisa concluiu que o nível de escolaridade está relacionado ao conhecimento que essas mães possuem sobre desenvolvimento infantil, indicando que as mães com maior índice de acertos, foram as que concluíram o ensino superior. (CRUZ; CAVALCANTE; PEDROSO, 2014).

No trabalho sobre crenças e conhecimento de pais e profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de crianças com síndrome de Down (SD) participaram 60 pais com filhos com SD e 41 profissionais de saúde do Instituto Fernandes Figueira Fiocruz no estado do Rio de Janeiro (AGUIAR, 2009). Os resultados demonstraram que o conhecimento dos pais de crianças com SD não diferiu de grupos de pais de crianças sem a síndrome. Pais e profissionais apresentaram um bom conhecimento sobre desenvolvimento de crianças pequenas com SD, mas com resultados superiores dos profissionais.

Santos, Ramos e Salomão (2015) realizaram estudo com a participação de 24 educadores que acompanhavam crianças com idade entre 24 e 30 meses em creches públicas e particulares da cidade de Campina Grande (PB), onde aplicaram entrevista semiestruturada para investigar as concepções sobre o

desenvolvimento infantil. A conclusão foi que a maioria dos educadores entende que o desenvolvimento é um processo composto por etapas pelas quais toda criança passa, ressaltando a importância dos recursos pedagógicos e da participação das famílias nesse contexto. Os educadores que participaram da pesquisa consideraram relevante o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Ribas, Moura e Bornstein (2007) analisaram um grupo com 66 mães primíparas, residentes na cidade do Rio de Janeiro, para investigar três tipos de cognições parentais (conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil e da criação de filhos, auto percepções parentais e atribuições de causalidade parentais). As mães responderam a versão brasileira do KIDI, além de outros instrumentos. Quanto ao conhecimento das mães sobre desenvolvimento infantil, foi observado 63% de acertos indicando que seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil poderia ser ampliado. A educação materna se associou as cognições maternas e os resultados foram consistentes com estudos nacionais e internacionais realizados anteriormente.

Silva (2003), em sua Dissertação de Mestrado em Psicologia utilizou o inventário do conhecimento infantil para avaliar o conhecimento de 109 mães primíparas, com idade entre 18 e 48 anos de idade e crianças de até um ano de idade, sobre o desenvolvimento infantil da criança ao longo do primeiro ano de vida. A autora analisou os índices de acertos com relação às dimensões do KIDI e concluiu que o nível de escolaridade e a ocupação da mãe influenciaram no conhecimento que possuem sobre desenvolvimento infantil.

Zand *et al.* (2015) realizaram um trabalho envolvendo 67 mães de bebês e crianças em risco de atrasos de desenvolvimento e que recebem Serviços de Intervenção precoce em St. Louis (MO), EUA. Utilizaram o Inventário KIDI para avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento e práticas parentais. Os autores concluíram que mães com maior idade, com nível econômico mais alto e com maior escolaridade demonstraram mais conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

Outro estudo envolvendo 268 mães americanas de origem europeia encontrou índices de acerto de 81% no Inventário KIDI e os autores discutem que, embora seja um resultado satisfatório, parte das mães de lactentes não tem conhecimento completo sobre o desenvolvimento de seus filhos. As mães com maior idade, baixa escolaridade e de nível socioeconômico mais baixo foram as que menos pontuaram nos escores do KIDI. O estudo aponta que as dimensões do KIDI que tiveram um índice maior de acertos foram Normas e Marcos, Saúde e Princípios (BORNSTEIN, 2010).

Reich (2017) também utilizou o inventário KIDI para avaliar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil em seu estudo; contando com a participação de 203 mulheres entre 18 e 53 anos de idade. No geral, as mulheres responderam corretamente a 65% das questões, significando que o conhecimento das mães sobre desenvolvimento infantil pode impactar na maneira como elas criam seus filhos.

O estudo realizado na Turquia com a participação de 1055 mães de crianças de até três anos de idade (ERTEM *et al.*, 2007) observou que as mães

que viviam em duas diferentes cidades da Turquia careciam de conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil.

Rehman, Kazmi, Minir (2016) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento da mãe sobre desenvolvimento infantil e identificar qual a fonte utilizada para obter algum tipo de conhecimento. Após a utilização do inventário KIDI em um grupo de 392 mães, com idade entre 19 e 62 anos, chegou-se à conclusão de que as mães possuíam conhecimento inadequado sobre desenvolvimento da criança; e quando necessitavam obter algum tipo de informação a maioria relatou experiências informais. Dessa forma os autores acreditam que seria relevante essa informação como parte da grade curricular nas escolas e universidades como parte do programa de estudo, assim como a divulgação em programas de rádio e televisão para que a população obtenha mais informação.

O trabalho realizado no Iran por Habibi *et al.* (2017) para avaliar o conhecimento dos pais iranianos sobre desenvolvimento infantil, envolveu na amostra 24 pessoas, incluindo mães, pais e avós. Os autores observaram que o conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil não é suficiente, portanto, ações devem ser tomadas para aumentar seus conhecimentos no contexto familiar.

Na China, Yue *et al.* (2017) realizaram um estudo, incluindo cuidadores (mães e avós) de 648 bebês com idade entre 6 e 24 meses, utilizando o inventário KIDI para avaliar a relação entre o conhecimento sobre desenvolvimento. Os resultados mostraram que as famílias possuíam baixa renda, 68% dos bebês a mãe era a principal cuidadora, 32% era cuidado pela avó e 80% das mães tinham menos

de 9 anos de estudo. Os achados desse estudo sugerem que o baixo conhecimento dos cuidadores sobre desenvolvimento infantil e a baixa escolaridade e classe econômica influenciaram nos resultados.

Girolami *et al* (2006) consideraram que o conhecimento e consequente relato dos pais sobre as habilidades motoras de seus filhos pequenos é um fator chave na identificação de atrasos no desenvolvimento. O estudo dos autores examinou o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento motor de lactentes inseridos em programas de intervenção precoce. Os resultados sugerem que existem várias maneiras para detectar atrasos de movimento em crianças. O aumento da familiaridade dos pais com o desenvolvimento na primeira infância contribuiria, portanto, na identificação de um possível atraso no desenvolvimento. Esse conhecimento possibilitaria a discussão de preocupações com o pediatra da família, o que, por sua vez, facilitaria a intervenção precoce.

Estudo conduzido com o apoio da Unicef (2014) buscou compreender em comunidades em ilhas do Pacífico o conhecimento, práticas e atitudes voltadas a promoção do desenvolvimento infantil. Dentre os principais resultados está a forte associação entre escolaridade materna e o apoio familiar para aprendizagem, além de identificarem que a maioria dos pais não se envolvia em atividades com seus filhos pequenos e muitas crianças não eram cuidadas de forma adequada (por exemplo: ficavam sozinhas ou sob os cuidados de outras crianças).

Conhecer o desenvolvimento infantil é relevante para pais e para crianças. Acredita-se que o conhecimento dos pais sobre temas como parentalidade adequada, normas e marcos apropriados, saúde e segurança,

contribuam para aperfeiçoar suas práticas e melhorar os ambientes que proporcionam, influenciando o desenvolvimento infantil e gerando consequências para a saúde e o bem-estar das crianças (BORNSTEIN *et al.* 2010; REICH 2005).

Nesse contexto, o conhecimento de gestantes de alto risco sobre desenvolvimento infantil, é fundamental para os estímulos que ocorrerão no ambiente familiar a partir do nascimento do bebê, o que justifica o desenvolvimento do presente estudo (MOURA *et al.*, 2004; HUANG *et al.*, 2005; ZAND *et al.*, 2015).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

O objetivo geral do estudo foi avaliar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em um grupo de gestantes de alto risco acompanhadas em uma unidade de referência no acompanhamento de gestantes de alto risco em Santa Barbara d'Oeste/ SP.

### **3.2 Específicos**

- Identificar os riscos gestacionais prevalentes no grupo estudado;
- Identificar características das gestantes (idade, escolaridade, paridade, número de gestações, condição socioeconômica) relacionadas ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Aspectos éticos**

O projeto mãe foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Metodista de Piracicaba/Plataforma Brasil CAAE: 66991517.8.0000.5507 e desenvolvido no âmbito do Laboratório de Pesquisa em Desenvolvimento Neuromotor (LAPDEN) do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano (PPG-CMH), Faculdade de Ciências da Saúde (FACIS), Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Foram seguidas as determinações éticas para pesquisas com seres humanos da Declaração de Helsinque, 2000 e está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012- 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde).

### **4.2 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional e transversal realizado no Centro de Referência em Saúde da Mulher, ambulatório de pré-natal de alto risco, em Santa Bárbara d`Oeste/SP.

### **4.3 Seleções de sujeitos e casuística**

O recrutamento e coleta de dados ocorreram de agosto de 2017 a fevereiro de 2018 e as participantes foram todas as mulheres assistidas pelo serviço. Durante o tempo de espera para consulta, essas mulheres eram convidadas à participar da coleta de dados. O critério para descontinuar o recrutamento foi a reincidência de participantes.



Participaram do estudo, 84 gestantes, das quais quatro não completaram os questionários. Desta forma, o estudo foi composto por 80 mulheres em uma gestação de alto risco, acompanhadas em uma unidade pública de referência em Saúde da Mulher.

#### 4.4 Critérios de inclusão

Para inclusão das gestantes no estudo, seguimos os seguintes critérios:

- Gestantes assistidas no ambulatório de pré-natal de alto risco do Centro de Referência em Saúde da Mulher, Santa Bárbara D'Oeste/SP.
- Gestantes de alto risco que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1).

#### 4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo:

- Gestantes que não completaram os questionários.

#### 4.6 Instrumentos utilizados no estudo

Os instrumentos utilizados para realização do estudo foram os seguintes: o Inventário do Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil (KIDI - MACPHEE, 1981) versão brasileira (RIBAS *et al.*, 2000) o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010) como roteiro de classificação de risco gestacional e o critério de classificação

econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015) para levantar a condição econômica das gestantes/famílias.

#### 4.7 Inventário do Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil (KIDI)

Para avaliar o conhecimento das gestantes acerca do desenvolvimento infantil recorreu-se a versão brasileira do KIDI (RIBAS, *et al.*, 2000). Trata-se de um instrumento criado por David MacPhee (1981/2002) com o objetivo de avaliar o conhecimento acerca dos processos e marcos do desenvolvimento de crianças. O KIDI possui duas versões, uma para os dois primeiros anos de idade e a outra dos dois aos seis anos. Nesse estudo foi utilizada a versão brasileira do KIDI (ANEXO 2).

De acordo com o autor, o inventario KIDI foi desenvolvido para avaliar o conhecimento de uma pessoa sobre práticas parentais, processos de desenvolvimento e normas infantis. Originalmente, o KIDI é usado em pesquisas para verificar sobre o que determina o comportamento dos pais, mas também pode ser aplicado para avaliar programas de educação dos pais, usando um questionário que extrai experiências com crianças (MACPHEE, 1981).

O KIDI contém 75 itens em um formato de teste. O respondente indica concordância ou discordância em cada declaração ou seleciona uma resposta "Não tenho certeza". Alguns itens lidam com a idade do desenvolvimento e incluem uma opção de resposta de "Mais velhos" ou "Mais jovens".

O KIDI tem como objetivo fornecer uma escolha abrangente da literatura sobre normas e princípios do desenvolvimento infantil, práticas utilizadas no cotidiano e medidas de saúde e segurança. Na seleção de itens foram usadas

diversas fontes, incluindo livros didáticos de psicologia infantil, textos de diferentes áreas (ex. Pediatria, Enfermagem), literatura sobre o desenvolvimento infantil típico e publicações sobre cuidados infantis. A literatura sobre abuso infantil e negligência foi pesquisada para exemplos de expectativas aberrantes sobre a infância. As questões foram sugeridas a partir de discussões com os pais sobre os mitos e realidades de cuidar de um bebê. Para verificar a validade de conteúdo, pedia-se aos pediatras da amostra de padronização: "Quais perguntas sobre o desenvolvimento infantil os pais costumam fazer com mais frequência?" A maioria das 40 questões mencionadas é abordada no KIDI.

De acordo com Macphee (1981) o resultado final é um questionário que coleta amostras de todas as áreas do desenvolvimento infantil (físico; social; linguístico; perceptivo; cognitivo) inclui princípios relacionados à experiência inicial, bidirecionalidade das influências sociais, desenvolvimento atípico e diferenças individuais e mede ainda o conhecimento de uma pessoa sobre prevenção de acidentes, cuidados de saúde adequados e princípio de aprendizagem aplicado aos pais. Para tornar o KIDI o mais abrangente possível, o autor destaca que não foi feita nenhuma tentativa de restringir itens a um número menor de categorias ou subescalas.

Os itens podem ser agrupados em quatro dimensões, descritas a seguir: cuidados parentais, normas e marcos do desenvolvimento, princípios e saúde.

- **Normas e Marcos** (31/32 questões aplicadas; 01 omitida): estão incluídos nesta dimensão itens que descrevem o comportamento típico do bebê em um determinado momento. Além dos marcos motores, perceptuais e

cognitivos, são incluídas normas para a quantidade de choro, alimentação e troca de fraldas.

- **Princípios** (13/13 questões aplicadas): esta é uma dimensão ampla que inclui declarações sobre processos de desenvolvimento; axiomas sobre desenvolvimento infantil e descrições de habilidades gerais, bem como desenvolvimento normal e atípico.
- **Cuidados Parentais** (14/14 questões aplicadas): dimensão relacionada a crenças sobre estratégias parentais no cuidado com o bebê e as responsabilidades de ser pai ou mãe.
- **Saúde e Segurança** (05/12 questões aplicadas; 07 omitidas): dimensão relacionada com nutrição adequada e cuidados de saúde, prevenção de acidentes e a identificação e tratamento de doenças comuns.

Embora não seja descrita como uma dimensão do KIDI, há quatro questões agrupadas como Diferenças Individuais das quais 3/4 foram aplicadas e 01 foi omitida).

Neste estudo, nove das 75 questões do KIDI não foram aplicadas, ou seja, foram omitidas no estudo: questões: 6, 24, 27, 31, 32, 40, 43, 73,75. Desta forma, foram aplicadas 66 questões do KIDI (ANEXO 3). As questões foram omitidas por decisão dos pesquisadores responsáveis por este estudo em função de estarem desatualizadas ou por entender que a mãe poderia interpretá-las de forma errada e que esse fato oferecia riscos a criança.

#### 4.7.1 Estrutura e Pontuação do KIDI

Cada um dos itens/questões do KIDI é pontuado como correto (+1), errado (-1) ou não tem certeza (0) de acordo com respostas chave fornecidas no questionário. Desta forma, a pontuação de cada participante permite gerar o número de ACERTOS, de ERROS e de INCERTEZAS do respondente.

Com essas informações e usando as fórmulas fornecidas no manual, três escores resumidos são calculados: Tentativa, Acurácia ou Precisão e Total de Acertos.

A pontuação TENTATIVA (porcentagem de itens tentados) reflete a frequência com que os entrevistados escolhem a opção "Não tenho certeza" e está relacionado à confiança do indivíduo no seu conhecimento.

$$\text{TENTATIVA} = \frac{\#ACERTOS + \#ERROS}{\#ACERTOS + \#ERROS + \#INCERTEZAS} = \frac{\text{TOTAL DE ITENS} - \#INCERTEZAS}{\#ACERTOS + \#ERROS + \#INCERTEZAS}$$

ACURÁCIA ou PRECISÃO (porcentagem correta das tentativas de resposta) é a proporção de respostas corretas quando a resposta "Não tenho certeza" não é checada ou considerada.

$$\text{ACURÁCIA OU PRECISÃO} = \frac{\#ACERTOS}{\#ACERTOS + \#ERROS}$$

TOTAL de ACERTOS (porcentagem correta de todos os itens do KIDI) é o produto da multiplicação entre TENTATIVA e PRECISÃO e reflete a porcentagem de respostas corretas de todos os itens do KIDI.

$$\text{TOTAL CORRETAS} = \frac{\text{\#ACERTOS}}{\text{\#ACERTOS} + \text{\#ERROS} + \text{INCERTEZAS}} = \text{TENTATIVA} \times \text{ACURÁCIA}$$

Para a interpretação dos dados calculou-se a média, desvio padrão, mínimo e máximo das respostas corretas nos itens correspondentes do KIDI como um todo e para cada uma das suas dimensões (ANEXO 3).

#### 4.7.2 Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO 2010)

Na identificação dos riscos gestacionais considerou-se as condições de saúde da gestante com especial atenção aos indicadores de risco gestacional reportados no prontuário da gestante e classificando-os de acordo com a classificação de risco gestacional descrita no Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO 2010). Desta forma os riscos seguiram o agrupamento em quatro distintas categorias (Características pessoais e sociodemográfica; Antecedentes obstétricos; Morbidades; Doença obstétrica na gravidez atual), como já descrito na revisão de literatura (Tabela 1).

#### 4.7.3 Critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015)

A condição econômica da gestante foi avaliada por meio do questionário ABEP [<http://www.abep.org>] que se refere ao Critério de Classificação Econômica do Brasil da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP)

conforme ANEXO IV. O questionário ABEP estima a classe econômica da família (A, B1, B2, C1, C2, D-E) a partir da avaliação do poder de consumo da família por meio de itens de conforto (ex. quantidade de automóveis de passeio pra uso particular, quantidade de geladeiras, quantidade de forno micro-ondas, quantidade de banheiros, entre outros), do grau de instrução do chefe de família e do acesso a serviços básicos (água encanada e rua pavimentada). O escore ABEP varia entre 0-100 pontos, gerando distintas classes relacionadas a condição econômica da família: A (45-100), B1 (38-44), B2 (29-37), C1 (23-28), C2 (17-22), e D/E (0-16).

#### 4.8 Procedimentos

Inicialmente entregamos uma cópia do projeto e um ofício na Secretaria Municipal de Saúde, contendo os esclarecimentos da pesquisa e solicitamos o acesso aos dados das gestantes acompanhadas no Centro de referência em saúde da mulher no município.

Após aprovação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde, iniciamos o trabalho de levantamento de prontuários e recrutamento das gestantes na unidade.

O recrutamento e coleta de dados foi semanal, nos dias em que as gestantes eram atendidas (segunda, quarta e sexta feira no período vespertino). A pesquisadora principal acompanhava o ambulatório e o convite para participar do estudo era feito durante o tempo de espera da consulta das gestantes.

Após o convite e aceite da gestante, a pesquisadora solicitava a assinatura das participantes no TCLE e em seguida aplicava os questionários KIDI e ABEP. Na sequência a pesquisadora colhia informações sobre as condições de

saúde da gestante e classificação de risco gestacional, por meio de consulta à Caderneta de Saúde da Gestante e ao Prontuário da Gestante na unidade de referência.

#### 4.9 Variáveis do estudo

##### Variável Dependente:

**Conhecimento das gestantes sobre o desenvolvimento infantil:** avaliado por meio da aplicação do questionário KIDI (Macphee 1981), versão traduzida/adaptada no Brasil por Ribas *et al.* (2000). Neste estudo, foram aplicadas 66 das 75 questões do KIDI (ANEXO III) distribuídas em quatro dimensões: cuidados parentais, normas e marcos do desenvolvimento, princípios e saúde.

Para a análise de dados calculamos a média, desvio padrão, mínimo e máximo das respostas para os escores resumidos Tentativa, Acurácia-Precisão e Total de Acertos do KIDI como um todo e para cada uma das suas dimensões (cuidados parentais, normas e marcos do desenvolvimento, princípios e saúde).

##### Variáveis Independentes:

**Condições de saúde e indicadores de risco gestacional:** considerando condições de saúde, com especial atenção aos indicadores de risco gestacional reportados no prontuário da gestante na unidade e o que preconiza o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo, 2010), com agrupamento em quatro distintas categorias:

- Características pessoais e sociodemográfica;
- Antecedentes obstétricos;



- Morbidades;
- Doença obstétrica na gravidez atual.

### **Condição econômica da gestante avaliada por meio do questionário**

**ABEP 2015:** para a análise de dados observamos a pontuação total obtida pela família (varia entre 0-100 pontos) e as distintas classes relacionadas a condição econômica da família: A (45-100), B1 (38-44), B2 (29-37), C1 (23-28), C2 (17-22), e D/E (0-16).

#### 4.10 Análises estatísticas

Os dados registrados nos questionários foram conferidos e transcritos para o banco de dados. Realizamos análises descritivas dos dados com as variáveis contínuas expressas por medidas de tendência central e dispersão e as variáveis categóricas por frequências absoluta, relativa e cumulativa.

Os estudos inferenciais estão descritos a seguir:

Consideramos as variáveis dependentes o conhecimento da gestante sobre desenvolvimento infantil observando a pontuação atingida nos escores Tentativa de acertos, Acurácia e Total de Acertos no KIDI total e para cada uma das suas dimensões (cuidados parentais, normas e marcos do desenvolvimento, princípios e saúde).

As características anos de escolarização do chefe de família, anos de escolarização da gestante, pontuação ABEP, peso da gestante no início da gestação, idade da gestante e paridade foram definidas como variáveis independentes. As variáveis número de gestação, número de aborto e paridade

apresentam correlação alta (multicolinariedade). Escolheu-se a variável paridade como variável independente para o modelo de regressão.

Calculamos as correlações entre as medidas das variáveis contínuas a partir do coeficiente de correlação de Spearman (SPEARMAN, 1904). O nível de significância adotado foi de  $p \leq 0,05$ .

Para o estudo de relação dos escores totais dos fatores mensurados realizamos a análise de regressão múltipla utilizando o método de seleção stepwise, no qual só permanecem no modelo as variáveis que apresentaram associação significativa com as dependentes do ponto de vista de análise múltipla. No modelo final permaneceram apenas as variáveis com associação significativa com a variável dependente ( $p \leq 0,05$ ).

Para verificar os pressupostos de normalidade, autocorrelação, multicolinariedade e homocedasticidade do modelo de regressão, utilizou-se os testes de Kolmogorov-Smirnov (KS), Durbin Watson (DW) e fator de inflação (FIV).

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados considerou as características do grupo estudado, os riscos gestacionais identificados, o conhecimento das gestantes sobre desenvolvimento infantil e a identificação de características das gestantes relacionadas ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

### 5. 1 Características do grupo estudado

A tabela 1 mostra a caracterização das gestantes com relação a idade, escolaridade, estado civil e condição econômica.

Participaram do estudo 80 gestantes com idade entre 14 e 41 anos, das quais 72/80 tinham entre 15-35 anos, apenas uma com 14 anos e sete gestantes com mais de 35 anos. Quanto à idade materna a tabela 1 mostra que o maior número das gestantes estava na faixa etária considerada adequada para ocorrer a gestação (riscos são menores), ou seja entre 15-35 anos.

A escolaridade das gestantes variou entre o ensino Fundamental I e o ensino Superior completo (Tabela 1), com número expressivo de gestantes que completou o Ensino Médio (47,5%), no entanto a maioria possuía escolaridade apenas até o Fundamental II (52,5%) indicando baixa escolaridade do grupo estudado. Os resultados para a escolaridade do chefe da família foram semelhantes, indicando 67,5% com escolaridade até o ensino Fundamental II. Apenas uma gestante e dois chefes de família tinham formação no ensino superior. Quanto ao estado civil foi identificado que a maioria estava casada ou em união estável (73,8%).

A avaliação da condição econômica indicou que 73,8% das gestantes e suas famílias estavam nas classes econômicas mais baixas, ou seja, nas classes C1, C2 e D-E.

**Tabela 1:** Caracterização das gestantes quanto a idade, escolaridade, estado civil e condição econômica.

<b>Idade das gestantes em anos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
< 15	1	1,3%	1,3%
15 - 35	72	90,0%	91,3%
> 35	7	8,8%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	

<b>Escolaridade da gestante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
Até fundamental I	16	20,0%	20,0%
Fundamental II	26	32,5%	52,50%
Ensino médio (1/38 superior completo)	38	47,5%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	

<b>Escolaridade do chefe da família</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
Até fundamental I (1/32 analfabeto)	32	40,0%	40,0%
Fundamental II	22	27,5%	67,5%
Ensino médio (2/26 superior completo)	26	32,5%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
Casada	34	42,5%	42,5%
União Estável	25	31,3%	73,8%
Solteira	21	26,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	

<b>Classificação econômica (ABEP)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
D-E	7	8,8%	8,8%
C2	29	36,3%	45,0%
C1	23	28,8%	73,8%
B2	17	21,3%	95,0%
B1	3	3,8%	98,8%
A	1	1,3%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	

A tabela 2 apresenta as características das gestantes considerando aspectos de saúde e histórico gestacional com informações sobre o peso das gestantes no início da gestação, número de gestações, número de abortos e a paridade (número de descendentes que a gestante pariu).

Em relação ao peso corporal foi observado que 41 (51%) gestantes tinham mais de 75 kg e uma gestante apresentou peso baixo (<45 kg) no início da gestação.

Quanto ao histórico gestacional observou-se que 38% eram primigestas, 34% tiveram ao menos um aborto anterior e 46% eram nulíparas (jamais deram à luz).

**Tabela 2:** Caracterização das gestantes quanto ao peso, número de gestações, Abortos e paridade.

<b>Peso em kg no início gestação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
>75	41	51,3%
45 - 75	38	47,5%
<45	1	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>Segundo o número de gestações</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Primigesta (mulher que se encontra grávida pela 1ª vez)	30	38%
Não primigesta (mulher na 2ª gestação ou acima) *	50	63%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>Número de abortos</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
0	53	66%
1-2	22	28%
3-5	5	6%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>Segundo o número de partos ou descendentes que pariu (Paridade)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Nulípara (mulher que jamais deu à luz)	37	46%
Primípara (Mulher que deu à luz apenas uma vez)	21	26%
Múltipara (Mulher que deu à luz 2 ou mais vezes)	22	28%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

\* Não primigesta (40/50 entre 2ª e 4ª gestação; 10/50 entre 5ª e 9ª gestação)

## 5. 2 Riscos gestacionais identificados

Para a compreensão dos riscos gestacionais identificados nos prontuários das gestantes a Tabela 3 traz o número de registro de cada um dos riscos gestacionais e sua classificação, independente de terem ou não ocorrido em combinação com outros riscos. A classificação de risco gestacional foi de acordo com Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2014): Características pessoais e sociodemográfica; Antecedentes obstétricos; Morbidades; Doença obstétrica na gravidez atual.

É possível observar que ocorreram condições ou riscos distintos, a maioria classificado como Morbidades.

A hipertensão arterial ocorreu em 26,7% das gestantes, seguida do Diabetes (17,1%), Gemiparidade (7,5%) e Hipotireoidismo ou aborto em 6,2% das gestações.

Algumas condições ocorreram em 2% a 3% das gestações (ex. infecção de trato urinário, depressão, gestação tardia, entre outras) e outros 15 casos cada um com uma dessa ocorrência (gestante adolescente, Arritmia, Baixo Peso, Cardiopatia, Cirurgia Bariátrica, Doença reumática, Gestação com DIU intra-uterino, Hidronefrose materna, HPV, Leucemia, Micro Acidentes Vasculares Encefálicos, Mioma, Problemas ortopédicos, Refluxo valva mitral, Toxoplasmose).

**Tabela 3:** Número de registro de cada um dos riscos isoladamente.

<b>Riscos gestacionais identificados nos prontuários das gestantes</b>	<b>Classificação de risco gestacional*</b>	<b>Número de registro da condição</b>	<b>%</b>
Hipertensão arterial (1/39 doença hipertensiva da gestação)	- Morbidades, - Doença obstétrica na gravidez atual	39	26,7%
Diabetes (5/25 Diabetes gestacional)	- Morbidades, - Doença obstétrica na gravidez atual	25	17,1%
Gemelar (1/11 PIG)	- Doença obstétrica na gravidez atual	11	7,5%
Hipotireoidismo	- Morbidades - Doença obstétrica na gravidez atual,	9	6,2%
Aborto (4/9 riscos atual; 5/9 histórico aborto repetição)	- Antecedente obstétrico	9	6,2%
Infecção trato urinário (3/5 de repetição)	- Morbidades	5	3,4%
Obesidade (1/5 obesidade mórbida)	- Doença obstétrica na gravidez atual	5	3,4%
Depressão	- Morbidades	5	3,4%
Gestação tardia	- Características pessoais e sociodemográfica	5	3,4%
Epilepsia	- Morbidades	5	3,4%
Hidrocefalia ou malformação congênita	- Doença obstétrica na gravidez atual	4	2,7%
Sífilis	- Morbidades	3	2,1%
Anemia	- Morbidades	2	1,4%
Colo Curto	- Doença obstétrica na gravidez atual	2	1,4%
Síndrome de Down	- Antecedente obstétrico	2	1,4%
Outras condições com apenas 1 caso dessa ocorrência em cada**		15	10,3%
<b>Total geral</b>		<b>146</b>	<b>100,0%</b>

\* Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo, 2014). \*\* Adolescente, Arritmia, Baixo Peso, Cardiopatia, Cirurgia Bariátrica, Doença reumática, Gestação com DIU intra-uterino, Hidronefrose materna, HPV, Leucemia, Micro Acidentes Vasculares Encefálicos, Mioma, Problemas ortopédicos, Refluxo valva mitral, Toxoplasmose.



O anexo V representa o quadro de diagnóstico e risco gestacional descrito no prontuário da unidade para cada participante do estudo.

### 5.3 Conhecimento das gestantes sobre o desenvolvimento infantil

O conhecimento das gestantes sobre o desenvolvimento infantil foi avaliado por meio dos escores do KIDI para a pontuação total e dimensões Cuidados parentais, Normas e Marcos, Princípios e Saúde (Tabela 4).

Ainda na Tabela 4 a pontuação total no KIDI, mostra que embora tenha sido alto o número de tentativas de responder as questões (82%), 66% das gestantes responderam corretamente nas suas tentativas (acurácia), com um total geral de acertos de apenas 54%, indicando limitado conhecimento geral sobre desenvolvimento infantil.

Os resultados para as dimensões Cuidados parentais, Normas e marcos e Princípios foram semelhantes aos resultados para o total geral do KIDI, indicando limitado conhecimento sobre essas dimensões como pode ser visto na Tabela 4.

Para a dimensão Saúde os resultados foram melhores, 82% das gestantes responderam corretamente nas suas tentativas (acurácia), com um total geral de acertos de 74%, indicando melhor conhecimento das gestantes nessa dimensão. No entanto, essa é uma dimensão com número de questões bastante reduzido, apenas cinco questões.

**Tabela 4:** Percentuais dos escores Tentativas, Acurácia e Total de acertos para o KIDI total e suas dimensões.

<b>Dimensão do KIDI</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>KIDI total (66 questões)</b>				
Tentativa	82%	18%	12%	100%
Acurácia	66%	11%	39%	92%
<b>Total de acertos</b>	<b>54%</b>	<b>13%</b>	<b>8%</b>	<b>74%</b>
<b>Cuidados parentais (14 questões)</b>				
Tentativa	91%	15%	14%	100%
Acurácia	71%	17%	29%	100%
<b>Total de acertos</b>	<b>65%</b>	<b>19%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>
<b>Normas e marcos (31 questões)</b>				
Tentativa	76%	23%	0%	100%
Acurácia	60%	13%	0%	100%
Total de acertos	45%	15%	0%	71%
<b>Princípios (13 questões)</b>				
Tentativa	81%	20%	8%	100%
Acurácia	68%	19%	0%	100%
<b>Total de acertos</b>	<b>55%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	<b>92%</b>
<b>Saúde (05 questões)</b>				
Tentativa	91%	16%	20%	100%
Acurácia	82%	19%	20%	100%
Total de acertos	74%	21%	20%	100%
<b>Diferenças individuais (03 questões)</b>				
Tentativa	89%	20%	0%	100%
Acurácia	59%	31%	0%	100%
<b>Total de acertos</b>	<b>52%</b>	<b>29%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

No Anexo VI encontra-se a distribuição de respostas das gestantes para cada uma das 66 questões do KIDI por dimensões Cuidados parentais (Quadros 6 e 7), Normas e Marcos (Quadro 8, 09 e 10), Princípios (Quadro 11) e Saúde (Quadro 12).

#### 5.4 Características das gestantes relacionadas ao seu conhecimento sobre desenvolvimento infantil

A tabela 4 traz os dados da análise de regressão múltipla para a variável dependente escore Total do KIDI, escores Tentativa, Acurácia e Total geral de acertos. De maneira geral, os resultados indicam relação significativa entre o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e a pontuação ABEP, escolaridade da gestante, peso da gestante no início da gestação e paridade

Especificamente, o escore Tentativas do KIDI total se associou a variável independente pontuação ABEP, que explicou apenas 3,7% da variação na tentativa de respostas. Já o escore Acurácia do KIDI total se associou as variáveis independentes anos de escolarização da gestante, peso no início da gestação e paridade, que explicaram 22,8% da variação na acurácia das respostas.

**Tabela 5:** Análise de regressão múltipla pelo método *stepwise*, estabelecendo como variável dependente o KIDI total e variáveis independentes os anos de escolaridade da mãe e do chefe de família, pontos ABEP, peso da gestante no início da gestação, idade da gestante e paridade (n= 80)

Variável dependente	Variável independente	$\beta$	IC 95% para B	R <sup>2</sup> ajust	t	p	Durbin-Watson
<b>KIDI TOTAL Tentativas</b>	Escolaridade do chefe da família	-0,083 <sup>b</sup>			-0,737	0,463	
	Escolaridade da gestante	-0,172 <sup>b</sup>			1,560	0,123	
	Peso da gestante no início da gestação	-0,169 <sup>b</sup>			1,513	0,134	
	Pontos_ABEP	0,567	0,001 a 1,133	0,037	1,99	0,05	2,108
	Idade da gestante Paridade	-0,119 <sup>b</sup> 0,132 <sup>b</sup>			1,071 1,184	0,287 0,240	
<b>KIDI TOTAL Acurácia</b>	Escolaridade do chefe da família	0,116 <sup>d</sup>			1,160	0,250	
	Escolaridade da gestante	1,014	0,346 a 1,683	0,228	3,032	0,003	2,128
	Peso da gestante no início da gestação	0,114	0,003 a 0,224		2,053	0,044	
	Pontos_ABEP	-0,082 <sup>d</sup>			0,812	0,420	
	Idade da gestante Paridade	0,072 <sup>d</sup> -2,662		-4,484 a -0,841	0,599	0,551 0,005	
<b>KIDI TOTAL Total Acertos</b>	Escolaridade do chefe da família	0,167			0,349	0,728	1,841
	Escolaridade da gestante	0,152			0,318	0,752	
	Peso da gestante no início da gestação	0,007			0,090	0,929	
	Pontos ABEP	0,241			1,095	0,277	
	Idade da gestante Paridade	-0,349 0,262			1,190 0,169	0,238 0,866	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; *b*: excluídas do modelo para KIDI TOTAL Tentativas; *d*: excluídas do modelo para KIDI TOTAL Acurácia.

## 6- DISCUSSÃO

Procurou-se com o desenvolvimento deste trabalho, avaliar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil em uma população de gestantes de alto risco atendidas em uma unidade de referência, compreendendo que esse conhecimento é imprescindível para que essas gestantes/mães possam estimular o pleno desenvolvimento de seus bebês. Estudos como o de Moura *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2005; Zand *et al.*, (2015) relatam a importância de os pais conhecerem o desenvolvimento infantil. Para os autores a aquisição desse conhecimento resulta em uma melhor percepção sobre práticas adequadas, manutenção e promoção da saúde infantil. Diante do exposto buscou-se caracterizar os riscos gestacionais associados ao perfil da população estudada e ao seu conhecimento, considerando a cultura, as crenças e a individualidade das gestantes de alto risco.

A gestação desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução. Assim é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante, antecedentes obstétricos, situação sociodemográfica e econômica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência ao binômio. (RODRIGUES *et al.*, 2017)

Embora ainda não exista um sistema de pontuação com a capacidade de diferenciar as gestantes de alto risco das de baixo risco, e diagnosticar problemas de maneira acurada, há fatores de risco conhecidamente mais comuns que podem e devem ser identificados nas gestantes, como forma de alertar a

equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de complicações (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL,2010) a assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas e poder atuar de acordo com o problema encontrado, impedindo um resultado desfavorável para a gestante e/ou para o recém-nascido.

Rosa; Silveira; Costa (2014) descrevem em seu estudo que o cuidado pré-natal busca promover a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências o mais precocemente possível, e que, esse cuidado, melhora desfechos clínicos e psicológicos na gestação e no puerpério que reduzem a morbimortalidade materno-infantil.

Para os autores o pré-natal não é realizado principalmente devido a fatores socioeconômicos, como baixa renda familiar e escolaridade. Outras causas potencialmente relacionadas são: idade materna – quando a gestação acontece na adolescência ou em idade mais avançada, a não convivência com companheiro, o uso de álcool ou outras drogas na gravidez, a multiparidade, a não aceitação da gestação, a falta de apoio familiar, o contexto social adverso, as experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014)

As gestantes que fizeram parte desse estudo tinham em geral baixa escolaridade (a maioria até ensino Fundamental II). A avaliação da condição econômica indicou que 73,8% das gestantes e suas famílias estavam nas classes econômicas mais baixas, ou seja, nas classes C1, C2 e D-E. Nesse contexto quanto

mais baixo o nível de escolaridade, menores são as possibilidades de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil. Estudos apontam que gestantes com baixo nível sócio econômico, baixa escolaridade e menor idade são as que menos aderem as consultas de pré-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014; TOMASI *et al.*, 2017).

O Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010) aponta que a baixa escolaridade e o analfabetismo funcional são considerados fatores de risco gestacional. Diversos estudos relatam que as gestantes com maior escolaridade são as que mais frequentam as consultas no pré-natal.

Os estudos desenvolvidos por Osis *et al.* (1993); Rodrigues Filho; Costa; Leno (1994); Nascimento (2003) relatam que, tendo em vista a importância da assistência pré-natal e a pouca aderência das gestantes com baixa escolaridade, programas de assistência integral à saúde da mulher são necessários e possuem papel central na qualidade da assistência pré-natal.

Os riscos gestacionais mais prevalentes foram a hipertensão arterial e o diabetes, que foram representados respectivamente em 26,7% e 17,1% das gestantes, sendo portanto, as patologias de maior relevância para este estudo.

Inúmeras enfermidades trazem repercussões em uma gestação, com danos para a mãe e feto em desenvolvimento, dentre as de maior destaque estão a hipertensão arterial e o diabetes, onde a melhor forma de controle é a detecção precoce e tratamento em uma assistência pré-natal adequada (COSTA, *et al.*, 2014). Assis; Viana; Rassi (2008) destacam como fatores de risco gestacional, o

diabetes, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, multiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia/ eclampsia, hipertensão arterial crônica.

Moura *et al.*, (2011) relatam em seu estudo que a síndrome hipertensiva gestacional é uma importante complicação da gestação, estando entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal em especial em países em desenvolvimento.

A hipertensão induzida pela gestação, para a mãe, representa riscos como a encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia e eclampsia, levando a estado convulsivo o que na maioria das vezes induz ao parto prematuro com necessidade de cesárea de urgência. As repercussões dessa patologia para o feto em desenvolvimento são a restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e a prematuridade. De acordo com o grau de severidade e características individuais como a baixa condição socioeconômica, a hipertensão pode desencadear riscos e danos adicionais tanto para a mãe como para o feto (COSTA *et al.*, 2014; CHAIM *et al.*, 2008; MELO *et al.*, 2015; BACKES *et al.*, 2011)

O departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) aponta que as síndromes hipertensivas foram responsáveis por de 325 óbitos em 2011, totalizando 20% das causas de óbitos maternos, e 56% destes ocorreram no período gestacional (FERREIRA *et al.*, 2016).



O diabetes na gestação também é considerado um fator de risco de grande relevância associado ao abortamento espontâneo, anomalias congênitas, macrossomia fetal, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia e síndrome de desconforto respiratório (GOLBERT; CAMPOS, 2008; FAROOQ *et al.*, 2007; MITANCHEZ; YZYDORCZYK; SIMEONI *et al.*, 2015). Desta forma, os riscos gestacionais mais prevalentes têm alto potencial de afetar a saúde e bem-estar da gestante e também do feto e recém-nascido colocando em risco seu desenvolvimento.

Costa *et al.* (2014) destacam que inúmeras enfermidades interferem em uma gestação, com danos para a mãe e feto em desenvolvimento, dentre as de maior destaque estão a hipertensão arterial e o diabetes, sendo que a melhor forma de controle é a detecção precoce e tratamento em uma assistência pré-natal adequada.

Em relação ao estado civil 34 gestantes (42,5%) eram casadas, 25 gestantes (31,3%) mantinham uma união estável e 21 gestantes (26,3%) estavam solteiras. O envolvimento paterno na gestação não se limita apenas a comportamentos como acompanhar consultas e ecografias, mas também sugere um envolvimento emocional, desta forma, entende-se que o envolvimento do pai na gestação pode ser compreendido através da sua participação em atividades relativas às gestantes e aos preparativos para a chegada do bebê, incluindo o apoio emocional necessário à gestante/mãe (PICCININI *et al.*, 2004).

Nesse sentido Leite *et al.* (2014) argumentam que o apoio do companheiro e/ou da família à gestante influencia favoravelmente a evolução da

gravidez, diminui riscos e efeitos desfavoráveis à saúde da criança e proporciona a vivência de sentimentos e emoções, pelo fato de ser essa fase o início do desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser.

Além das diversas características identificadas, destacamos como a de maior interesse a baixa escolaridade e a condição econômica, que em conjunto aumentam a vulnerabilidade das gestantes a riscos ou agravos adicionais. Não por acaso, os critérios para identificação de riscos gestacionais apontam condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social e baixa escolaridade da gestante (especialmente menos de cinco anos de estudo e analfabetismo funcional) como indicadores para a classificação de risco gestacional (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2010). O contexto nos permite dizer que quanto mais baixo o nível de escolaridade menores são as possibilidades de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil.

Os resultados da análise do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil mostraram conhecimento limitado das gestantes. Apenas 66% das gestantes responderam corretamente nas suas tentativas (acurácia) e o total geral de acertos foi de apenas 54%. Outros estudos realizados no Brasil também encontraram baixo conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães de crianças pequenas (MOURA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2005).

Moura *et al.*, (2004) realizaram um estudo com mães primíparas em seis diferentes municípios de diferentes regiões do Brasil. Os autores encontraram proporção de respostas corretas no KIDI variando entre 58% e 69% nos diferentes locais e 64% de acerto considerando a amostra total.

Estudo realizado por Silva *et al.*, (2005) em Itajaí (SC) com 109 mães primíparas de idade igual ou superior a 18 anos, com filhos de até um ano de idade, encontrou percentagem de acertos oscilando entre 40% e 73%, com uma média de 58%.

Em contraste aos 54% de acertos do grupo estudado, um amplo estudo envolvendo 268 mães americanas de origem europeia encontrou índices de acerto de 81% no inventário KIDI e os autores avaliaram que embora seja um resultado satisfatório, indica que parte das mães de lactentes não tem conhecimento completo sobre o desenvolvimento de seus filhos (BORNSTEIN *et al.*, 2010)

A análise de regressão mostrou relação significativa entre a Acurácia ou Precisão em responder corretamente ao questionário KIDI e as variáveis escolaridade da gestante, peso no início da gestação e a paridade, explicaram 22,8% da variação na acurácia nas respostas indicando conhecimento limitado sobre desenvolvimento infantil.

A relação entre conhecimento sobre desenvolvimento infantil e escolaridade materna foi identificado em outros estudos brasileiros, corroborando os achados do presente estudo e indicando que quanto maior o nível de escolaridade maiores são as possibilidades de adquirir conhecimento a respeito do desenvolvimento (MOURA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2005).

Zand *et al.*, (2015) relatam que quanto mais baixo o nível de escolaridade menor é a possibilidade do conhecimento acerca do desenvolvimento infantil. Para os autores é importante que os pais tenham conhecimento sobre desenvolvimento

da criança, e que sua aquisição resulta em uma melhor percepção sobre práticas adequadas, na manutenção e promoção da saúde infantil.

Nesse sentido é necessário o preparo dos profissionais envolvidos na assistência a gestantes, pois a falta de preparo pode induzir a ansiedade, gerando medo e insegurança. A educação continuada, através de cursos de conscientização, para esses profissionais é importante para o preparo e sensibilização no momento em que lidarem com questões de saúde da gestante e do seu bebê, evitando dessa forma impacto negativo das profundas mudanças corporais, psicológicas e sociais a que estão expostas essas gestantes (PICCININI *et al.*, 2012).

Mães com menor escolaridade em geral têm mais filhos quando comparadas com mães com maior escolaridade. Mulheres com maior escolaridade possuem maiores chances de terem até dois filhos. O maior número de filhos em geral está associado ao menor intervalo inter-partal, predispondo a criança a riscos, e esse fato decorre da falta de informação ou falta de acesso aos serviços de saúde (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Nunes (2014) relata que o nível de escolaridade materno e o número de filhos podem influenciar as percepções das mães sobre o desenvolvimento infantil.

Quanto as características gestacionais, pouco mais da metade (51%) iniciou a gestação com mais de 75 kg; 38% estavam em sua primeira gestação; 66% nunca tiveram aborto e 46% eram nulíparas (jamais deram à luz). A paridade também se relacionou ao conhecimento das gestantes sobre desenvolvimento infantil.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2010) considera como risco gestacional a nuliparidade e a multiparidade. Neste estudo 46% das gestantes eram nulíparas e 28% multíparas.

A relação entre paridade e conhecimento sobre desenvolvimento infantil foi estudada por Bornstein *et al.* (2010), que encontraram discreta melhora no conhecimento das mães entre o primeiro e segundo partos, com subsequente estabilidade no conhecimento. É importante destacar que os autores entendem que quanto mais filhos, mais conhecimento a mãe adquire, porém isso não é regra, pois a aquisição do conhecimento pode ficar limitada.

O peso no início da gestação foi outra variável influente sobre o quanto a gestante conhece sobre desenvolvimento infantil. No grupo estudado, 51% das gestantes pesavam mais de 75 kg no início da gestação e apenas uma apresentou baixo peso. Nesse sentido o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), considera risco gestacional o peso corporal menor que 45 kg ou maior que 75 kg. Importante lembrar que o ganho de peso durante a gravidez é um dos fatores que dão suporte ao crescimento e desenvolvimento fetal, incluem os produtos da concepção (feto, placenta e líquido amniótico), acúmulo de tecidos maternos e reserva de gordura corporal (FRAGA *et al.*, 2014; SATO; FUJIMORI, 2012; MELO *et al.*, 2007). Para os autores o baixo peso na gestação aumenta o risco de recém-nascidos com baixo peso, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro e o ganho excessivo de peso está associado com diabetes mellitus, hipertensão, parto cesáreo, macrossomia fetal, morbidade e mortalidade, retenção de peso pós-parto e obesidade infantil.

Ferreira (2010) descreve em seu trabalho que o excesso de peso prevalece mais entre mulheres com pouca escolaridade, pertencentes a classe econômica mais baixa, constatando que a paridade tem influência no índice de massa corpórea nas mulheres brasileiras em idade fértil. As variáveis influenciadoras do desfecho central desse estudo, o conhecimento sobre desenvolvimento infantil, coincidem com variáveis que permeiam gestantes de alto risco, ou seja, baixa escolaridade, multiparidade e excesso de peso no início da gestação. Ademais, o excesso de peso materno no início ou antecedendo a gestação são associados à ocorrência de malformações fetais e a obesidade e sobrepeso relacionados às mortes fetal e neonatal (CIDADE; MARGOTTO; PERACOLI, 2011).

Cruz *et al.*, (2014) alertam para a necessidade de estudos sobre desenvolvimento infantil, principalmente abordando a realidade de crianças em condições de vulnerabilidade.

Aguiar (2009) destaca que é importante que pais e profissionais tenham acesso a esse conhecimento, pois quanto mais os pais conhecem sobre as características de desenvolvimento, melhor lidam com a criação de seus filhos, da mesma forma os profissionais também precisam conhecer o desenvolvimento para obter uma visão mais ampla e correta de seus pacientes.

O projeto conduzido por um centro de estudos norte-americano (Center for the Study of Social Policy) aponta que entre cinco fatores protetores do desenvolvimento infantil, está o conhecimento dos pais (SEGE *et al.*, 2014). Os autores indicam que a compreensão das estratégias parentais e do

desenvolvimento infantil ajudam os pais a entender o que esperar e como fornecer o que as crianças precisam, durante cada fase do seu desenvolvimento, e sugerem que a atenção primária pediátrica, oferece uma oportunidade poderosa para incorporar informações sobre desenvolvimento infantil; dando suporte para as famílias, auxiliando nas mudanças necessárias para o novo bebê. Destacam ainda que todos os pais e aqueles que trabalham com crianças podem se beneficiar do aumento de seu conhecimento e compreensão do desenvolvimento infantil.

Durante o desenvolvimento desse trabalho a leitura de vários artigos, inclusive os manuais do Ministério da Saúde, observamos que a assistência pré-natal tem sido alvo de preocupação do Ministério da Saúde, principalmente no caso das gestantes de baixo e de alto risco. O Ministério destina investimentos na qualificação dos profissionais do sistema de saúde, através da criação de Normas e procedimentos a serem seguidos, e a implementação de unidades de referência. Essa preocupação se dá pelo fato de que uma gestação que até então tem seu início sem intercorrências pode apresentar problemas no seu decurso, e a meta do Ministério é assistir todas as gestantes pertencentes a categoria de baixo e alto risco gestacional. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) enfatiza que a equipe deve ter em mente o cuidado pré-natal humanizado onde a gestante precisa ser vista como um todo e suas necessidades e dúvidas tratadas com atenção de maneira individualizada.

Considerando os achados do trabalho, foi possível perceber que sentimentos como medo e ansiedade podem ser amenizados quando a gestante é bem informada sobre o diagnóstico e sobre os motivos pelos quais foi encaminhada

para assistência no pré-natal de risco. Nesse sentido se faz necessário o apoio de toda a equipe de profissionais.

A sugestão para esse estudo é que profissionais, envolvidos no cuidado e assistência dessas gestantes, estejam preparados para prestar assistência de qualidade suprimindo todas as necessidades nesse momento na vida dessas mulheres (profissional, psicossocial, emocional e humanizado) para isso é necessário a conscientização por meio de educação continuada e compreender que não é somente a gestante que está em risco mas também o bebê, dispensando especial atenção ao desenvolvimento, oferecendo uma avaliação criteriosa durante e após o pré-natal por toda equipe envolvida na assistência a mãe e ao bebê. É imprescindível um cuidado mais especializado, com o intuito de individualizar a assistência, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde da gestante, através de estratégias e protocolos específicos no cuidado à gestante, considerando que o ser humano se difere um do outro e, dessa forma, sempre existirão gestantes, que por características próprias, necessitarão de cuidado e atenção diferenciados. Essa assistência oportuniza e dispensa um cuidado integralizado à gestante, em um amplo contexto, em que se articulam os aspectos biológicos, socioeconômicos, educacionais, políticos e familiares, incluindo a ampliação de informações sobre o desenvolvimento infantil de seu bebê.



## 7. CONCLUSÕES

Os resultados permitem concluir que as morbidades mais prevalentes na gravidez de alto risco foram a hipertensão arterial e o diabetes e que o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em um grupo de gestantes de alto risco é limitado, o que pode impactar no cuidado e na estimulação que essas mães proporcionarão aos seus filhos após o nascimento. O conhecimento das gestantes se associou à sua escolaridade, ao peso inicial na gestação e a paridade. Desta forma, gestantes de alto risco merecem especial atenção em estratégias de prevenção à agravos a saúde e ao desenvolvimento de seus lactentes considerando a importância do conhecimento sobre desenvolvimento infantil no cuidado diário e estimulação necessários para o pleno desenvolvimento. A identificação das limitações no conhecimento de gestantes de alto risco sobre desenvolvimento infantil e as características que se relacionam aos déficits de conhecimento, fornecem *insights* sobre formas de promover intervenções educacionais para gestantes com vistas a influenciar os ambientes de cuidado e estimulação após o nascimento do bebê.

Destaca-se a importância dos profissionais de saúde, familiares e amigos como fontes de apoio e informação. Sendo assim é importante promover ações educativas voltadas não só para as gestantes, mas também para os profissionais da saúde envolvidos na assistência pré-natal de alto risco, promovendo palestras e cursos de preparação sobre desenvolvimento infantil e riscos a que estão expostos esses bebês nascidos de uma gestação de alto risco. É importante destacar a necessidade de novos estudos em projetos futuros para que não só os pais, mas também os profissionais, médicos, enfermeiros,

psicólogos, fisioterapeutas, profissionais da educação assim como os cuidadores, saibam da importância do conhecimento sobre desenvolvimento infantil. Com esse estudo esperamos contribuir um pouco mais para a difusão desse conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. M. **Crenças e conhecimento de pais e profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down até dois anos de idade.** 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidades do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://amapsicologia.com.br/links/dissertacao-melo-de-aguiar.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.
- ALDRIGHI, Juliane Dias *et al.* As experiências de gestantes em idade materna avançada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n. 3, p. 512-520, maio/jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf). Acesso em: 20 de jun. 2017.
- ALMEIDA, Pedro Augusto Marcondes de *et al.* Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.9, v.19, p.417-425, 1975. Disponível em: [http://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/](http://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/). Acesso em: 12 de abr. 2017.
- ANDRADE, Priscilla Chamelette *et al.* Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 697-702, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000900004&script=sci...tlnq>. Acesso em: 04 de fev. 2017
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n. 1, p.11-17, jul. 2008. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002). Acesso em: 20 maio. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016.** São Paulo: ABEP; 2016. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>, Acesso em: 30 de jun. 2018.
- ASSUNÇÃO, I. B. A importância do movimento corporal para a aprendizagem em fase inicial. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 4. 2008, Paraná. **Anais...** Paraná, 2008. p. 586-599. Disponível em: <http://www.pupr.br/eventos/educre/edurece2008/anaispdf/859-936pdf>. Acesso em: 7 abr. 201
- BACKES, Carl H. *et al.* Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. **Journal of Pregnancy**, Apr. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3087144/>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BARBARA, I. A. **A importância do movimento corporal para a aprendizagem em fase inicial.** Disponível em: <http://www.pupr.br/eventos/educare/edurece2008/anaispdf/859-936pdf>. Acesso em: 7 de abr. de 2015.

BASEI, A. A. P. Educação física na educação infantil: a importância do movimentar-se e suas contribuições no desenvolvimento da criança. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madrid, n.47, v.3, p. 1-12, out. 2008. Disponível em: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2563Basei.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BORNSTEIN, Marc H. *et al.* Parenting knowledge: experiential and sociodemographic factors in european american mothers of young children. **Developmental Psychology**, EUA, v. 46 n. 6, p. 1677-1693, nov. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412549> . Acesso em: 6 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil.** Brasília, DF: Ministério da Educação e do Desporto. 1998. 87p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei\\_vol1.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_vol1.pdf). Acesso em: 23 de jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Brasília, DF: Brasília, DF. 2010. p.301. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 12 de mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Brasília, DF. Ed, 2000. 164 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.htm). Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5.ed. Brasília, DF. 2012. 301 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 23 de jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco** sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília, DF. 2001. 30. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico gestação de alto risco do Ministério da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília-DF. 2016. 63 p. Disponível em: [http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/.../sintese\\_primeira\\_infancia\\_nov\\_16.pdf](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/.../sintese_primeira_infancia_nov_16.pdf). Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

CALDAS, Denise Balança *et al.* Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.11, n.1. p. 66-87, jan. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677). Acesso em: 20 jun. 2017.

CALDEYRO-BARCIA, R. *et al.* Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519) *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico gestação de alto risco do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAMACHO, Karla Gonçalves *et al.* Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Rev. Ciencia y Enfermeria**, Rio Janeiro v.16, n.2, p.115-125. 2010. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717...lng=pt...](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717...lng=pt...) Acesso em: 2 jan. 2017.

CAMPOS, D.; SANTOS, D. C. C. Controle postural e motricidade apendicular nos primeiros anos de vida. **Rev. Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.3, p. 71-77, jul./set. 2005. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18618/18048>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CAMPOS, D.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, V. M. G. Importância da variabilidade na aquisição de habilidades motoras. **Rev. Neurociências**, São Paulo SP, v.13, n.3, p.152-157, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/.../Pages%20from%20RN%2013%2003-7.p...> Acesso em: 10 jun. 2018.

CAMPOS, Layna de Cássia Oliveira *et al.* Perfil socioepidemiológico de mulheres acometidas por gravidez ectópica atendidas em um hospital público de referência em gestação de alto risco na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Belém v. 3, n.4 p.35-42, dez.2012. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2176...lng=pt&nrm...](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176...lng=pt&nrm...) Acesso em: 26 abr. 2017.

CENY, L. R, Souza, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Rev. Psic. inf.**, São Paulo, v.16, n.16, p.46-69, dez. 2012. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415...](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415...) Acesso em: 20 jan. 2018.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.1, p.53-58, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://goo.gl/BQ2DGw> . Acesso em: 26 jun. 2018.

CIDADE, D. G.; MARGOTTO, P.R.; PERAÇOLI, J. C. Principais complicações perinatais da obesidade e do sobrepeso pré-gestacionais. **Com. Ciências Saúde**, Rio Grande do Sul, v.22, n.1, p. 161-168. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/principais\\_complicacoes\\_perinatais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/principais_complicacoes_perinatais.pdf) Acesso em: 20 maio 2018.

COSTA, Ana Lúcia do Rego Rodrigues *et al.* Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, jan. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000100029&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000100029&script=sci_abstract&lng=pt) . Acesso em: 20 maio 2018.

COSTA, I. G. Percepções da Gravidez de Risco para gestantes e as implicações familiares. **Rev. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan. 2002. Disponível em: <https://goo.gl/mzCM9J> Acesso em: 02 maio 2018.

COUTINHO, Emília de Carvalho *et al.* Gravidez e parto: o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v.48, n.2, p.17-24, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf). Acesso em: 12 fev. 2018.

CRUZ, E. J. S.; CAVALCANTE, L. I. C. C.; PEDROSO, J. S. Inventário do conhecimento do desenvolvimento infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. **Rev da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 49-63, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677). Acesso em: 08 ago. 2018.

DEMITTO, Marcela de Oliveira *et al.* Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51, p.1-8, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf). Acesso em: 10 abr. 2018

ERTEM, I. O. *et al.* Mothers' knowledge of young child development in a developing country. **Child: care, health and development**, v. 33 n. 6, p.728-737, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17944782>. Acesso em: 07 ago. 2018

FAROOQ, M. U. *et al.* Maternal and neonatal outcomes in gestational e diabetes mellitus. **International Journal of Endocrinology and Metabolism**, v.3, p.109-115, 2007. Disponível em: <https://cdn.neoscriber.org/.../7c446a28-51e4-11e8-b93f-83ae9f0> Acesso em: 10 fev. 2018

FERREIRA, R. A. B. **Influência da paridade sobre o índice de massa corpórea de mulheres brasileiras**. 2010. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. 75 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/...22112010.../publico/dissertacao.pdf>. Acesso em: 20 jan.2017.

FERREIRA, M. B. G. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclampsia: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.2, p.324-334, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>. Acesso em: 20 maio 2018.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: Organização Pan Americana da Saúde, 2005. 52 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf> Acesso em: 20 out. 2017.

FILIPPI, V. *et al.* Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. **The Lancet**. v. 368, n.9546, p.1535-1541, Oct. 2006. Disponível em: <https://abdn.pure.elsevier.com/.../maternal-health-in-poor-countri...> Acesso em: 10 jan. 2018.

FRAGA, A. C. S. A.; THEME FILHA, M. M. Fatores associados ao ganho de peso gestacional entre gestantes do município do Rio de Janeiro, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, p.633-644, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0633.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0633.pdf) Acesso em: 20 nov. 2017.

GIROLAMI, G. *et al.* Parents' knowledge and perception about child development: evidence from a practice-based survey. **Pediatric Physical Therapy**, v.18, issue 1, p.91-92, Apr. 2006. Disponível em: [https://journals.lww.com/.../2006/01810/Parents\\_Knowledge\\_an....](https://journals.lww.com/.../2006/01810/Parents_Knowledge_an....) Acesso em: 20 maio 2018.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M. A. A. Diabetes Melito Tipo 1 e Gestação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.52, n.2, p.307-314 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/18.pdf). Acesso em: 10 abr. 2018

GOMES, Aline, Grill *et al.* Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empírico. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.12, n.1, p. 99-106, jan. /jun. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/5242>. Acesso em: 18 mar. 2017.

GRAVENA, Angela Andréia França *et al.* Resultados perinatales em gestaciones tardias **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.15-21, abr./2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 18 jan. 2017.

HABIBI, Elham *et al.* Early Childhood Development and Iranian Parents' Knowledge: a qualitative study. **International Journal Preventive Medicine**, v.8, n.84, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5672654/>. Acesso em: 8 Aug. 2018.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1025-1029, 2001. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309](http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309). Acesso em: 26 jun.2018.

HALPERN, Ricardo *et al.* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.6, p.421-428 nov /dez. 2000. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0370-41062002000500016&lng=en&nrm=i&tlng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062002000500016&lng=en&nrm=i&tlng=pt). Acesso em: 12 fev. 2017.

HUANG, Heng-Yen *et al.* Maternal knowledge of child development and quality of parenting among white, african-american and hispanic mothers. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v.26, n.2, p.149-170, 2005. Disponível em: [http://www.ecdgroup.com/docs/lib\\_005272349.pdf](http://www.ecdgroup.com/docs/lib_005272349.pdf) Acesso em: jan.2018.

KASSAR, Samir B. *et al.* Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v.6, n.4, p.397-403, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/06> Acesso em: mar.2017.

KOBART, A.P.R, Vieira, M. L. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Santa Catarina, v.21, n.3, p.401-408, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9722008000300008&script=sci...tlng...> Acesso em: 20 de jun. 2017.

MACPHEE, D. **Manual for the knowledge of infant development inventory**. North Carolina: Univ. of North Carolina; 1981. [Unpublished manuscript]. Disponível em: <https://www.coursehero.com/file/p4e95m5/MacPhee-D-Manual-for-the-knowledge-of-infant-development-inventory-University/> . Acesso em: 10 jan.2018.

MANCINI, Marisa C. *et al.* Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças pré-termo e a termo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v. 60, n.4, p.974-980, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000600017>. Acesso em: 20 ago. 2017.



MAYER, N. G.; CANCELIER, A.C.L.; FRANCIOTTI, D. L. Comparação do crescimento de bebês com baixo peso ao nascer com bebês nascidos com peso adequado: estudo de coorte. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 40, n. 4, p.12-18, abr. 2011. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/889.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

MEDEIROS, P.; ZEQUINAO, M. A.; CARDOSO, F. L. A influência do desempenho motor no “status” social percebido por crianças. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, [online], São Paulo, v. 30, n.4, p.1060-1077, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v30n4/1807-5509-rbefe-30-04-1069.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MELO, Adriana Suely de Oliveira *et al.* Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], São Paulo, v.10, n.1. p.;249-257, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200012). Acesso em: 20 jun.2018.

MELO, Laura Beta Duarte de *et al.* Fatores que predispõem para a gestação de alto risco 77. **Rev. Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, PB, v. 1, n. 4, p. 72-86, abr./jun. 2017. Disponível em: [http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_14/Trabalho\\_06.pdf](http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_14/Trabalho_06.pdf). Acesso em: 10 ago. 2017

MIRANDA, L. P; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, supl. 1, p.33-42, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/z8wvwm>. Acesso em: 10 jul. 2017

MITANCHEZ, D.; ZYDORCZYK, C.; SIMEONI, U. What neonatal complications should the pediatrician be aware of in case of maternal gestational diabetes? **World Journal of Diabetes**, v. 6, issue 5, p. 734-743, jun. 2015. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/26069722>. Acesso em: fev.2018.

MOURA, Bárbara Laisa Alves *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 2-13, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016> . Acesso em: 20 maio 2017.

MOURA, Maria Lucia Seidl de *et al.* Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Revista Estudos de Psicologia** [online], Natal v.9, n.3.p.421-429, dez./2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300004>. Acesso em: 10 abr. 2017.

NASCIMENTO, L. F. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** v. 3,

n.2, p.187-194, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000200009>. Acesso em: 10 jan. 2017.

NUNES, L. L. **Habilidades de comunicação intencional de bebês no primeiro ano de vida**: um estudo a partir das percepções maternas. 2014. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a01.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

OSIS, Maria José Duarte *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, p.49-53, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101993000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000100008). Acesso em: 20 jun. 2018.

PEREIRA, Alessandra Cardoso *et al.* Imunidade na gestação normal e na paciente com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n.3, p. 134-140, mai. /jun. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-0042005000300008>. Acesso em 20 fev. 2017.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online], Brasília, DF. v.28, n.1, p.27-33, jan. /mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000100004&script=sci...tlnq>. Acesso em: set. 2017

REHMAN, A. U, Kazmi, S. F, Minir, F. (2016) Mothers' knowledge about child development. **Pakistan Pediatric Journal**, v. 40, n.3, p. 176-81, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/.../312027910\\_Mothers'\\_Knowledge\\_about\\_Child\\_Development](https://www.researchgate.net/.../312027910_Mothers'_Knowledge_about_Child_Development). Acesso em: 07 out. 2017.

REICH, I. M. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. **Infant Ment. Health J.** v. 26, n.2, p.143-156, mar. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28682521>. Acesso em: 2 jul. 2018.

REZENDE C. L. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do município de Dourados, MS.** 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2012. Disponível em: <https://site.ucdb.br/.../8223-qualidade-de-vida-das-gestantes-de-alto-risco-em-centro-d...> Acesso em: 8 mar. 2017.

RIBAS JUNIOR, R. C.; *et al.* Adaptação brasileira do inventário de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil de David Macphee [Resumo]. In: Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, 3. 2000. Niterói. **Anais...** Niterói: Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, 2000. p. 183.

RIBAS JUNIOR, R. C.; MOURA, M. L. S.; BORNSTEIN, M. H. Cognições de mães brasileiras acerca da paternidade e do desenvolvimento humano. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, Rio de Janeiro, v.17, n.1

p.104-113, out. /2007. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n1/10.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2017.

RIBAS JUNIOR, R. C.; MOURA, M. L. S.; BORNSTEIN, M. H. Socioeconomic status in brazilian psychological research: II. socioeconomic status and parenting knowledge. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 385-392, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413). Acesso em: 10 de mar.2017.

RIBEIRO M. A. **Conhecimento acerca do desenvolvimento infantil em pais de crianças em idade pré-escolar**. 2003. 52f. Dissertação (Mestrado em Temas de Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências, Universidade do Porto, Porto, 2003. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=572748](https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=572748). Acesso em: 20 jan. 2017

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em unidades de saúde da família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficas e de saúde mental materna. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.215-226, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

RODRIGUES, O. M. P. R; NOGUEIRA, S. C; ALTAFIM, E. R. P. Práticas parentais maternas e a influência de variáveis familiares e do bebê. **Rev. Pensando Família**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.71-83, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200006). Acesso em: 20 de set. 2017.

RODRIGUES, N.; CARBINATTO, A. N. A importância do movimento na educação infantil de 0 a 3 anos. **Rev. Ensaios & Diálogos**, Rio Claro, v. 9, n. 1, p. 97-120, jul. /dez. 2016. Disponível em: <http://intranet.redeclaretiano.edu.br/download?caminho=/upload/cms/revista/...> Acesso em: 20 ago. 2017.

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W.; LENO, G. M. L. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.28, n.4, p.284-289, 1994. <https://www.scielosp.org/article/rsp/1994.v28n4/284-289/> Acesso em: 20 jun. 2018.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos *et al*. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campinas, SP, v.31, n. 7, p.326-334, mar.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, maio/jun.

2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a06v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf). Acesso em: 20 maio 2018.

SANTOS, E. R. F.; RAMOS, D. D., SALOMÃO, N. M. R. Concepções sobre desenvolvimento infantil na perspectiva de educadoras em creches públicas e particulares. **Revista Portuguesa de Educação Universidade do Minho**, Portugal, v. 28, n.2, p. 189-209, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871...](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871...) Acesso em: 9 ago. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria técnica em saúde da mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicoii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf). Acesso em: 20 de maio 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de acompanhamento da criança**. São Paulo: SES/SP, 2015. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual\\_de\\_acompanhamento\\_da\\_crianca.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf). Acesso em: 20 jun. 2017.

SEGE, *et al.* Project DULCE: strengthening families through enhanced primary care. **Zero to Three**, v.35, n.1, p.10-18, Sep./2014. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1125257> Acesso em jun.2017.

SHEPHERD, R. B. Desenvolvimento da motricidade e habilidade motora. In: SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em pediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos; 1998. p. 9-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000088&pid=S0103...Ing...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000088&pid=S0103...Ing...) Acesso em 20 fev. 2017.

SILVA, Anna K. *et al.* Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo v.15 n.3. p. 01-10, dez. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822005000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000300002). Acesso em: 20 out. 2017.

SILVA, D. I.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influencias dos elos s familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1087-1094, out. /dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf). Acesso em: 24 out. 2017

SILVA, P.L, Santos. C. C, Gonçalves, V.M.G. Influencia de Praticas Maternas no Desenvolvimento Motor de Lactentes do 6º ao 12º Meses de Vida. **Rev. Brasileira de Fisioterapia**. Campinas v.10, n. 2 p. 225-231, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbfis/v10n2/v10n2a13.pdf> Acesso em: 20 de out. 2017.

SILVA, R. O. Corpo das crianças em movimento: apontamentos provisórios sobre a cultura corporal na educação infantil. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 3, n. 1, p. 136-164, jan./ jun. 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/ML/article/view/1913/1914>. Acesso em: 20 set. 2017.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n.6, p.1097-1104, nov./dez.2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf). Acesso em: 17 out. 2017.

SPEARMAN, C. The proof and measurement of association between two things. **The American Journal of Psychology**, v.15, n.1., jan.1904, p.72-101. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/1412159?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/1412159?seq=1#metadata_info_tab_contents)

TEIXEIRA, Eduardo C. *et al.* Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil: análise da frequência entre 2006 e 2012. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio Janeiro, v.14, n.1, p. 6-11, jan. 2015. v.14, n. 1 p. 06-11, jan.2015. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=524](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=524). Acesso em: 12 out. 2017.

UNICEF. **Study of parental knowledge, attitudes and practices related to early childhood development**. Dec. 2014. Disponível em: [https://www.unicef.org/pacificislands/ECD\\_KAP\\_Solomon\\_Islands.pdf](https://www.unicef.org/pacificislands/ECD_KAP_Solomon_Islands.pdf). Acesso em 10 junho 2018.

WILLIRICH, A.; FATTURI, C. C., FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev. Neurociência**, v. 17, n.1, p. 51-56, 2009. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/226%20.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

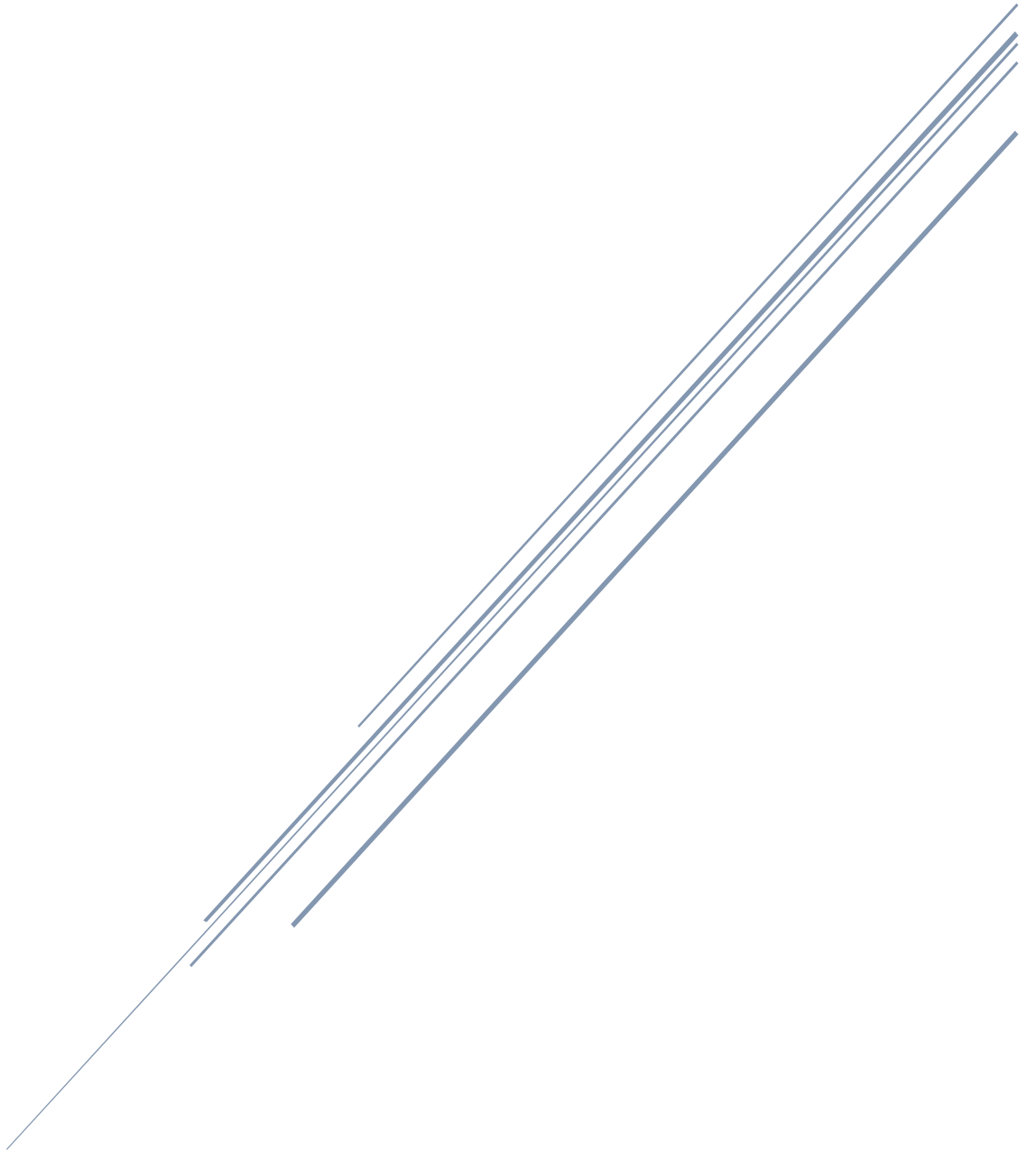
YUE, Ai *et al.* **The relationship between maternal parenting knowledge and infant development outcomes: evidence from rural China**. Disponível em: [https://fsi-live.s3.us-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/317-the\\_relationship\\_between\\_maternal\\_parenting\\_knowledge\\_and\\_infant\\_development\\_outcomes.pdf](https://fsi-live.s3.us-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/317-the_relationship_between_maternal_parenting_knowledge_and_infant_development_outcomes.pdf). Acesso em: 8 ago.2018.

ZAND, Debra H. *et al.* Accuracy of knowledge of child development in mothers of children receiving early intervention services. **Journal of Early Intervention**, v. 37 n.3, p. 226–240, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1053815115610633?journalCode=jieb> Acesso em: 20 de jun. 2018.

ZEPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; CIAMPO, L. A. D. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.30, n.4, p. 594-599, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000400019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000400019&script=sci_abstract&tlng=pt) .Acesso em: 10 jan. 2017.

<sup>1</sup>Baseadas na norma NBR 6023, de 2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

# ANEXO I



**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
Faculdades Ciências da Saúde,  
Universidade Metodista de Piracicaba.

Consentimento formal de participação no estudo intitulado: **Conhecimento sobre desenvolvimento infantil: estudo em uma unidade destinada ao atendimento de gestantes de risco.**

Responsável: **Maria Aparecida de Lima Luciano**

Eu,....., portador (a) do RG nº  
....., residente à.....  
.....Nº.....bairro:.....  
....., na cidade de.....,  
telefone:....., aceito participar da pesquisa  
"Conhecimento sobre desenvolvimento infantil: estudo em uma unidade destinada ao atendimento de gestantes de risco", sob supervisão da Professora Dr<sup>a</sup> Denise Castilho Cabrera Santos.

- 1) Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Conhecimento sobre desenvolvimento infantil: estudo em uma unidade destinada ao atendimento de gestantes de risco".
- 2) O objetivo deste estudo é: verificar conhecimento sobre desenvolvimento infantil em gestantes de risco.
- 3) Esta pesquisa poderá auxiliar você a entender melhor o desenvolvimento de bebês e crianças pequenas e ajudar no desenvolvimento do seu bebê.
- 4) Você foi selecionada com base nos prontuários de Unidades de Atendimento a gestante de risco, do município de Santa Bárbara D'Oeste, SP e sua participação não é obrigatória.
- 5) Sua participação neste estudo consistirá em receber informações sobre o estudo, responder um questionário sobre desenvolvimento infantil e um questionário socioeconômico.
- 6) A pesquisa não possuirá métodos alternativos, constituindo exclusivamente os procedimentos descritos anteriormente.
- 7) Você será esclarecida quanto a todos os procedimentos realizados na pesquisa, podendo questioná-los a qualquer momento, inclusive antes e durante o curso da mesma.
- 8) Sua participação é voluntária. Você tem liberdade para recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo aos seus cuidados.
  - a) "Em qualquer momento você desistir de participar e retirar o seu consentimento".
  - b) "Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição."
- 9) As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a sua autorização oficial. Todas as informações, só poderão ser utilizadas para fins de análise de dado, estatísticos, científicos ou didáticos, sendo resguardados o sigilo de identidade e sua privacidade.
  - a) "As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação".
  - b) "Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação". Ao serem divulgados, os dados serão agrupados aos dos demais participantes, não sendo expostos quaisquer dados de identificação pessoal. Se por ventura utilizarmos seus dados para estudo específico, o seu nome será informado apenas com pelas letras iniciais.



- 10) Não haverá ressarcimentos ou qualquer tipo de remuneração, sendo sua participação voluntária.
- 11) Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço e o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de Piracicaba (CEP-UNIMEP), localizada Rodovia do Açúcar km 156 - bloco 7 sala 08, Caixa Postal 68 - CEP 13400-970 - Piracicaba-SP- Brasil. - SP - Brasil. Fone: (19) 3124.1515 ramal 1274. Endereço eletrônico: comitedeetica@unimep.br

Maria Aparecida de Lima Luciano  
 (19) 987101843-(19) 34575998  
 mariaenf.luciano@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da gestante ou responsável legal\*

\_\_\_\_\_  
 Nome por extenso

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
 Nome por extenso

\_\_\_\_\_  
 Assinatura de uma testemunha

\_\_\_\_\_  
 Nome por extenso

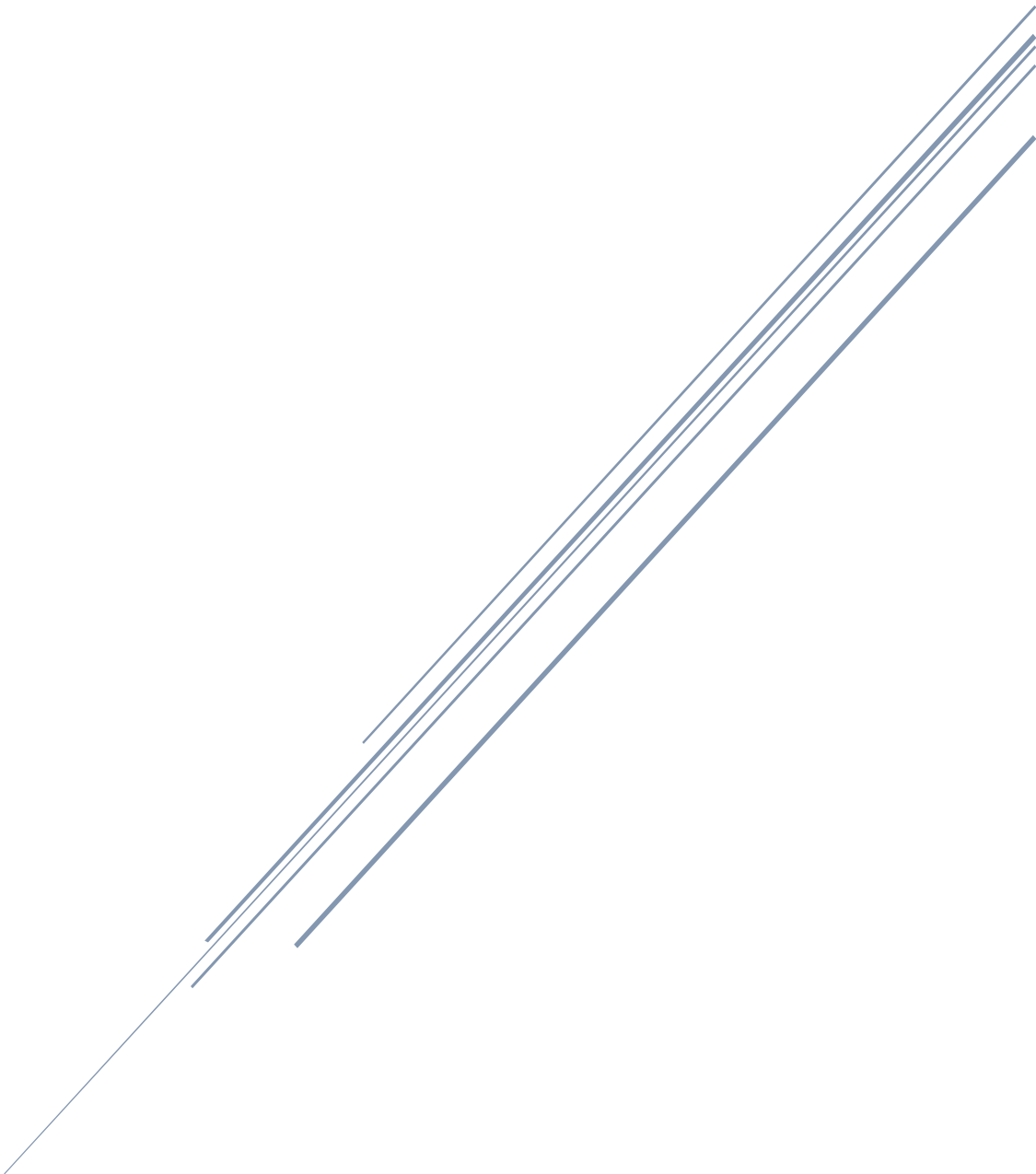
Santa Bárbara D'Oeste, SP, .....de ..... de .....

Endereço:.....Cidade/

Estado: .....CEP: .....

Telefones:.....RG:.....CPF:\_\_\_\_\_

# ANEXO II



## ANEXO II - INVENTÁRIO DO CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL (KIDI) (MACPHEE 1981), VERSÃO EM PORTUGUÊS (RIBAS, *et al.* 2000)

- Essa versão contém o GABARITO (**negrito e sublinhado**) de acordo com página 54 do Manual KIDI.

- Itens omitidos nesse projeto: 06, 24, 27, 31, 32, 40, 43, 73, 75.

Nome da gestante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Neste questionário são feitas perguntas a você sobre o desenvolvimento infantil e sobre cuidados em relação à saúde de crianças **de zero a três anos**. Cada item descreve o que poderia ser o comportamento de uma criança ou o que poderia afetar o crescimento e o desenvolvimento de um bebê.

Marque em cada item se você **CONCORDA** com a afirmação, se **DISCORDA** dela, ou se **NÃO ESTÁ SEGURO** da resposta.

Por favor, responda cada pergunta com base em seu conhecimento sobre as **crianças** de uma maneira geral (no caso de mãe ou pai, não como seu próprio filho se comportou em uma determinada idade). Em outras palavras, nós desejamos saber **como você pensa que se comporta a maioria dos bebês, como eles crescem, e como cuidar deles**.

Por favor, certifique-se de marcar apenas **uma** só resposta para cada item.

<p><b>Por favor, marque em cada um dos próximos itens se:</b> <b>(A) Você concorda; (B) Você discorda; (C) Você não está certo(a) da resposta</b></p>
---

1- A mãe (ou o pai) precisa apenas alimentar, limpar e vestir o bebê, para que ele fique bem.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

2- Um bebê precisa ser visto por um médico, de meses em meses, no primeiro ano de vida.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

3- Uma criança de dois anos que está atrasada dois ou três meses em relação a outras crianças de dois anos é retardada.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

4- As crianças muitas vezes continuarão usando uma palavra errada durante algum tempo, mesmo quando se diz para elas a forma correta de falar essa palavra (exemplo: em vez de dizer "pés", diz "péses")

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

5- O bebê não deve ser carregado no colo quando é alimentado porque desta forma ele vai querer ter colo o tempo todo.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

6- Item Omitido

7- Os bebês fazem algumas coisas somente para causar problemas para sua mãe ou seu pai. (Exemplo: chorar por muito tempo ou sujar suas fraldas).

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

8- Uma mesma coisa pode fazer uma criança chorar em um momento e rir em outro (Exemplo: um cachorro grande ou brincar de "Vou te pegar").

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

9- Se você castiga seu filho (ou filha) por fazer algo errado, é certo dar a ele (ou a ela) um doce para que ele (ou ela) pare de chorar.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

10- Você tem que ficar no banheiro enquanto seu bebê estiver na banheira.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

11- Em geral, os bebês não podem ver e ouvir ao nascerem.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

12- Bebês entendem apenas as palavras que eles podem falar.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

13- Se um bebê é tímido ou inquieto em situações novas, isso geralmente significa que existe um problema emocional.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

14- Falar com o bebê sobre coisas que ele está fazendo ajuda no seu desenvolvimento.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

15- Pode-se esperar para dar vacinas após um ano porque os bebês têm uma forma de proteção natural contra doenças no primeiro ano de vida.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

16- Uma criança de dois anos que diz "não" a tudo e tenta mandar em você, faz isso de propósito e está apenas tentando aborrecer você.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

17- O modo como se cria uma criança terá pouco efeito sobre sua inteligência.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo(a)

18- Um bebê com cólica pode chorar por 20 ou 30 minutos, não importando o quanto você tente confortá-lo.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

19- Os pais (homens) são naturalmente sem jeito quando cuidam dos bebês.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

20- Todas as crianças precisam da mesma quantidade de sono.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

21- Uma criança pequena normalmente faz de 5 a 7 refeições por dia.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

22- A criança tem pouca influência sobre a maneira como a mãe (ou o pai) cuida dela e brinca com ela, pelo menos até a criança ficar mais velha.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

23- Cuidar de um bebê pode deixar uma mãe ou um pai cansado, frustrado, ou sentindo que a carga é demais para ele.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

24- Item Omitido

25- Um bebê recém-nascido consegue ver um rosto a dois metros de distância, tão bem quanto um adulto.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

26- Uma irmã ou irmão pequeno pode começar a fazer xixi na cama ou chupar o dedo quando um novo bebê chega na família.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

27- Item Omitido

28- A noção de tempo de uma criança de dois anos é diferente da noção de tempo de um adulto.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

29- O Q.I. (a inteligência) de uma pessoa permanece o mesmo durante a infância.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

30- A maioria dos bebês prematuros acaba sendo maltratada, mal cuidada ou mentalmente retardada.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

31- Item Omitido

32- Item Omitido

33- A personalidade (individualidade) do bebê está formada aos 6 meses de idade.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

34- Um bebê de três meses faz xixi nas suas fraldas aproximadamente 10 vezes por dia.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

35- Uma criança está usando regras da linguagem, mesmo quando ela diz palavras e frases de um modo incomum ou diferente (Exemplo: "Eu fazi." Ou "Ela quereu minha bola").

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

36- Algumas mães não se envolvem realmente com seus bebês até que eles comecem a sorrir e olhar para elas.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

37- O modo com que a mãe (ou o pai) responde ao bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança crescerá contente e bem ajustada, ou mal-humorada e desajustada.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

38- Os dedos do pé de um recém-nascido se abrem quando você acaricia a planta do pé dele.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

39- As crianças aprendem tudo do seu idioma copiando o que elas ouvirem os adultos falar.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

40- Item Omitido

41- Um bebê pode parar de prestar atenção ao que acontece ao seu redor se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

42- Alguns bebês normais não gostam de ficar no colo.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

43- Item Omitido

44- Quanto mais você conforta seu bebê segurando-o e falando com ele, quando ele está chorando, mais você o estraga.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

45- Uma causa frequente de acidentes com crianças de 1 a 3 anos é quando elas puxam e cai sobre elas alguma coisa como uma panela, uma toalha de mesa, ou um rádio.

**(A) Concordo** (B) Discordo (C) Não estou certo (a)

46- Bebês meninas são mais frágeis e ficam doentes mais frequentemente, por isso, precisam ser tratadas com mais cuidados do que os meninos.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

47- Um bom modo para ensinar seu filho a não bater é reagir batendo.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

48- Alguns dias você precisa disciplinar seu bebê; outros dias você pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende de seu humor naquele dia.

(A) Concordo **(B) Discordo** (C) Não estou certo (a)

**As perguntas a seguir são sobre a idade com que as crianças podem fazer determinadas coisas.**

**Se você achar que a idade está certa, marque "CONCORDO".**

**Se você não concordar, então decida se uma criança MAIS JOVEM ou MAIS VELHA poderia fazer isto. Se você não estiver seguro da idade, marque "NÃO TENHO CERTEZA".**

49- A maioria dos bebês consegue ficar sentado no chão sem cair com 7 meses.

**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

50- Um bebê de 6 meses interage com uma pessoa de forma diferente dependendo se a pessoa estiver contente, triste ou chateada.

**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

51- A maioria das crianças de 2 anos pode perceber a diferença entre uma história de faz-de-conta da televisão e uma história real.

(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza

- 52- As crianças normalmente já estão andando por volta dos 12 meses de idade.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 53- Um bebê de oito meses comporta-se de forma diferente com uma pessoa conhecida e com alguém que nunca tenha visto antes.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 54- Um bebê precisa ter aproximadamente 7 meses para poder alcançar e agarrar coisas.  
(A) Concordo **(B) Mais Jovem** (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 55- Uma criança de dois anos pode raciocinar logicamente, tanto quanto um adulto poderia.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 56- Uma criança de 1 ano sabe distinguir o que é certo do que é errado.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 57- Um bebê de 3 meses muitas vezes sorrirá quando vir o rosto de um adulto.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 58- A maioria das crianças está pronta para ser treinada a ir ao banheiro com 1 ano de idade.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 59- Uma criança começará a responder a seu nome com 10 meses.  
(A) Concordo **(B) Mais Jovem** (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 60- Os bebês começam a rir das coisas ao seu redor em torno dos 4 meses de idade.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 61- Um bebê de 5 meses sabe o que significa um “não”.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 62- Um bebê de 4 meses deitado de bruços consegue levantar a cabeça.  
(A) Concordo **(B) Mais Jovem** (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 63- Balbuciar (“a-ba-ba” ou “bu-bu”) começa em torno dos 5 meses.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 64- Crianças de 1 ano freqüentemente cooperam e compartilham coisas quando brincam juntas.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 65- Uma criança de 12 meses pode se lembrar de brinquedos que ela viu serem escondidos.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza
- 66- O bebê normalmente diz sua primeira palavra de verdade aos 6 meses.  
(A) Concordo (B) Mais Jovem **(C) Mais Velha** (D) Não tenho certeza
- 67- Os bebês têm percepção de profundidade em torno dos 6 meses de idade (podem perceber que estão em um lugar alto).  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

68- Um bebê de 2 meses pode distinguir alguns sons da linguagem.  
**(A) Concordo** (B) Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

**Por favor, faça uma linha/círculo em volta da melhor resposta para as próximas questões:**

69- A melhor maneira de lidar com uma criança de um ano que continua brincando na sala com coisas que quebram é:

- a. Manter ele (ou ela) num cercadinho e fora do alcance de tudo.
- b. Dar uma palmada na mão do bebê toda vez que ele tocar em algo.
- c. Falar "Não!" para a criança e esperar que ela obedeça você.
- d. Colocar as coisas fora do alcance até que a criança fique mais velha.**
- e. Não tenho certeza

70- Selecione o brinquedo mais apropriado para uma criança de 1 ano:

- a. Fazer um cordão com continhas.
- b. Recortar formas com tesouras.
- c. Rolar uma bola de um lado para outro com um adulto.**
- d. Arrumar coisas por forma e cor.
- e. Não tenho certeza

71- Um bebê recém-nascido dorme por volta de.

- a. 22 horas por dia.
- b. 17 horas por dia.**
- c. 12 horas por dia.
- d. 7 horas por dia.
- e. Não tenho certeza

72- Se uma criança de 2 anos não consegue o que quer e tem um acesso de birra, qual seria a melhor maneira de evitar problemas futuros com birras?

- a. Dar para a criança um brinquedo novo.
- b. Ignorar a birra.**
- c. Dar uma palmada no bumbum da criança.
- d. Deixar a criança conseguir o que quiser.
- e. Não tenho certeza

73- Item Omitido

74- É mais provável que um bebê de 8 meses se assuste com:

- a. Sonhos.
- b. Bichos grandes.
- c. Ficar sozinho no escuro.
- d. Uma pessoa desconhecida usando uma máscara.**
- e. Não tenho certeza

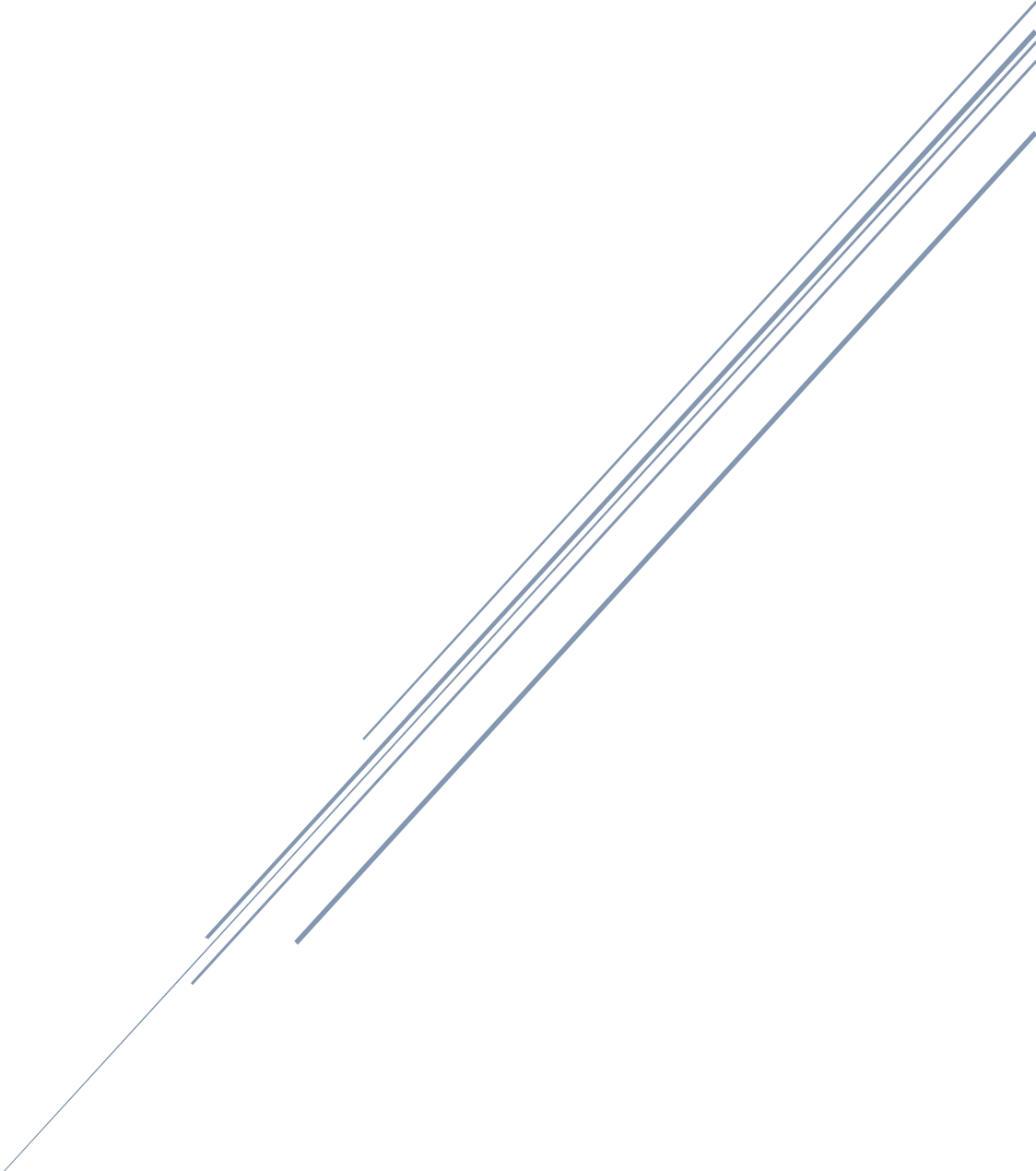
75- Item Omitido

Comentários:

---



# ANEXO III



## ANEXO III - QUADROS COM QUESTÕES DO KIDI SEPARADAS POR DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO

### Dimensão: CUIDADOS PARENTAIS (14 questões aplicadas)

Item	Questão	Resposta
1	1 A mãe (ou o pai) precisa apenas alimentar, limpar e vestir o bebê, para que ele fique bem.	Discordo
5	5 O bebê não deve ser carregado no colo quando é alimentado porque desta forma ele vai querer ter colo o tempo todo.	Discordo
9	9 Se você castiga seu filho (ou filha) por fazer algo errado, é certo dar a ele (ou a ela) um doce para que ele (ou ela) pare de chorar.	Discordo
14	14 Falar com o bebê sobre coisas que ele está fazendo ajuda no seu desenvolvimento.	Concordo
16	16 Uma criança de dois anos que diz "não" a tudo e tenta mandar em você, faz isso de propósito e está apenas tentando aborrecer você.	Discordo
19	19 Os pais (homens) são naturalmente sem jeito quando cuidam dos bebês.	Discordo
23	23 Cuidar de um bebê pode deixar uma mãe ou um pai cansado, frustrado, ou sentindo que a carga é demais para ele.	Concordo
36	36 Algumas mães não se envolvem realmente com seus bebês até que eles comecem a sorrir e olhar para elas.	Concordo
44	44 Quanto mais você conforta seu bebê segurando-o e falando com ele, quando ele está chorando, mais você o estraga.	Discordo
46	46 Bebês meninas são mais frágeis e ficam doentes mais frequentemente, por isso, precisam ser tratadas com mais cuidados do que os meninos.	Discordo
47	47 Um bom modo para ensinar seu filho a não bater é reagir batendo.	Discordo
48	48 Alguns dias você precisa disciplinar seu bebê; outros dias você pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende de seu humor naquele dia.	Discordo
69	69. A melhor maneira de lidar com uma criança de um ano que continua brincando na sala com coisas que quebram é:	D
72	72. Se uma criança de 2 anos não consegue o que quer e tem um acesso de birra, qual seria a melhor maneira de evitar problemas futuros com birras?	B

**Dimensão: NORMAS E MARCOS (31 questões aplicadas; 01 omitida)**

<b>Item</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Categoria específica</b>
3	3 Uma criança de dois anos que está atrasada dois ou três meses em relação a outras crianças de dois anos é retardada.	Discordo	Normas e marcos
7	7 Os bebês fazem algumas coisas somente para causar problemas para sua mãe ou seu pai. (Exemplo: chorar por muito tempo ou sujar suas fraldas).	Discordo	Cognição
11	11 Em geral, os bebês não podem ver e ouvir ao nascerem.	Discordo	Percepção
21	21 Uma criança pequena normalmente faz de 5 a 7 refeições por dia.	Concordo	Descrição
25	25 Um bebê recém-nascido consegue ver um rosto a dois metros de distância, tão bem quanto um adulto.	Discordo	Percepção
28	28 A noção de tempo de uma criança de dois anos é diferente da noção de tempo de um adulto	Concordo	Cognição
34	34 Um bebê de três meses faz xixi nas suas fraldas aproximadamente 10 vezes por dia.	Concordo	Descrição
38	38 Os dedos do pé de um recém-nascido se abrem quando você acaricia a planta do pé dele.	Concordo	Físico
49	49 A maioria dos bebês consegue ficar sentado no chão sem cair com 7 meses.	Concordo	Físico
50	50 Um bebê de 6 meses interage com uma pessoa de forma diferente dependendo se a pessoa estiver contente, triste ou chateada.	Concordo	Social
51	51 A maioria das crianças de 2 anos pode perceber a diferença entre uma história de faz-de-conta da televisão e uma história real.	Mais velha	Cognição
52	52 As crianças normalmente já estão andando por volta dos 12 meses de idade.	Concordo	Físico
53	53 Um bebê de oito meses comporta-se de forma diferente com uma pessoa conhecida e com alguém que nunca tenha visto antes.	Concordo	Social
54	54 Um bebê precisa ter aproximadamente 7 meses para poder alcançar e agarrar coisas.	Mais Jovem	Físico
55	55 Uma criança de dois anos pode raciocinar logicamente, tanto quanto um adulto poderia.	Mais velha	Cognição
56	56 Uma criança de 1 ano sabe distinguir o que é certo do que é errado.	Mais velha	Cognição
57	57 Um bebê de 3 meses muitas vezes sorrirá quando vir o rosto de um adulto.	Concordo	Social
58	58 A maioria das crianças está pronta para ser treinada a ir ao banheiro com 1 ano de idade.	Mais velha	Físico
59	59 Uma criança começará a responder a seu nome com 10 meses.	Mais Jovem	Linguagem
60	60 Os bebês começam a rir das coisas ao seu redor em torno dos 4 meses de idade.	Concordo	Emoções
61	61 Um bebê de 5 meses sabe o que significa um “não”.	Mais velha	Linguagem

62	62 Um bebê de 4 meses deitado de bruços consegue levantar a cabeça.	Mais Jovem	Físico
63	63 Balbuciar (“a-ba-ba” ou “bu-bu”) começa em torno dos 5 meses.	Concordo	Linguagem
64	64 Crianças de 1 ano freqüentemente cooperam e compartilham coisas quando brincam juntas.	Mais Jovem	Social
65	65 Uma criança de 12 meses pode se lembrar de brinquedos que ela viu serem escondidos.	Concordo	Cognição
66	66 O bebê normalmente diz sua primeira palavra de verdade aos 6 meses.	Mais velha	Linguagem
67	67 Os bebês têm percepção de profundidade em torno dos 6 meses de idade (podem perceber que estão em um lugar alto).	Concordo	Percepção
68	68 Um bebê de 2 meses pode distinguir alguns sons da linguagem.	Concordo	Linguagem
70	70. Selecione o brinquedo mais apropriado para uma criança de 1 ano:	C	Físico_cognição
71	71. Um bebê recém-nascido dorme por volta de.	B	Descrição
73	73. Item Omitido: Ao todo, um bebê recém-nascido pode chorar: Omitir essa pergunta pois a mãe pode entender que o bebê pode ser deixado chorando por 1 ou 2 horas, orientação inadequada e oferecer risco de stress tóxico ao bebê.	A	Descrição
74	74. É mais provável que um bebê de 8 meses se assuste com:	D	Emoções

**Dimensão: PRINCÍPIOS (13 questões aplicadas)**

<b>Item</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
4	4 As crianças muitas vezes continuarão usando uma palavra errada durante algum tempo, mesmo quando se diz para elas a forma correta de falar essa palavra (exemplo: em vez de dizer “pés”, diz “péses”)	Concordo
8	8 Uma mesma coisa pode fazer uma criança chorar em um momento e rir em outro (Exemplo: um cachorro grande ou brincar de “Vou te pegar”).	Concordo
12	12 Bebês entendem apenas as palavras que eles podem falar.	Discordo
17	17 O modo como se cria uma criança terá pouco efeito sobre sua inteligência.	Discordo
22	22 A criança tem pouca influência sobre a maneira como a mãe (ou o pai) cuida dela e brinca com ela, pelo menos até a criança ficar mais velha.	Discordo
26	26 Uma irmã ou irmão pequeno pode começar a fazer xixi na cama ou chupar o dedo quando um novo bebê chega na família.	Concordo
29	29 O Q.I. (a inteligência) de uma pessoa permanece o mesmo durante a infância.	Discordo
30	30 A maioria dos bebês prematuros acaba sendo maltratada, mal cuidada ou mentalmente retardada.	Discordo
33	33 A personalidade (individualidade) do bebê está formada aos 6 meses de idade.	Discordo
35	35 Uma criança está usando regras da linguagem, mesmo quando ela diz palavras e frases de um modo incomum ou diferente (Exemplo: "Eu fazi." Ou "Ela quisera minha bola").	Concordo
37	37 O modo com que a mãe (ou o pai) responde ao bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança crescerá contente e bem ajustada, ou mal-humorada e desajustada.	Discordo
39	39 As crianças aprendem tudo do seu idioma copiando o que elas ouviram os adultos falar.	Discordo
41	41 Um bebê pode parar de prestar atenção ao que acontece ao seu redor se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar.	Concordo

**Dimensão: SAÚDE (05 questões aplicadas; 07 omitidas)**

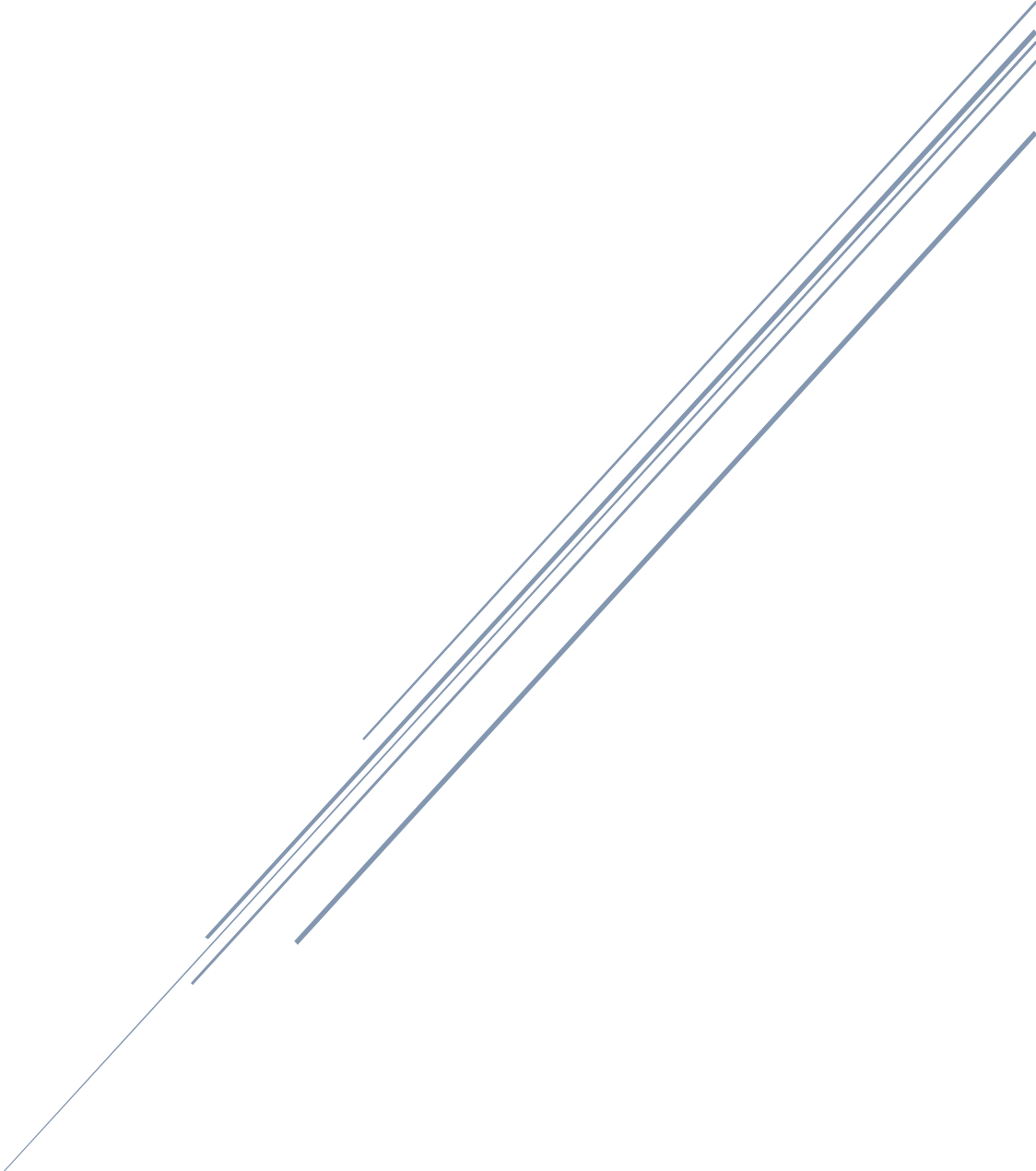
<b>Item</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
2	2 Um bebê precisa ser visto por um médico, de meses em meses, no primeiro ano de vida.	Concordo
6	6. Item Omitido:_Se um bebê de nove meses quiser algo para beliscar, dê a ele amendoim, pipoca ou passas. Omitir essa pergunta, pois pode oferecer risco de alimentar inadequadamente.	Discordo
10	10 Você tem que ficar no banheiro enquanto seu bebê estiver na banheira.	Concordo
15	15 Pode-se esperar para dar vacinas após um ano porque os bebês têm uma forma de proteção natural contra doenças no primeiro ano de vida.	Discordo
18	18 Um bebê com cólica pode chorar por 20 ou 30 minutos, não importando o quanto você tente confortá-lo.	Concordo
24	24. Item Omitido:_Colocar um travesseiro macio no berço é uma forma boa e segura de ajudar o bebê a dormir melhor. Omitir essa pergunta pois pode oferecer risco de sufocamento, caso a mãe não entenda que isso é inadequado/discordo.	Discordo
27	27. Item Omitido:_Alimentos novos devem ser dados ao bebê, um de cada vez, com um intervalo de 4 a 5 dias entre um e outro. Omitir essa pergunta, pois pode oferecer risco de passar orientação alimentar inadequada/desatualizada.	Concordo
31	31. Item Omitido:_Se um bebê é alimentado com leite em pó ele precisa de vitaminas extras e ferro. Omitir essa pergunta, pois pode oferecer risco de passar orientação alimentar inadequada/desatualizada ou ainda que a mãe faça suplementação sem orientação médica.	Concordo
40	40. Item Omitido:_Quando um bebê com menos que 12 meses tem diarreia, os pais devem parar de alimentá-lo com comida sólida e dar a ele água com açúcar ou coca-cola sem gás. Omitir essa pergunta, pois a orientação é inadequada/desatualizada. Pode oferecer risco de alimentar inadequadamente.	Concordo
43	43. Item Omitido:_Se um bebê tem dificuldades para evacuar, deve-se dar a ele leite morno. Omitir essa pergunta, pois pode oferecer risco de alimentar inadequadamente, caso a mãe não entenda que isso é inadequado/discordo.	Discordo
45	45 Uma causa freqüente de acidentes com crianças de 1 a 3 anos é quando elas puxam e cai sobre elas alguma coisa como uma panela, uma toalha de mesa, ou um rádio.	Concordo
75	75. Item Omitido:_A melhor maneira de baixar a febre de um bebê é:	C

	Omitir essa pergunta, pois a orientação pode ser inadequada para algumas situações e oferecer risco da mãe medicar em excesso e sem o adequado acompanhamento médico.	
--	---	--

**Dimensão: DIFERENÇAS INDIVIDUAIS (03 questões aplicadas; 01 omitida)**

<b>Item</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
13	13 Se um bebê é tímido ou inquieto em situações novas, isso geralmente significa que existe um problema emocional.	Discordo
20	20 Todas as crianças precisam da mesma quantidade de sono.	Discordo
32	32. Item Omitido: Alguns bebês saudáveis cospem quase todo novo alimento, até que se acostume com ele. Omitir essa pergunta, pois pode oferecer risco de passar orientação alimentar inadequada/desatualizada.	Concordo
42	42 Alguns bebês normais não gostam de ficar no colo.	Concordo

# ANEXO IV





## ANEXO IV - QUESTIONÁRIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP 2015

### Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

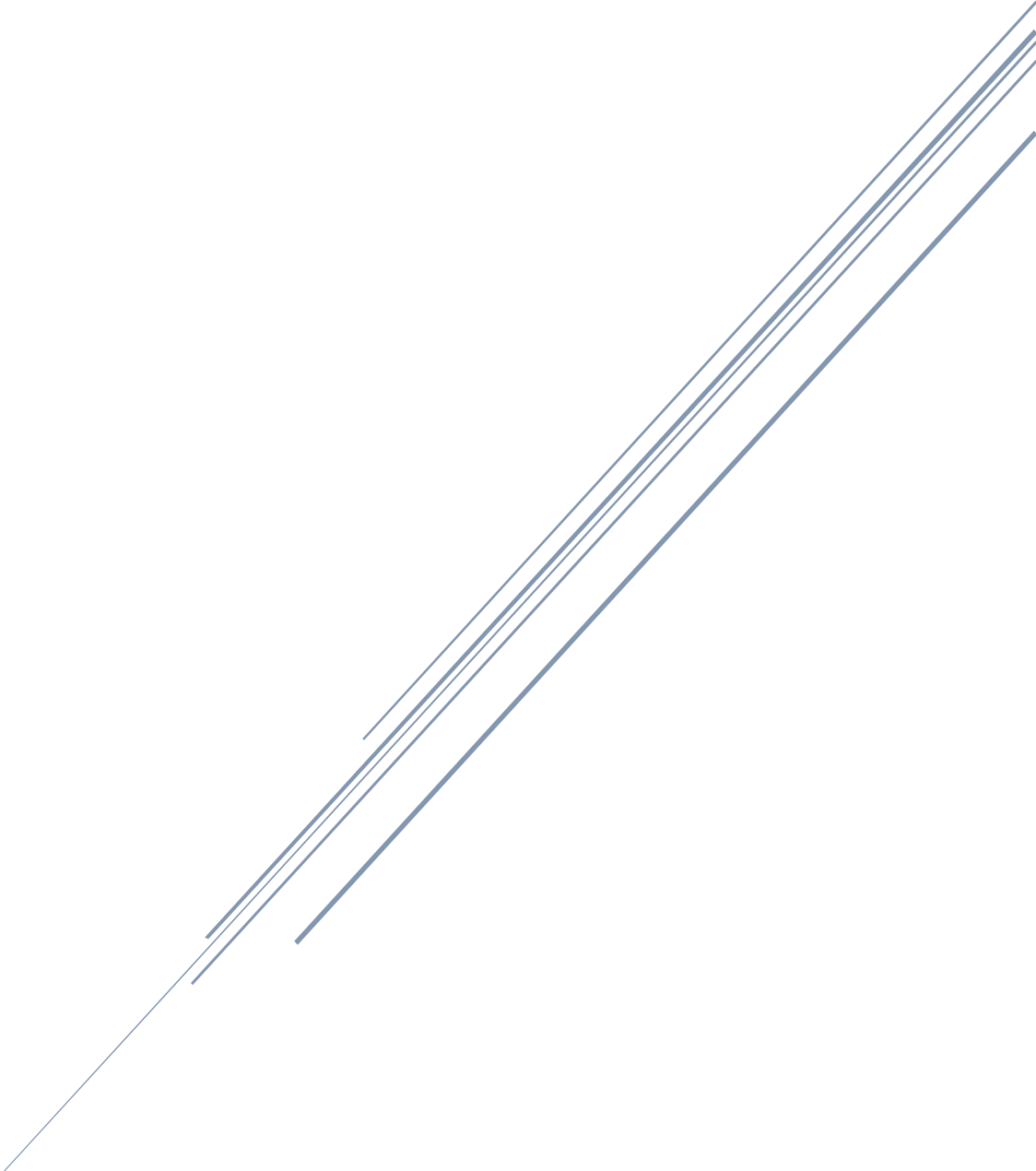
A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

# ANEXO V



**ANEXO V - DIAGNÓSTICO E RISCO GESTACIONAL DESCRITO NO PRONTUÁRIO DA UNIDADE PARA CADA PARTICIPANTE DO ESTUDO.**

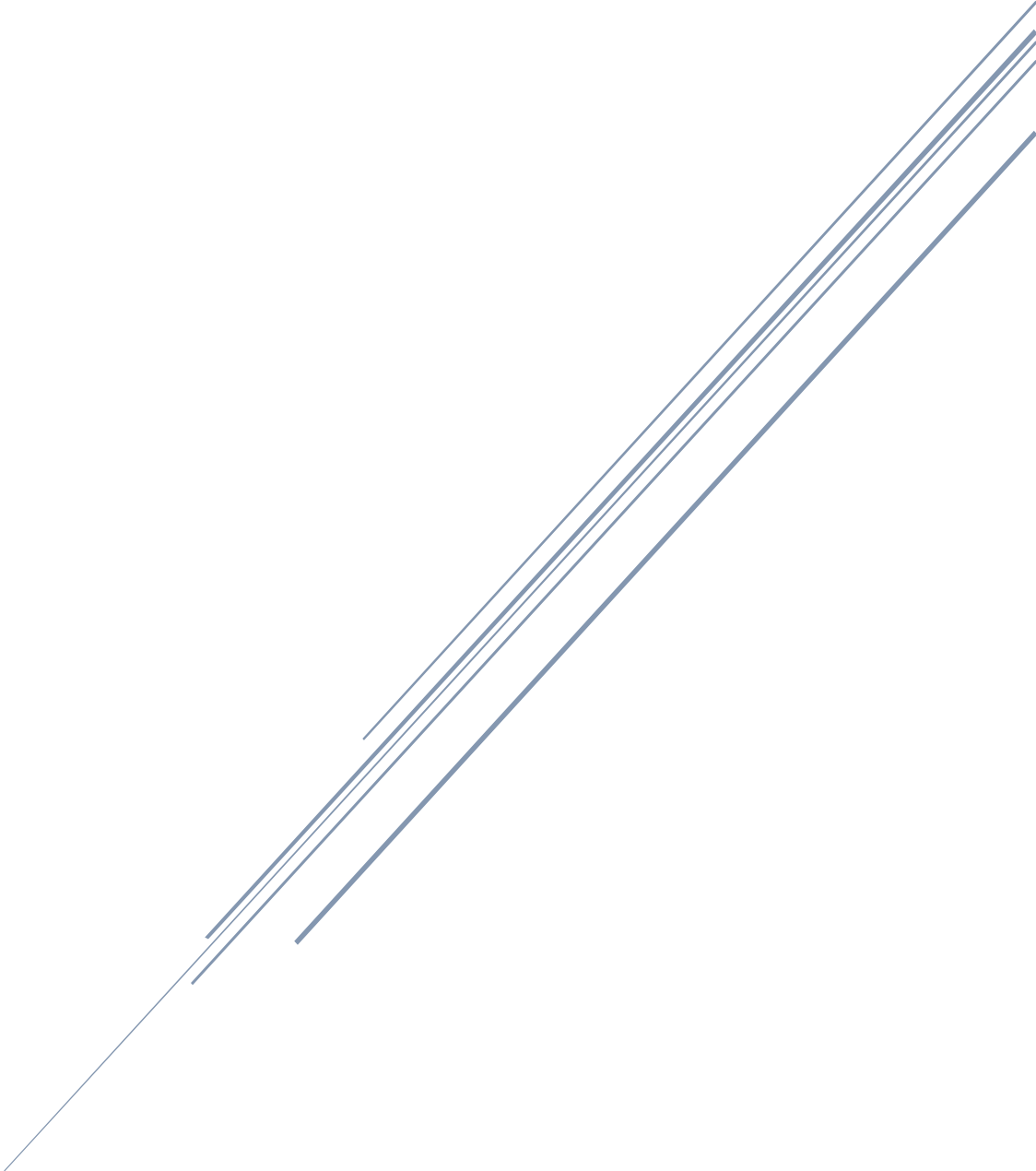
<b>Diagnóstico e risco gestacional descrito no prontuário da unidade para cada participante do estudo</b>	<b>Categoria de classificação de risco gestacional*</b>	<b>Número de gestantes com o diagnóstico</b>
- Aborto de repetição	- Antecedente obstétrico	2
- Aborto de repetição, - Gestação tardia	- Antecedente obstétrico - Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Aborto de repetição, - Hipertensão arterial, - Gemelar	- Antecedente obstétrico - Morbidade	1
- Adolescente	- Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Risco de aborto	- Doença obstétr. gravidez atual	1
- Anemia de difícil tratamento, - Cirurgia Bariátrica	- Morbidade	1
- Arritmia, - Diabetes, - Hipertensão arterial	- Morbidade	1
- Baixo Peso	- Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Colo Curto, - Hipertensão arterial	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1
- Colo Curto, - Toxoplasmose	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1
- Depressão	- Caract. pessoais/sociodemogr	2
- Diabetes gestacional	- Doença obstétr. gravidez atual	3
- Diabetes gestacional, - Hipotireoidismo, - Hipertensão arterial	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1
- Diabetes, - Depressão, uso de Sertralina, Rivotril	- Morbidade -Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Diabetes, - Hidrocefalia	- Morbidade - Antecedente obstétrico	1
- Diabetes, - Hipertensão arterial	- Morbidade	8
- Diabetes, - Infecção trato urinário de repetição, - Cardiopatia	- Morbidade	1
- Diabetes, - Micro Acidentes Vasculares Encefálicos	- Morbidade	1
- Diabetes, - Tabagismo	- Morbidade	1
- Epilepsia	- Morbidade	2
- Epilepsia, - Hipertensão arterial, - Sífilis	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Gemelar	- Morbidade	2
- Gemelar, - Malformação congênita	- Caract. pessoais/sociodemogr - Doença obstétr. gravidez atual	1

- Gemelar, - Diabetes, - Hipertensão arterial, - Mioma	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Obesidade, - Gemelar	- Morbidade	1
- Gestação com DIU intra-uterino	- Doença obstétr. gravidez atual	1
- Diabetes, - Hipertensão arterial, - Gemelar	- Morbidade	1
- Diabetes, - Gemelar	- Morbidade	1
- Epilepsia, - Gemelar	- Morbidade	1
- Gestação tardia	- Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Gestação tardia, - Hipertensão arterial, - Diabetes	- Caract. pessoais/sociodemogr - Morbidade	1
- Gestação tardia, - Hipertensão arterial	- Caract. pessoais/sociodemogr - Morbidade	2
- Gemelar, - Risco de aborto	- Doença obstétr. gravidez atual	1
- Hipertensão arterial	- Morbidade	6
- Hipertensão arterial, - Obesidade ou obesidade mórbida	- Morbidade	2
- Hipertensão arterial crônica, - Doença reumática	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Depressão ou Distúrbio Psicológico.	- Caract. pessoais/sociodemogr - Morbidade	2
- Hipertensão arterial, - Doença hipertensiva da gestação	- Morbidade - Doença obstétr. gravidez atual	1
- Hipertensão arterial, - Hipotireoidismo	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Infecção trato urinário de repetição	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Sífilis	- Morbidade	1
- Hipertensão arterial, - Depressão	- Morbidade - Caract. pessoais/sociodemogr	1
- Hipotireoidismo	- Morbidade	1
- Hipotireoidismo, - Anemia	- Morbidade	1
- Hipotireoidismo, - Síndrome de Down	- Morbidade	1
- Infecção urinária, - Hipotireoidismo	- Morbidade	1
- Infecção urinária, - Hipotireoidismo, - Risco de aborto	- Antecedente obstétrico - Morbidade	1
- Leucemia, sangramento anal	- Morbidade	1
- Malformação fetal, Hidrocefalia - HPV	- Antecedente obstétrico - Morbidade	1
- Diabetes gestacional, - Obesidade	- Doença obstétr. gravidez atual	1
- Obesidade, - Hipertensão arterial,	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1

- Diabetes		
- PIG, Gemelar, - Infecção trato urinário de repetição	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1
Problemas ortopédicos	- Morbidade	1
- Refluxo valva mitral, - Hipertensão arterial	- Morbidade	1
- Sífilis, - Hidronefrose materna	- Morbidade	1
- Síndrome de Down	- Antecedente obstétrico	1
- Aborto, - Tabagismo	- Antecedente obstétrico	1
- Risco de aborto, - Hipotireoidismo	- Doença obstétr. gravidez atual - Morbidade	1
- Hipotireoidismo, - Diabetes	- Morbidade	1
<b>Total Geral</b>		<b>80</b>

\* Classificação de risco gestacional de acordo com Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo, 2014): Características pessoais e sociodemográficas; Antecedentes obstétricos; Morbidades; Doença obstétrica na gravidez atual.

# ANEXO VI



**ANEXO VI – DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS DAS GESTANTES PARA AS QUESTÕES DO KIDI POR DIMENSÕES CUIDADOS PARENTAIS (TABELAS 6 E 7), NORMAS E MARCOS (TABELA 8, 9 E 10), PRINCÍPIOS (TABELA 11) E SAÚDE (TABELA 12).**

**Tabela 6:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes aos CUIDADOS PARENTAIS (concordância ou não).

<b>CUIDADOS PARENTAIS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Concordo n (%)</b>	<b>Discordo n (%)</b>	<b>Não estou certo n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
1	20 (25%)	57 (71%)*	3 (4%)	80 (100%)
5	27 (34%)	46 (58%)*	7 (9%)	80 (100%)
9	8 (10%)	68 (85%)*	4 (5%)	80 (100%)
14	62 (78%)*	11 (14%)	7 (9%)	80 (100%)
16	22 (28%)	52 (65%)*	6 (8%)	80 (100%)
19	16 (20%)	59 (74%)*	5 (6%)	80 (100%)
23	38 (48%)*	33 (41%)	9 (11%)	80 (100%)
36	21 (26%)*	47 (59%)	12 (15%)	80 (100%)
44	14 (18%)	59 (74%)*	7 (9%)	80 (100%)
46	8 (10%)	61 (76%)*	11 (14%)	80 (100%)
47	9 (11%)	63 (79%)*	8 (10%)	80 (100%)
48	14 (18%)	56 (70%)*	10 (13%)	80 (100%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

**Tabela 7:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes aos CUIDADOS PARENTAIS (múltipla escolha).

<b>CUIDADOS PARENTAIS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Alternativa “a” n (%)</b>	<b>Alternativa “b” n (%)</b>	<b>Alternativa “c” n (%)</b>	<b>Alternativa “d” n (%)</b>	<b>Alternativa “e” n (%)</b>
69	11(13,75%)	4 (5%)	23 (29%)	38 (48%)*	4(5%)
72	4 (5%)	46 (58%)*	14 (18%)	4 (5%)	12(15%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI



**Tabela 8:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes às NORMAS e MARCOS (concordância ou não).

<b>NORMAS e MARCOS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Concordo n (%)</b>	<b>Discordo n (%)</b>	<b>Não estou certo n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
3	5(6%)	66(86%)*	9(11%)	80 (100%)
7	3(4%)	71(89%)*	6(8%)	80 (100%)
11	10(13%)	55(69%)*	15(19%)	80 (100%)
21	22(28%)	52(65%)*	6(8%)	80 (100%)
25	31(39%)	37(46%)*	12(15%)	80 (100%)
28	8(48%)*	43(41%)	29(11%)	80 (100%)
34	26(33%)*	23(29%)	31(39%)	80 (100%)
38	40(50%)*	10(13%)	30(38%)	80 (100%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

**Tabela 9:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes às NORMAS e MARCOS (concordância ou não, mais jovem, mais velha).

<b>NORMAS e MARCOS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Concordo n (%)</b>	<b>Mais jovem n (%)</b>	<b>Mais velha n (%)</b>	<b>Não estou certo n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
49	33 (41%)*	6 (8%)	21 (26%)	20 (25%)	80 (100%)
50	36 (4%)*	3 (4%)	20 (25%)	21 (26%)	80 (100%)
51	22 (28%)	5 (6%)	36 (45%)*	16 (20%)	80 (100%)
52	57 (71%)*	6 (8%)	6 (8%)	11 (14%)	80 (100%)
53	59 (74%)*	6 (8%)	6 (8%)	9 (11%)	80 (100%)
54	33 (41%)	12 (15%)	16 (20%)*	19 (24%)	80 (100%)
55	11 (14%)	6 (8%)	42 (53%)*	21 (26%)	80 (100%)
56	22 (28%)	6 (8%)	38 (48%)*	13 (16%)	80 (100%)
57	54 (68%)*	3 (4%)	11 (14%)	12 (15%)	80 (100%)
58	35 (44%)	5(6%)	30 (38%)*	10 (13%)	80 (100%)
59	24 (30%)	14 (18%)*	18 (23%)	24 (30%)	80 (100%)
60	45 (56%)*	8(10%)	12 (15%)	15 (19%)	80 (100%)
61	18 (23%)	4 (5%)	39 (49%)*	19 (24%)	80 (100%)
62	50 (63%)	4 (5%)*	12 (15%)	14 (18%)	80 (100%)
63	39(49%)*	10(13%)	9(11%)	22(28%)	80 (100%)
64	38(48%)	8(10%)	19(24%)*	15(19%)	80 (100%)
65	32(40%)*	4(5%)	19(24%)	25(31%)	80 (100%)
66	10(13%	5(6%)	35(44%)*	30(38%)	80 (100%)
67	14(18%)*	6(8%)	33(41%)	27(34%)	80 (100%)
68	22(28%)*	4(5%)	29(36%)	25(31%)	80 (100%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

**Tabela 10:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes às NORMAS e MARCOS (múltipla escolha).

<b>NORMAS e MARCOS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Alternativa “a” n (%)</b>	<b>Alternativa “b” n (%)</b>	<b>Alternativa “c” n (%)</b>	<b>Alternativa “d” n (%)</b>	<b>Alternativa “e” n (%)</b>
70	1(1,25%)	0(0%)	21(26,25%)	40(50%)	18(23%)
71	6(7,50%)	11(14%)	15(19%)	11(14%)	37(46%)
74	15(18,75%)	7(9%)	15(19%)	30(38%)	13(16%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

**Tabela 11:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes aos PRINCÍPIOS (concordância ou não).

<b>PRINCÍPIOS Nº Questão no KIDI</b>	<b>Concordo n (%)</b>	<b>Discordo n (%)</b>	<b>Não estou certo n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
4	40(50%)*	26(35%)	14(18%)	80 (100%)
8	60(75%)*	8(10%)	12(15%)	80 (100%)
12	11(14%)	59(74%)*	10(13%)	80 (100%)
13	19(24%)	55 (69%)*	6(8%)	80 (100%)
17	26 (33%)	45(56%)*	9(11%)	80 (100%)
20	31(39%)	37(46%)*	12(15%)	80 (100%)
22	23(29%)	44 (55%)*	13(16%)	80 (100%)
26	46 (58%)*	20 (25%)	14(18%)	80 (100%)
29	12(15%)	42(53%)*	26(33%)	80 (100%)
30	5(6%)	69(86%)*	6(11%)	80 (100%)
33	11(14%)	41(51%)*	28(36%)	80 (100%)
35	28 (35%)*	27(34%)	25(31%)	80 (100%)
37	39(49%)	29(36%)*	12(15%)	80 (100%)
39	58(73%)	11(14%)*	12(15%)	80 (100%)
41	53(66%)*	12(15%)	15(19%)	80 (100%)
42	33(41%)*	39(49%)	39(49%)	80 (100%)

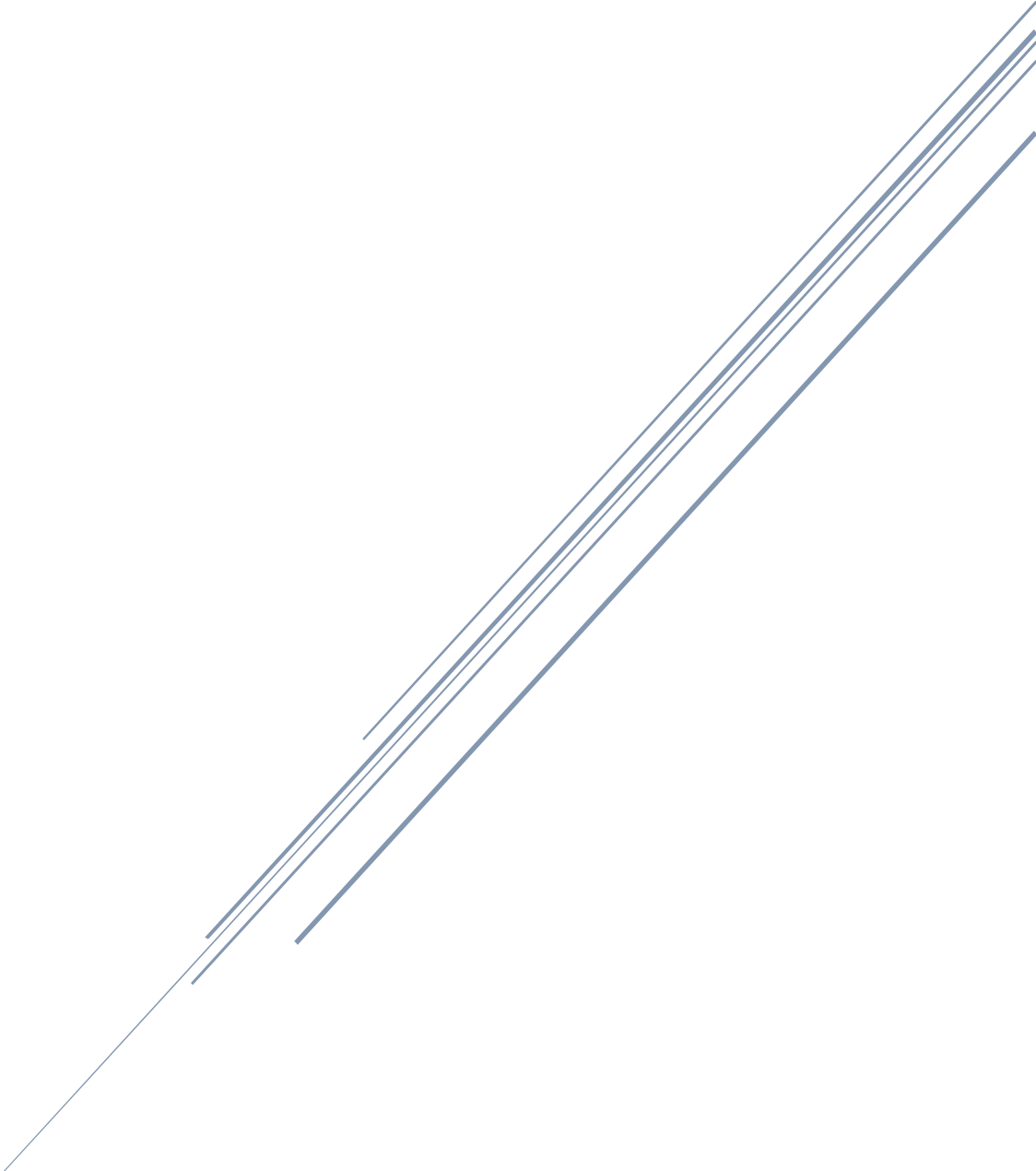
\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

**Tabela 12:** Distribuição de respostas das gestantes para as questões do KIDI referentes a SAÚDE (concordância ou não).

SAÚDE Nº Questão no KIDI	Concordo n (%)	Discordo n (%)	Não estou certo n (%)	Total n (%)
2	67 (84%)*	10(13%)	03(4%)	80 (100%)
10	68(85%)*	7(9%)	05(6%)	80 (100%)
15	11(14%)	63 (79%)*	6(8%)	80 (100%)
18	47 (59%)	22(28%)	11(14%)	80 (100%)
45	52(65%)	18(23%)	10(15%)	80 (100%)

\* Indica resposta correta para cada questão do KIDI

# ANEXO VII



Para: Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Metodista de Piracicaba

A/C: Profa. Dra. Daniela F. Berteli Merino

De: Maria Aparecida de Lima Luciano

Ref: Adendo ao Projeto de pesquisa CAAE: 66991517.8.0000.5507 / Parecer 2037701  
“Impacto da gestação tardia no desempenho motor e nas oportunidades para o desenvolvimento motor no 1º ano de vida”

Prezada Profa. Daniela,

O projeto em pauta sofreu modificações que se mostraram necessárias para abranger outras gestantes de alto risco, além das gestantes tardias, assistidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara D’Oeste – SP e incluir a avaliação do conhecimento que essas gestantes têm sobre o desenvolvimento infantil.

Desta forma, solicito alteração no título do projeto e inclusão de objetivo específico.

**Título atualizado:** “GESTANTES DE ALTO RISCO: CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL, DESEMPENHO MOTOR E OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR NO 1º ANO DE VIDA”

**Objetivo específico:** Avaliar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil de gestantes de alto risco.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Att. Maria Aparecida de Lima Luciano

Piracicaba, 05 de novembro de 2018.

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Impacto da gestação tardia no desempenho motor, nas oportunidades para o desenvolvimento motor e nas práticas maternas no 1º ano de vida

**Pesquisador:** Maria Aparecida de Lima Luciano

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66991517.8.0000.5507

**Instituição Proponente:** INSTITUTO EDUCACIONAL PIRACICABANO DA IGREJA METODISTA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.229.105

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto foi adequadamente apresentado e aprovado por este Comitê em 28 de abril de 2017, sob número de parecer 2.037.701.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos da pesquisa foram adequadamente apresentados (conforme parecer anterior, nº 2.037.701).

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios aos sujeitos foram adequadamente apresentados (conforme parecer anterior, nº 2.037.701).

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Destacam-se a relevância e as contribuições da pesquisa. As bases teóricas, a metodologia e a coleta de dados estavam adequadas à proposta (conforme parecer anterior, nº 2.037.701).

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estavam de acordo com a resolução 466/12 (conforme parecer anterior, nº 2.037.701).

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa/UNIMEP, frente a justificativa apresentada pela pesquisadora, e considerando que estes ajustes foram necessários e não impactaram na segurança dos voluntários

**Endereço:** Rodovia do Açúcar, Km 156

**Bairro:** Taquaral

**CEP:** 13.400-911

**UF:** SP

**Município:** PIRACICABA

**Telefone:** (19)3124-1513

**Fax:** (19)3124-1515

**E-mail:** comitedeetica@unimep.br

Continuação do Parecer: 3.229.105

da pesquisa, **aprova as solicitações requeridas (alteração do título do projeto e inclusão de objetivo específico)**. Contudo, ressalta-se que estas modificações no projeto deveriam ser apresentadas ao Comitê de Ética antes da coleta de dados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1311154_E1.pdf	09/03/2019 00:57:07		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ADENDO.pdf	09/03/2019 00:43:11	Maria Aparecida de Lima Luciano	Aceito
Folha de Rosto	documentop.pdf	08/04/2017 21:49:18	Maria Aparecida de Lima Luciano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjPlatafBRASIL.docx	07/04/2017 17:47:54	Maria Aparecida de Lima Luciano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_07Abril2017_PlataformaBRASIL.docx	07/04/2017 17:46:53	Maria Aparecida de Lima Luciano	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PIRACICABA, 28 de Março de 2019

Assinado por:

**Daniela Faleiros Bertelli Merino**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rodovia do Açúcar, Km 156

**Bairro:** Taquaral

**CEP:** 13.400-911

**UF:** SP

**Município:** PIRACICABA

**Telefone:** (19)3124-1513

**Fax:** (19)3124-1515

**E-mail:** comitedeetica@unimep.br