



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAÍS CAROLINA DA SILVA

**PARENTALIDADE DE MÃES ADOLESCENTES DE CRIANÇAS NA
PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTUDO QUALITATIVO**

RECIFE
2024

LAÍS CAROLINA DA SILVA

**PARENTALIDADE DE MÃES ADOLESCENTES DE CRIANÇAS NA
PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus

Coorientadora: Profª Drª. Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula

RECIFE

2024

Aprovada em 22 de fevereiro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dra. Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula (Coorientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Fernanda Machado Silva Rodrigues

Dra. Lais Helena de Souza Soares Lima

Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima

Universidade Federal de Pernambuco

Silva, Laís Carolina.

Parentalidade de mães adolescentes de crianças na primeiríssima infância: estudo qualitativo / Lais Carolina da Silva. - Recife, 2024.

134f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

Orientação: Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus.

Coorientação: Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Poder familiar; 2. Gravidez na adolescência; 3. Mães adolescentes; 4. Cuidado Pré-Natal; 5. Cuidado da criança. I. Marinus, Maria Wanderleya Lavor Coriolano. II. Paula, Weslla Karla Albuquerque Silva de. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Dedico este estudo a todas as mães adolescentes que vivenciam diariamente as belezas e os desafios do maternar precoce.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, **Irinete**, que mesmo diante das dificuldades sempre fez o possível e o impossível para que eu chegassem até aqui. Que sempre me ajudou e me encorajou em todas as escolhas difíceis e vibrou por mim diante das conquistas. Tudo que sou hoje vem de você mãe. Palavras não são suficientes para expressar minha gratidão e o meu amor. Obrigada por ser tudo que eu preciso.

Ao meu pai, **José Carlos**, que sempre fez questão de fornecer a base para os meus estudos. Obrigada por todas as vezes que me incentivou nessa jornada e me deu apoio para assistir todas as aulas. Sou grata por todo amor e zelo.

Ao meu companheiro, **Alisson**, por todo cuidado, carinho e atenção, por ser minha fortaleza e por compreender as minhas ausências. Por toda a ajuda que me deu no processo desta pesquisa. Você me faz acreditar que tudo é possível. Obrigada por ser quem és na minha vida.

Ao meu amigo **Júlio César**, que é inspiração para mim nessa vida acadêmica desde o início da faculdade, sempre disposto a ajudar e compartilhar seus conhecimentos.

As minhas **colegas do mestrado**, as quais compartilharam comigo tantos anseios e dificuldades. Com a ajuda de vocês essa trajetória se tornou mais fácil.

Aos meus **professores da graduação de enfermagem (ASCES UNITA)**, por terem sido meus maiores exemplos de profissionais, por me tornarem uma profissional que enxerga além. Por todo o incentivo dado ao longo de todos esses anos, mesmo depois da formação acadêmica. Vocês são essenciais.

A minha querida orientadora, **Profa. Dra. Maria Wanderleya**, por todos os ensinamentos, por sua atenção, colaboração, entendimento e acolhimento. Sou muito feliz por ter sido sua orientanda e por todo aprendizado que me proporcionou.

A minha coorientadora, **Profa. Dra. Weslla Karla**, a qual compartilha seus conhecimentos sobre pesquisas desde a graduação, obrigada por todas as orientações.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPE**, pela organização e compromisso, e a todos os docentes, os quais compartilharam seus conhecimentos e contribuíram de alguma forma para a minha formação acadêmica.

A todas as **enfermeiras e agentes comunitárias de saúde** da Atenção Primária da minha querida cidade, Bonito, que me auxiliaram e me apoiaram no árduo processo de coleta dos dados.

As **mães adolescentes** que aceitaram contribuir com esta pesquisa, que abriram seus corações e até suas residências para compartilhar comigo suas vivências e experiências nessa jornada da maternidade. Vocês são muito guerreiras.

Por fim, agradeço **a todos** que contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista. É com imensa satisfação que apresento aqui os resultados da minha trajetória durante o mestrado.

Gratidão!

Se mudarmos
o início
da história,
mudamos
toda a
história.

(Raffi Cavoukian)

RESUMO

A adolescência é considerada como período de transição entre a infância e a fase adulta. Nesta fase, ocorre a maturação biológica, psicológica e social dos indivíduos. A gravidez na adolescência é uma questão de saúde pública e social em países em desenvolvimento, haja vista a sobrecarga psicológica, social e econômica. A maternidade nessa faixa etária pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida materna, uma vez que se associa à evasão escolar e ao desemprego. O estresse gerado pode influenciar na parentalidade, atividade voltada para cuidado, educação e desenvolvimento das crianças. As ações voltadas à parentalidade beneficiam de forma direta o desenvolvimento das crianças e devem ser apoiadas pelos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde da criança. A primeiríssima infância abrange o período da gestação aos três primeiros anos de vida. Este período corresponde como o mais relevante entre os períodos sensíveis do desenvolvimento cerebral e pode ser influenciado pelas ações parentais. O objetivo da pesquisa foi compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança na primeiríssima infância. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de método qualitativo. A coleta de dados foi realizada em Unidades de Saúde da Família situadas na zona urbana e rural do Município de Bonito, localizado no interior do Estado de Pernambuco. Participaram da pesquisa 41 mães adolescentes com idade entre 14 e 19 anos de idade e com filhos de zero a três anos. A definição da amostragem foi pelo critério de saturação. Para a produção dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado e um formulário de caracterização das participantes. Os resultados foram descritos de acordo com as categorias temáticas dispostas

na estrutura conceitual da Estratégia *Nurturing Care*, nos eixos: Boa saúde, Nutrição Satisfatória, Cuidados Responsivos, Aprendizagem Precoce, Proteção e segurança. Na categoria Boa saúde destacaram-se os cuidados maternos para promover saúde, planejamento familiar, experiência da gravidez e parto, rede de apoio materna e ações comportamentais e de desenvolvimento da criança. Na categoria Nutrição Satisfatória, destacam-se as práticas de alimentação das crianças e o aleitamento materno. Na categoria Cuidados Responsivos percebeu-se as relações no dia a dia de cuidado e práticas parentais positivas entre as mães e os filhos. Na categoria Aprendizagem Precoce foram identificadas oportunidades de aprendizagem das crianças através da influência materna por meio de ações que estimulam o desenvolvimento. Na categoria Proteção e Segurança contemplou-se as atividades familiares de lazer, práticas parentais negativas e a segurança no ambiente familiar. Conclui-se a partir dos achados que as mães adolescentes adotavam práticas parentais positivas, com o uso de brincadeiras, diálogo como principal aliado ao aprendizado e atividades de lazer fora do domicílio. Foram evidenciadas práticas negativas que envolviam ações corretivas com uso de gritos, castigos e palmadas, como também sentimentos de exaustão devido aos cuidados com a criança, muitas vezes advindos de uma maternidade solo ou sem rede de apoio. Outras dificuldades observadas estavam relacionadas às mudanças inerentes ao maternar, onde surgiram sentimentos de não reconhecimento de si como a mesma pessoa de antes da gestação.

Descritores: Poder Familiar; Gravidez na Adolescência; Mães adolescentes; Cuidado Pré-Natal; Cuidado da Criança.

ABSTRACT

Adolescence is considered a transitional period between childhood and adulthood. During this phase, individuals mature biologically, psychologically and socially. Teenage pregnancy is a public health and social issue in developing countries, given the psychological, social and economic burden. Motherhood in this age group can have a negative impact on maternal quality of life, as it is associated with school dropout and unemployment. The stress generated can influence parenting, an activity aimed at the care, education and development of children. Actions aimed at parenting directly benefit children's development and should be supported by nurses in the context of promoting children's health. Early childhood covers the period from pregnancy to the first three years of life. This period is the most important among the sensitive periods of brain development and can be influenced by parental actions. The aim of the research was to understand the parenting of teenage mothers in childcare in early childhood. This is a descriptive, exploratory study using a qualitative method. Data was collected in Family Health Units located in the urban and rural areas of the municipality of Bonito, located in the interior of the state of Pernambuco. Forty-one teenage mothers aged between 14 and 19 with children aged between zero and three took part in the study. Sampling was defined according to the saturation criterion. A semi-structured interview script and a participant characterization form were used to produce the data. The results were described according to the thematic categories set out in the conceptual framework of the Nurturing Care Strategy, in the axes: Good Health, Satisfactory Nutrition, Responsive Care, Early Learning, Protection and Safety. The Good Health category highlighted maternal care to promote health, family planning, the experience of pregnancy and childbirth, the maternal support network and the child's behavioral and developmental actions. In the Satisfactory Nutrition category, child feeding practices and breastfeeding stand out. The Responsive Care category identified day-to-day care relationships and positive parenting practices between mothers and their children. The Early Learning category identified opportunities for children to learn through maternal influence through actions that stimulate development. The

Protection and Safety category included family leisure activities, negative parenting practices and safety in the family environment. It can be concluded from the findings that adolescent mothers adopted positive parenting practices, with the use of play, dialog as the main ally for learning and leisure activities outside the home. There was evidence of negative practices involving corrective actions such as shouting, punishment and spanking, as well as feelings of exhaustion due to caring for the child, often stemming from solo motherhood or without a support network. Other difficulties observed were related to the changes inherent in motherhood, where feelings of not recognizing oneself as the same person as before pregnancy emerged.

Descriptors: Parenting; Pregnancy in Adolescence; Adolescent Mothers; Prenatal Care; Child Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Eixos da estratégia <i>Nurturing Care</i> (OMS,2018).....	23
Figura 2 : Ambientes facilitadores para o cuidado responsivo (OMS, 2018).....	24
Figura 3 : Modelo universal progressivo (OMS, 2018).....	25
Figura 4 - Percentual de Cobertura de Equipe Saúde da Família na população total do Município (2010- 2020).....	27
Figura 5 - Evolução - Percentual de partos de Mães adolescentes (até 19 anos) (2000 - 2019).....	28
Figura 6 - Categorias, temas e subtemas da Categoria Boa Saúde a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito, 2023.....	38
Figura 7 - Categorias, temas e subtemas da Categoria Nutrição Adequada a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito, 2023.....	49
Figura 8 - Categorias, temas e subtemas da Categoria Cuidados Responsivos a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito, 2023.....	56

Figura 9 - Categorias, temas e subtemas da Categoria Aprendizagem Precoce a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito, 2023.....	58
Figura 10 - Categorias, temas e subtemas da Categoria Boa Saúde a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito, 2023.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mães adolescentes. Bonito-PE, Brasil, 2023.....	33
Tabela 2 - Caracterização obstétrica e utilização dos serviços de saúde. Bonito-PE, Brasil, 2023.....	35
Tabela 3 Caracterização dos filhos de zero a três anos de idade das mães adolescentes entrevistadas. Bonito-PE, Brasil, 2023.	
2023.....	36

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CC	Caderneta da Criança
AM	Aleitamento Materno
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAISC	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PS	Profissionais de Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.2 Objetivo Geral.....	19
2.3 Objetivos Específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
4.1 Tipo de Estudo.....	27
4.2 Cenário do Estudo.....	27
4.3 População e amostra do estudo.....	29
4.4 Critérios de Inclusão.....	29
4.5 Critérios de Exclusão.....	29
4.6 Etapas do Estudo.....	29
4.7 Análise de Dados.....	31

5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	32
6 RESULTADOS.....	33
6.1 Caracterização das Entrevistadas.....	33
6.2 Caracterização dos filhos das mães adolescentes.....	35
6.3 Caracterização dos dados qualitativos.....	37
6.3.1 Categoria 1 - Boa Saúde.....	37
6.3.2 Categoria 2 - Nutrição Adequada.....	49
6.3.3 Categoria 3 - Cuidados Responsivos.....	55
6.3.4 Categoria 4 - Aprendizagem Precoce.....	58
6.3.4 Categoria 5 - Proteção e Segurança.....	61
7 DISCUSSÃO.....	67
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE A.....	85
APÊNDICE B.....	87
APÊNDICE C.....	90
APÊNDICE D.....	92
APÊNDICE E.....	93
APÊNDICE F.....	95
APÊNDICE G.....	107
ANEXO 1.....	129

1 INTRODUÇÃO

O período de transição entre a infância e a fase adulta é denominado adolescência, no qual ocorre a maturação biológica, psicológica e social dos indivíduos, além de ser uma fase considerada de conflito ou de crise. É, além de tudo, uma época de descobertas, onde se busca autonomia nas próprias decisões, emoções e ações (Lima et al., 2017). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é o período entre 12 e 18 anos de idade; já o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) definem como o período entre 10 e 19 anos completos (Brasil, 1990).

A gravidez na adolescência é considerada uma questão de saúde pública e social em países em desenvolvimento. No Brasil, a taxa de fecundidade entre meninas de 15 a 19 anos é de 53 para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto a taxa mundial é de 41 para cada 1.000 nascidos vivos (ONU, 2020).

O exercício da maternidade na adolescência traz consigo uma sobrecarga psicológica, social e econômica. A maternidade nessa faixa etária pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida materna, uma vez que se associa à evasão escolar e ao desemprego (Hartmann; Sassi; Cesar, 2017). Esse estresse gerado pelo ambiente pode influenciar na qualidade da parentalidade, o que pode causar impactos negativos para o desenvolvimento da criança (Kumar; Huang, 2021).

O termo parentalidade é descrito como um conjunto de atividades que visam promover a sobrevivência e desenvolvimento pleno das crianças, executadas pelos adultos de referência. Estes são responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites e fortalecer a autonomia. Fatores socioeconômicos e psicológicos dos pais, assim como a qualidade e quantidade do estímulo e a interação que eles propiciam nesse contexto, podem se relacionar positiva ou negativamente com o desenvolvimento da criança (Cruz, 2017).

A parentalidade tem fortes conotações instrumentais e contribui de forma central para o curso e resultado do desenvolvimento e ajustamento da criança, ajudando a regular as interações entre a criança e o ambiente. As vivências práticas das mães estão diretamente relacionadas com as oportunidades que as elas oferecem aos filhos, proporcionando a eles aquisição de novas habilidades e vivência de novas experiências, contribuindo de maneira importante para o curso e resultado do desenvolvimento (Bornsteins, 2015).

No Brasil, políticas públicas vêm sendo desenvolvidas para garantir uma saúde de qualidade, redução nas taxas de mortalidade e promoção do desenvolvimento infantil. Uma delas é o Marco Legal da Primeira Infância, que propõe medidas e ações que assegurem direitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de crianças do zero até os seis anos completos (Brasil, 2018). Neste intervalo considerado como a primeira infância cabe destacar a primeiríssima infância, que por sua vez, diz respeito ao período que abrange da gestação aos três primeiros anos de vida de uma pessoa; este período em questão corresponde como o mais relevante entre os períodos sensíveis do desenvolvimento cerebral (Marino, 2013).

A primeiríssima infância é onde se tem uma maior sensibilidade e responsividade a estímulos que favoreçam o crescimento e desenvolvimento de forma integral (Nores; Fernandez, 2018; Beltre; Mendes, 2021). Um ambiente estimulante, com cuidados infantis adequados e comportamentos parentais positivos que envolvam brincadeiras, atividades lúdicas e materiais de aprendizagem, é de suma importância para que a criança atinja suas potencialidades dentro deste período. Estas ações devem ser incentivadas pelos serviços de saúde (Frosch; Schoppe-Sullivan; O'banion, 2019; Shah et al., 2019).

O contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) abrange serviços voltados para a saúde da família, incluindo ações voltadas para gestantes, mães e crianças, na perspectiva de promoção da saúde, com estratégias incluindo o pré-natal (Ministério da Saúde, 2012), acompanhamento do crescimento, imunização, vigilância nutricional, promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade (Finkler et al., 2016).

Com a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para os serviços de saúde, o enfermeiro tem posição estratégica no acompanhamento das famílias em seus diferentes ciclos de vida e grande amplitude de acesso (Reticena *et al.*, 2019). Dispondo ainda de ferramentas teórico-práticas, bem como taxonomias para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que abordam questões de parentalidade e possibilitam a realização de cuidados acurados acerca das relações estabelecidas entre mães/pais e seus filhos (CIPE, 2017).

Estas ações devem apoiar o cuidado integral à criança quanto às relações de vínculo, além de aspectos que envolvem a promoção da saúde e prevenção de doenças, os quais contribuem para uma melhor qualidade de vida e crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2018; Araújo et al., 2021). O contexto de inserção, o espaço e o tempo privilegiam o

diagnóstico das necessidades da criança e família, permitindo o planejamento de intervenções preditoras de resultados positivos (CIPE, 2017).

A atuação do enfermeiro na assistência pré-natal tem como principal objetivo o acolhimento desde o início da gestação, assegurando que ao fim, ocorra um nascimento de uma criança saudável e garantindo o bem-estar materno-fetal. Após o período gestacional, o enfermeiro dá continuidade à assistência infantil mediante as consultas de puericultura, que são uma ferramenta que viabilizam o conhecimento do contexto familiar em que ela está inserida, sendo essencial para a promoção da parentalidade positiva e do desenvolvimento infantil (Aparecida et al, 2018).

As ações voltadas à parentalidade beneficiam de forma direta o desenvolvimento das crianças, haja vista benefícios cognitivos e emocionais para a criança. O elo entre mães e filhos aumenta as condições de aprendizagem, memória, atenção e as funções executivas, e baseia-se no vínculo precoce, iniciado no contato da amamentação, no carinho, proteção e conforto oferecido ao bebê (Britto et al, 2017).

A perspectiva de cuidado integral às crianças por meio de ações voltadas ao vínculo mãe-bebê é apoiada por iniciativas globais, como o *Nurturing Care*, lançado pela OMS em 2018, como um conjunto de ações globais direcionadas aos cuidados responsivos com as crianças na primeira infância, onde destaca o desenvolvimento infantil como um aspecto social e político para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No centro dos ODS, a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030) prevê um mundo em que todas as mulheres, crianças e adolescentes usufruam de seu direito à saúde física e mental e ao bem-estar, tenham oportunidades sociais e econômicas (WHO, 2018).

A estratégia é tida como um modelo voltado a fortalecer as competências parentais a partir de uma visão bioecológica e intersetorial entre família, saúde, educação, políticas públicas e ambientes comunitários. Recomenda-se os cuidados responsivos para o desenvolvimento infantil na primeiríssima infância, a partir de Políticas Públicas integradas que tenham como foco principal, a melhoria das competências dos cuidadores, a partir de múltiplas fontes de apoio social (Britto et al, 2017).

Um ambiente ideal durante a gravidez e os três primeiros anos promove o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo, enquanto um ambiente adverso

prejudica o desenvolvimento a curto prazo e a longo prazo. O papel dos profissionais de saúde (PS) em conjunto com outros setores aliados à Estratégia *Nurturing Care*, deverá ser propositivo nos eixos de boa saúde, nutrição adequada, responsividade dos cuidadores, segurança/proteção e oportunidades de aprendizagem precoce para a criança (WHO, 2018).

As ameaças ao desenvolvimento da criança podem ocorrer durante a gravidez, o parto, o período neonatal, a lactânci a e a fase pré-escolar. A parentalidade tem enfocado as demandas relacionadas aos sentimentos, conhecimentos e habilidades. Diante deste cenário, este estudo é apoiado pela seguinte questão de pesquisa: Qual a perspectiva de mães adolescentes sobre o desenvolvimento da parentalidade nos cuidados à criança na primeiríssima infância?

O presente estudo visa preencher a lacuna sobre especificidades da parentalidade de mães adolescentes, o que pode contribuir para intervenções oportunas dentro da APS, especialmente nas consultas de puericultura e visitas domiciliares, baseadas na perspectiva da educação em saúde crítica e participativa, considerando as necessidades específicas da parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança a partir do cuidado integral, atentando para as necessidades subjetivas, individuais, familiares e sociais do público-alvo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança na primeiríssima infância.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever conhecimentos e habilidades das mães adolescentes sobre cuidados com saúde, nutrição, relações responsivas, aprendizagem e segurança das crianças;
- Apreender sentimentos das mães adolescentes sobre as relações afetivas com seus filhos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Maternidade na adolescência, parentalidade e desenvolvimento infantil

A maternidade na adolescência pode ser considerada um desafio, devido às mudanças psicológicas, sociais e econômicas que ocorrem neste período, permeadas por conflitos como insegurança, não aceitação por parte das famílias, abandono pelos parceiros e afastamento dos grupos de convivência (Braga, *et al.*, 2014).

Cerca de 16 milhões de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos e 1 milhão com menos de 15 anos, dão à luz todos os anos, sendo em sua maioria, em países de baixa e média renda. As crianças nascidas destas mães possuem um risco 50% maior de mortalidade nas primeiras semanas de vida, em relação a filhos de mulheres de 20 a 29 anos. Além de maior incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer quando as gestações não são planejadas (WHO, 2018).

Mães adolescentes, quando comparadas às adultas, apresentam maior incidência de transtornos psiquiátricos como depressão pós-parto, síndrome de estresse pós-traumático, abuso de substâncias e transtornos de personalidade (Hodgkinson *et al.*, 2014). Também representam um grupo de maior risco para maus-tratos e negligência infantil e parentalidade inconsistente do que as mães adultas. Esse estresse gerado pelo ambiente pode influenciar na qualidade da parentalidade para com seus filhos e impactos negativos para o desenvolvimento da criança (Dahmen, *et al* 2013).

O cuidado parental durante a infância é capaz de afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento e a vida da criança, práticas parentais, quando empregadas de forma positiva, promovem o desenvolvimento da autoestima, da autoconfiança e de relações sociais nas crianças. A parentalidade positiva é fundamental nos primeiros anos de vida, pois é neste período que o cérebro humano possui um elevado potencial de aprendizagem (Daelmans, *et al.*, 2017). Da mesma forma, a exposição a ambientes tóxicos tem mostrado efeitos negativos sobre o cérebro, o que pode comprometer o desenvolvimento e o bem-estar infantil (Callejas, Byrne, Rodrigo, 2021).

O apoio parental por meio de cuidados responsivos e de criação é extremamente importante para oportunizar estímulos entre pais e filhos, resultando em benefícios cognitivos e emocionais para a criança, como o aumento das condições de aprendizagem, memória e

afeto, e se dá através do vínculo afetivo precoce, que se inicia no processo de amamentação e cuidados nos primeiros meses de vida (Britto *et al*, 2017).

A exposição à violência no ambiente doméstico e outras experiências adversas na infância, pode ser prejudicial para o desenvolvimento e está relacionada a consequências negativas ao longo da vida, incluindo problemas comportamentais e emocionais, bem como a diminuição da expectativa de vida. Embora a atenção ao desenvolvimento na primeira infância tenha aumentado, mais de 40% das crianças com menos de 5 anos de idade nos países de baixa e média renda não atingem seu potencial de desenvolvimento (Leckman, Britto, 2018).

O desenvolvimento infantil consiste na relação entre a criança e o ambiente, resultando no desenvolvimento de habilidades que envolvem os domínios sensorial, motor, cognitivo, de linguagem e socioemocional (Daelmans, *et al.*, 2015). No Brasil, a maioria das crianças de zero até três anos de idade é cuidada principalmente em casa, pelos familiares, com a ajuda de sua rede social, da família e/ou de instituições, como creches (Barroso, Machado, 2010).

A interação entre mãe e filho é a forma mais importante para a promoção do desenvolvimento da criança. Por este motivo, se destaca a importância do papel da parentalidade e de intervenções parentais neste processo, tornando relevante a compreensão do papel e das ações que os pais desempenham no cuidado às crianças, como alimentação, proteção, segurança, comunicação e afeto (Zhang, 2021; Bornstein, 2016; Reticena, 2019).

Apoiar as famílias nos cuidados com seus filhos pode ser uma intervenção capaz de contribuir para a existência de crianças mais saudáveis, para um ambiente seguro e oportuno ao desenvolvimento, para o sentimento de pertencimento a um grupo familiar e para a construção de valores sociais que fundamentam a formação de cidadãos, e isso requer o fornecimento de estímulos, boas relações afetivas e interações positivas entre pais e filhos (Reticena, 2019).

A promoção da aprendizagem de competências parentais com a finalidade de garantir o pleno desenvolvimento da criança deve ser apoiada por todos os setores, incluindo os serviços de saúde. Os serviços da APS podem ser o cenário ideal para implantação de práticas de cuidado voltadas para o desenvolvimento da parentalidade positiva, principalmente devido à sua facilidade de acesso e ao contato direto com as famílias (Callejas, Byrne, Rodrigo, 2021). Existem fortes evidências de que intervenções voltadas para o desenvolvimento das

competências parentais na APS trazem resultados positivos para a criança e para os pais (Smith *et al.*, 2020).

O enfermeiro é um profissional que independente do seu local de atuação, tem papel fundamental no desenvolvimento das competências maternas e familiares, a partir da realização de atividades de educação em saúde, o mesmo deve apoiar e utilizar ferramentas educativas para promoção do exercício da parentalidade e estímulo ao desenvolvimento infantil, de modo que aprendam e escolham prestar um cuidado seguro e estimulante para o desenvolvimento de seus filhos (Brasil, 2018).

Dentro deste cenário, as Políticas Públicas são essenciais para subsidiar essas ações de apoio ao desenvolvimento na primeira infância, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que objetiva a vigilância e estímulo do pleno desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2018) e o Marco legal da primeira Infância, que estabelece diretrizes para formulação de políticas públicas para primeira infância, principalmente voltada aos primeiros anos de vida (Brasil, 2016).

Em virtude disso, diante do cenário mundial, a OMS lança a *Framework Nurturing Care*, com o intuito de apoiar os ODS e promover o desenvolvimento pleno das crianças a partir de intervenções combinadas de apoio aos cuidadores e famílias (OMS, 2018).

3.2 Estratégia *Nurturing Care*

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável fornecem um plano abrangente para alcançar um futuro melhor e mais sustentável para todos. Este plano envolve várias temáticas, entre elas a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2016-30. Esta estratégia engloba metas relacionadas aos direitos à saúde e ao bem-estar físico e mental de mulheres, crianças e adolescentes, como também disponibilizar as condições para que as crianças sobrevivam e prosperem para transformar sua saúde e seu potencial humano (Cf. O.D.D.S., 2015; OMS, 2019).

A *Framework Nurturing Care*, foi criada pela OMS com o intuito de apoiar os países de baixa e média renda em relação aos cuidados responsivos de forma integral para o desenvolvimento da primeira infância. Iniciativas globais como esta, destacam a relevância dos profissionais de saúde em apoiarem as competências parentais dos cuidadores, na perspectiva de desenvolvimento global da criança (OMS, 2018).

A Estratégia resume as evidências sobre o motivo pelos quais os cuidados de criação são essenciais para crianças pequenas e o que os cuidadores precisam para fornecê-los. Concentra-se especificamente no período da concepção ao 3º ano de vida, pois é nessa época

que o desenvolvimento cerebral é extremamente sensível a influências externas; no entanto, esse também é o período que geralmente recebe menos atenção quando os investimentos são feitos para o desenvolvimento da primeira infância (OMS, 2018).

As crianças precisam de cuidados integrais para atingir todo o seu potencial. A Estratégia *Nurturing Care* fundamenta-se em condições propícias para o desenvolvimento infantil através de cinco eixos que estão inter-relacionados, sendo eles a promoção de uma boa saúde, nutrição, segurança e proteção, bem como oportunidades de aprendizagem precoce para a criança pequena, e é sustentado por cuidados responsivos em todos esses domínios, como dispostos na Figura 1 (OMS, 2018).

Figura 1: Eixos da estratégia *Nurturing Care*.



Fonte: OMS,2018.

Eixo 1 - Boa saúde: Essas ações dependem do bem estar físico e mental dos cuidadores para que possam exercer o cuidado parental para com seus filhos, atendendo as necessidades diárias dos mesmos de forma afetuosa e apropriada. Este eixo envolve também o acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade que incluem promoção e prevenção, bem como tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Eixo 2 - Nutrição adequada: Promoção de uma alimentação e suplementação adequadas, que vão do momento da gravidez à vida inteira. A falta de uma nutrição adequada pode acarretar consequências negativas para o desenvolvimento e a carência de nutrientes.

Eixo 3 - Cuidados responsivos: Correspondem às interações entre cuidadores e crianças através das respostas a sons, gestos e movimentos das crianças. Ações estas que permitem o fortalecimento do vínculo afetivo familiar.

Eixo 4 - Aprendizagem precoce: Decorrente do estímulo à aprendizagem através das atividades diárias e de ações que correspondam a esse quesito, promovendo o desenvolvimento físico, social e emocional da criança.

Eixo 5 - Proteção e Segurança: Proteção da criança a riscos existentes no ambiente familiar, sendo estes decorrentes de acidentes domésticos ou violência domiciliar. Garantir a proteção das crianças é definitivo para um bom processo de desenvolvimento físico e emocional saudáveis.

As intervenções parentais são importantes para diminuição do estresse e encorajamento emocional, auxiliando nos aspectos cognitivos, na prevenção de maus tratos, no apoio a dificuldade no desenvolvimento e consequentemente promovem o desenvolvimento e fortalecem a relação entre pais e filhos (OMS, 2018; Daelmans, 2021).

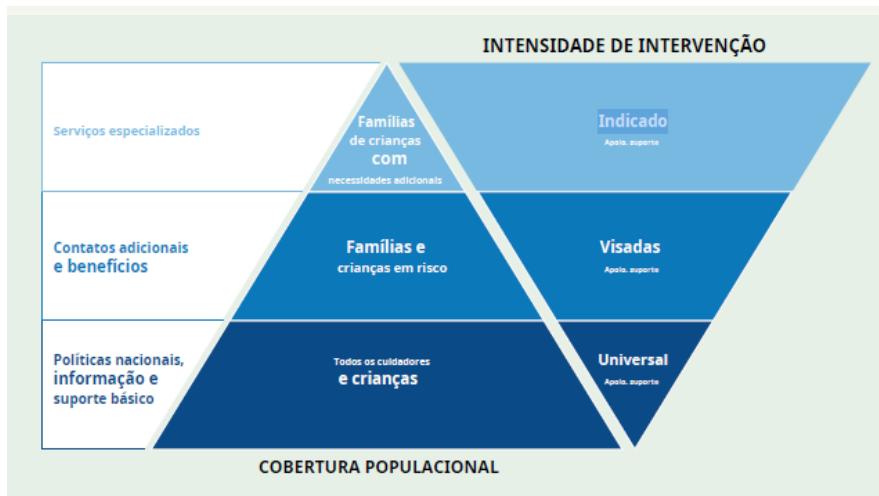
Com o objetivo de beneficiar todas as famílias, cuidadores e crianças, existem três conceitos essenciais para orientar o planejamento: Cuidado holístico, onde é representado pela natureza indivisível dos cinco componentes do cuidado de criação e suas intervenções (Figura 1); Ações em diversos níveis, que são representadas pela estrutura ecológica, englobando políticas, serviços, comunidades empoderadas e capacidades familiares (Figura 2); e o modelo progressivo universal, com intuito de fornecer serviços que atendam às necessidades de todas as crianças e suas famílias, abordando as desigualdades, apoando famílias e crianças em risco, que tenham dificuldades ou deficiências de desenvolvimento ou estão expostas a múltiplas privações (Figura 3) (OMS, 2018; Daelmans, 2021).

Figura 2: Ambientes facilitadores para o cuidado responsável.



Fonte: OMS, 2018.

Figura 3: Modelo universal progressivo.



Fonte: OMS, 2018.

O objetivo das intervenções universais engloba um suporte para o cuidado de todos, por meio da promoção da saúde e da prevenção primária, tentando tornar os problemas menos prováveis. Já as ações visadas/direcionadas se concentram em indivíduos ou comunidades que estão em risco e o suporte indicado é para famílias ou crianças que têm necessidades adicionais, incluindo crianças sem cuidadores, ou com mães deprimidas ou lares violentos (OMS, 2018; Dalemans, 2021).

Para capacitar as famílias a fornecer cuidados de criação, elas precisam de uma combinação de políticas, serviços e conscientização pública. Os investimentos informados por evidências devem criar ambientes propícios, sistemas de monitoramento fortes e

mecanismos de responsabilização (OMS, 2019). Em linha com essas melhores práticas, este Framework propõe cinco ações estratégicas:

1. Liderar e investir: Através de serviços para melhoria do desenvolvimento integral das crianças, que envolvam financiamento para sistemas, força de trabalho e infraestrutura.
2. Foco nas famílias e na comunidade: Compreendendo a comunidade e família como centro do cuidado, causando um impacto duradouro no desenvolvimento da primeira infância, por meio de compromisso político, políticas e investimentos.
3. Fortalecimento dos serviços: Fortalecimento dos serviços voltados para os cuidados de criação, atualização dos sistemas de informação e criação de ambientes de apoio.
4. Monitorização do progresso: Monitoramento de contextos e desenvolvimento de abordagens que sejam eficazes nos cuidados de criação.
5. Inovação e uso de dados: Desenvolvimento de pesquisas geradoras de evidências e apoio ao desenvolvimento infantil (OMS, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de método qualitativo. As pesquisas exploratórias têm o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema estudado (Gil, 2017). Quanto às pesquisas descritivas, estas destinam-se ao estudo das características, frequência e distribuição de eventos em uma determinada população. E ambas são comumente utilizadas por pesquisadores sociais, pela preocupação com a atuação prática (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

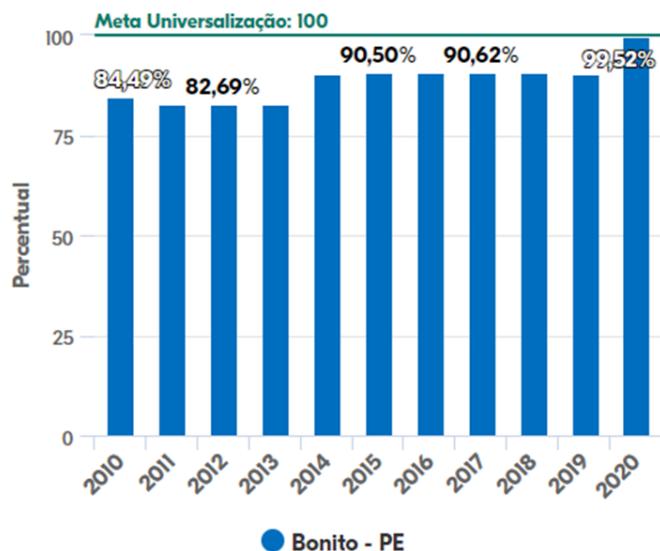
Segundo Minayo (2016), a abordagem qualitativa é utilizada para a obtenção de dados subjetivos relacionados ao universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Portanto, o desenho do estudo foi escolhido pela capacidade de elucidação das percepções e situações cotidianas que envolvem as experiências de mães adolescentes acerca da parentalidade. Como estrutura conceitual foi utilizada a Estratégia *Nurturing Care*, na perspectiva bioecológica, compreendendo os conhecimentos acerca de seus eixos (OMS, 2018).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do Município de Bonito, localizado no Estado de Pernambuco, a 136,7 km da capital. Bonito possui uma área

territorial de 390,107km² e uma população estimada de 38.101 pessoas (IBGE, 2021). A população é 99,52% coberta por Equipes de Saúde da Família (eSF) segundo dados da Plataforma Primeira Infância Primeiro (PIP, 2021), como demonstrado na Figura 4.

Figura 4 - Percentual de Cobertura de Equipe Saúde da Família na população total do Município (2010-2020)

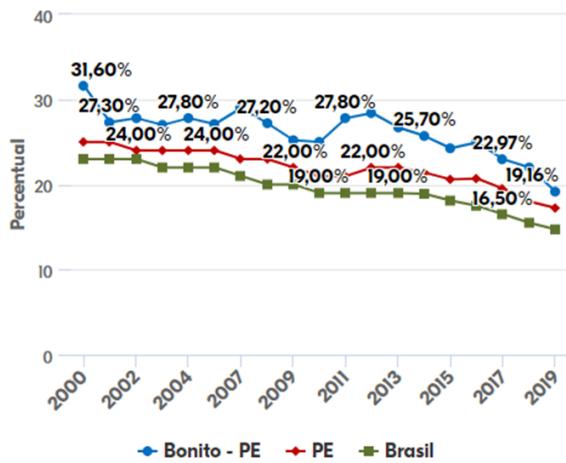


Fonte: Primeira Infância Primeiro (2021).

Atualmente, o município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 10 eSF, sendo 06 localizadas na zona urbana e 04 na zona rural. Os PS que atuam na atenção primária compõndo as eSF, são em sua totalidade 10 profissionais enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem, 10 médicos, 95 agentes comunitários de saúde, 10 dentistas e 10 auxiliares de saúde bucal.

Além disso, a cidade esteve em um processo decrescente quanto ao total de partos de mães adolescentes desde o ano 2000 a 2019, passando de 272 nascimentos para 114, respectivamente. Apesar da redução, ainda possui um percentual de partos de mães adolescentes maior que a média do país, como pode ser observado na Figura 5.

Figura 5 - Evolução - Percentual de partos de Mães adolescentes (até 19 anos) (2000 - 2019)



Fonte: Primeira Infância Primeiro (2021).

4.3 População e amostra do estudo

A amostra foi composta por 41 mães adolescentes que utilizam os serviços das unidades básicas de saúde, convidadas por meio dos agentes de saúde a comparecerem à unidade ou em visitas domiciliares da pesquisadora juntamente com os agentes de saúde de cada área. A amostra se deu por intenção, onde o pesquisador seleciona a quantidade de um determinado público intencionalmente, por considerá-lo representativo para compreensão da ideia central e dos objetivos propostos pelo estudo (Creswell, 2014).

4.4 Critérios de inclusão

Mães adolescentes entre 10 e 19 anos de idade (Brasil, 1990) com filhos de zero a três anos atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Bonito-PE.

4.5 Critérios de exclusão

Mães portadoras de alguma deficiência auditiva ou dificuldade de fala que impedisse a compreensão e interação ao longo da entrevista.

4.6 Etapas do Estudo

Inserção no Campo

Foi realizado um contato prévio com o cenário de estudo, através de visitas às unidades de saúde, nas quais foram feitas uma aproximação inicial com a equipe de saúde,

primeiramente com as enfermeiras para que em conjunto com os agentes de saúde, pudessem contabilizar a quantidade de mães adolescentes em suas respectivas áreas de cobertura.

Recrutamento dos participantes e ajustes adicionais

Por meio de apoio dos profissionais das unidades básicas, mães adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa comparecendo para entrevista na UBS, no dia e horário que lhes fosse pertinente. Quando as mães não podiam ou não compareciam às unidades para a entrevista, foram feitas visitas domiciliares juntamente aos agentes de saúde, e nesse momento aconteciam os convites e orientações acerca do estudo. Todas as mães convidadas aceitaram participar da pesquisa. Apesar da tentativa da pesquisadora de entrevistar todas as mães adolescentes referidas pelas equipes de saúde, houve cinco perdas amostrais, as quais aconteceram devido a dificuldade de acesso geográfico para chegar até o domicílio das adolescentes.

As participantes foram orientadas sobre todas as etapas da pesquisa, incluindo objetivos, técnica de coleta de dados, explicação e assinatura do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE A) das participantes menores de idade e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) por seus pais ou responsáveis legais. E assinatura do TCLE das participantes com mais de 18 anos de idade (APÊNDICE C).

Técnica de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2023, através da realização de entrevistas semiestruturadas, com apoio de um roteiro elaborado previamente, juntamente com um formulário de caracterização das participantes. Também foram utilizadas informações da Caderneta de Saúde da Criança e do Cartão Pré-natal para obtenção de alguns dados.

As entrevistas podem ser consideradas conversas que possuem uma finalidade, e se caracterizam pela sua organização. A entrevista semi-estruturada consiste em um modelo de entrevista flexível, formado por um combinado prévio de perguntas abertas e fechadas, servindo como guia para uma conversa com finalidade. Também permite que o pesquisador faça perguntas fora do que havia sido planejado, tornando o diálogo mais natural e dinâmico (Minayo, 2006).

As entrevistas foram realizadas face a face, individualmente, na tentativa de assegurar a confidencialidade, e permitindo uma maior interação entre pesquisadora e participantes. 13 entrevistas ocorreram em um local reservado da unidade de saúde e outras 28 no domicílio das participantes. Em algumas entrevistas coletadas em domicílio não foi possível ficar a sós com a mãe adolescente, apesar de solicitado por parte da entrevistadora, alguns agentes de saúde ou familiares permaneceram presentes durante a conversa após autorização das participantes. Cada entrevista teve duração média de 10 minutos.

Durante a coleta de dados, os discursos foram gravados por meio de um aparelho celular, a partir da autorização e assinatura do TCLE e/ou TALE pelos participantes e em seguida, foi feita de imediato a transcrição para o Microsoft Word.

4.7 Análise de dados

Os dados provenientes da coleta de dados, foram tratados por meio da análise dedutiva de conteúdo. Esse processo envolveu três fases principais: preparação, organização e relato dos resultados. A preparação consistiu em coletar dados adequados para análise de conteúdo, dar sentido aos dados e selecionar a unidade de análise (Elo & Kyngäs, 2008).

Já a fase de organização envolveu o desenvolvimento de matrizes de categorização, por meio da qual todos os dados foram revisados quanto ao conteúdo e codificados para correspondência ou exemplificação das categorias identificadas (Polit & Beck, 2012). Na fase de relato, os resultados foram descritos pelo conteúdo das categorias que descrevem o fenômeno.

Esta análise de conteúdo foi realizada de forma autônoma onde a transcrição e análise foram feitas manualmente através do Microsoft Word. Posteriormente, procedeu-se à organização das informações em categorias e subcategorias. Estas emergiram dos dados, dos temas das questões da entrevista semiestruturada e da estrutura conceitual da Estratégia *Nurturing Care*.

5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução Nº 466/2012 e a Resolução Nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo respeitou os quatro referenciais básicos da bioética – autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Sendo resguardado os direitos das participantes em todas as etapas e os deveres da comunidade científica (BRASIL, 2012).

Foi solicitada a carta de anuêncià à Secretaria de Saúde do Município de Bonito, a qual foi assinada e devolvida pelos representantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, com número de aprovação do CAAE: 68362623.6.0000.5208 e parecer de número: 6.038.415. A anuêncià das participantes se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento (APÊNDICE D).

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização das entrevistadas

A pesquisa foi realizada em 6 das 10 unidades de saúde do município, sendo 5 na zona urbana e 1 na zona rural. A maioria das entrevistas foi realizada no domicílio das participantes (68,3%) e outras 31,7% foram feitas nas unidades de saúde. Participaram da pesquisa 41 mães adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, com 47 filhos de zero a três anos. Conforme apresentado na Tabela 1, em sua maioria, as entrevistadas possuíam apenas 1 filho (82,9%), com estado civil união estável (56,1%), e renda familiar média de 1 salário-mínimo (43,9%), que corresponde atualmente a 1.320,00 reais. 31,7% das famílias referiram viver com menos de 1 salário mínimo (média de 600 reais) e uma das entrevistadas afirmou que a renda familiar era no valor de 150,00 reais. Com relação à situação empregatícia, apenas 7,32% trabalhava.

No que diz respeito à moradia, a maioria morava com outras 2 pessoas. Com relação a programas de transferência de renda, 80,5% recebiam algum programa de transferência de renda do governo, seja em seu nome ou de algum familiar. Destas mães, a maior parte era escolarizada com o ensino fundamental incompleto (31,7%), tendo como maior grau de instrução o ensino médio completo (21,9%) e a maioria não estudava (75,6%). Nenhuma das entrevistadas chegou a cursar o ensino superior. Quanto à religião, as mães afirmaram serem católicas (39%) ou evangélicas (22%) e outras não possuíam uma religião declarada (39%). Já com relação a raça, a maioria se declarou parda (73,1%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mães adolescentes. Bonito-PE, Brasil, 2023.

Variável	N	%
Idade (anos)		
14 - 15	5	12,2
16 - 17	13	31,7
18 - 19	23	56,1
Raça		
Branca	6	14,6
Parda	30	73,2
Preta	5	12,2
Religião		

Católica	16	39
Evangélica	9	22
Sem religião	16	39
Estado Civil		
Solteira	15	36,6
Casada	3	7,3
União estável	23	56,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	14	34,2
Ensino Fundamental Completo	11	26,8
Ensino Médio Incompleto	7	17,1
Ensino Médio Completo	9	21,9
Estuda Atualmente		
Sim	10	24,4
Não	31	75,6
Renda familiar		
≤ 1 salário-mínimo	31	75,6
1 a 2 salários-mínimos	4	9,8
2 a 3 salários-mínimos	5	12,2
3 ou mais salários-mínimos	1	2,4
Vínculo Empregatício		
Sim	3	7,3
Não	38	92,4
Programa de Transferência de Renda		
Sim	33	80,5
Não	8	19,5
Número de Pessoas que coabitam		
2-3	20	48,8
4-5	13	31,7
6 ou mais	8	19,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na tabela 2, levando em consideração o histórico obstétrico das participantes, pode-se observar que a maior parte das entrevistadas afirmou ter vivenciado uma gravidez não planejada (86%). Com relação a quantidade de gestações, 73% tiveram apenas uma gestação, 22% engravidaram duas vezes, e 5% chegou a engravidar três vezes, 2 gestações resultaram em abortamento, 1 natimorto e uma das mães possui um filho de 5 anos de idade que não entrou na pesquisa, mas foi contabilizado no histórico obstétrico. Destas gestações, em 84,4%, a via de parto foi normal, 11,7% cesariana.

Levando em consideração quantidade total de consultas de pré-natal realizadas, 72,8% compareceram a mais de 6 consultas de pré-natal durante toda a gestação. Todas as mães iniciaram o acompanhamento da gestação no primeiro ou segundo trimestre de gestação, sendo 68% e 19,2% respectivamente.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica e utilização dos serviços de saúde. Bonito-PE, Brasil, 2023.

Variável	N	%
Gravidez Planejada*		
Sim	7	13
Não	47	87
Número de Gestações		
1	30	73,2
2	9	22
3	2	4,8
Quantidade de filhos**		
1	34	82,9
2	7	17,1
Início do Pré-natal		
1º Trimestre	32	68
2º Trimestre	9	19,2
Sem cartão pré-natal	6	12,8
Número de Consultas de Pré-natal		
6 Consultas	4	8,5
> 6 Consultas	37	78,7
Sem Cartão	6	12,8
Via de Nascimento***		
Parto Normal	43	87,7
Cesariana	6	12,3

O N total de gravidez planejada, número de gestações e quantidade de filhos é maior que o N 47 de crianças participantes do estudo ou 41 mães participantes devido a:

* 2 mães estavam grávidas durante a entrevista, outras 3 gestações terminaram em abortamento, outra mãe havia histórico de natimorto e uma mãe possuía um filho maior de 3 anos de idade.

** Filho maior de 3 anos de idade, o qual não entrou no estudo, mas foi contabilizado na quantidade de filhos.

***Uma participante possuía uma criança maior de 3 anos e outra histórico de natimorto.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

6.2 Caracterização dos filhos das mães adolescentes

As crianças possuíam entre 0 e 3 anos de idade. A maioria nasceu de uma gestação a termo (89,3%) e não possuía nenhuma necessidade especial de saúde (93,6%), das necessidades de saúde encontradas, estas eram provenientes de transtorno do espectro autista, espinha bífida e síndrome de Sturge Weber.

Todas as crianças eram registradas e possuíam certidão de nascimento. Quanto ao acompanhamento da puericultura, 48,9% eram acompanhadas regularmente e 2,2% ainda não havia iniciado o acompanhamento pois estavam no primeiro mês de vida. Com relação à convivência com o genitor, 57,5% contavam com a presença do pai no dia a dia.

A maioria das crianças possuía caderneta da criança (68%), enquanto as demais possuíam apenas o cartão de vacinação (32%). Ao observar a caderneta da criança, 76,6% das crianças estavam com o calendário vacinal em dia. Quanto aos marcos do desenvolvimento apontados como presentes ou ausentes na caderneta das crianças, a maioria das cadernetas (45,2%) não possuía esse tipo de registro. Em 29% das cadernetas encontravam-se anotações parciais, com registros em apenas algumas idades e apenas 25,8% possuíam anotações regulares, com os marcos anotados em todos os meses das crianças. Quando se trata das anotações de peso e altura, em 41,9% das cadernetas este registro não existia, sendo outros 38,7% com anotações regulares, em todos os meses de acompanhamento e 29% com dados parciais.

Tabela 3 - Caracterização dos filhos de zero a três anos de idade das mães adolescentes entrevistadas. Bonito-PE, Brasil, 2023.

Variável	N	%
Idade		
≤ 1 ano	31	66
2 - 3 anos	16	34
Necessidade Especial de Saúde		
Sim	3	6,4
Não	44	93,6
Idade Gestacional ao Nascer		
Prematuro	5	10,6
A termo	42	89,4
Registro de Nascimento		
Sim	47	100
Não	0	0
Acompanhamento Regular		

na Puericultura			
Sim	23	48,9	
Não	23	48,9	
Não iniciada	1	2,2	
Calendário Vacinal			
Atualizado			
Sim	36	76,6	
Não	11	23,4	
Possui Caderneta da Criança			
Sim	32	60,1	
Não	15	31,9	
Convive com o Pai			
Sim	27	57,4	
Não	20	42,6	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

6.3 Caracterização dos dados qualitativos

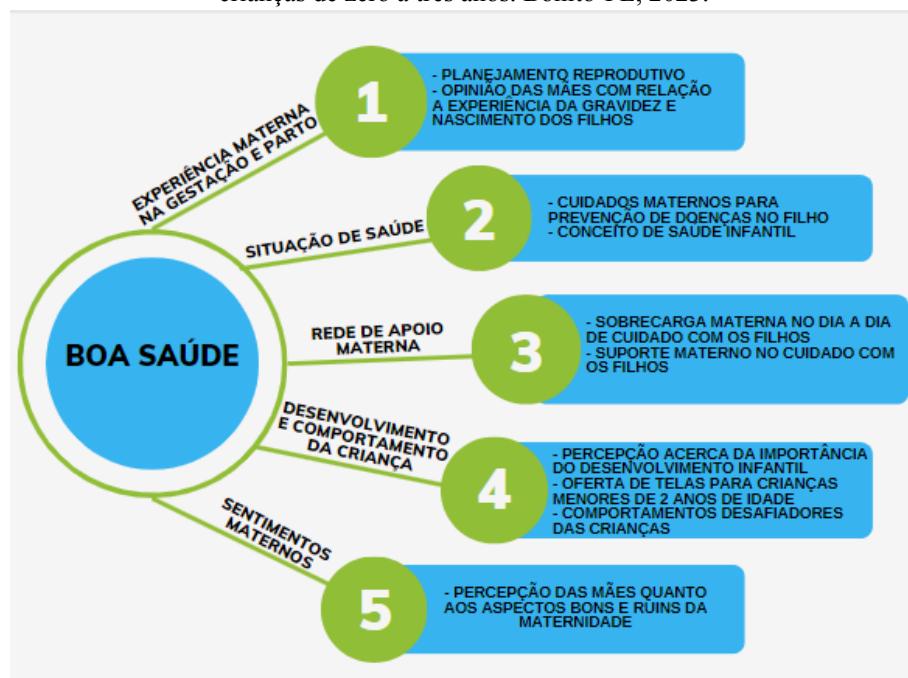
A partir da análise de dados realizou-se a categorização das entrevistas, com base na estrutura conceitual da *Framework Nurturing Care*. As categorias apresentadas estão de acordo com os cinco eixos da estratégia *Nurturing Care* (boa saúde, nutrição adequada, cuidados responsivos, oportunidades de aprendizagem precoce para a criança e segurança e proteção). Estes eixos foram explorados a partir dos temas e subtemas emergidos a partir das entrevistas, as quais referem-se à vivência da parentalidade de mães adolescentes com seus filhos de zero a três anos de idade.

6.3.1 Categoria 1 - Boa Saúde

Esta categoria envolve o acesso a serviços de saúde de boa qualidade para toda a família, incluindo a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com relação a boa saúde, considerou-se as condições de saúde, o conceito, os cuidados maternos para promover saúde, planejamento reprodutivo, experiência da gravidez e parto, rede de apoio materna e sentimentos envolvidos, além do desenvolvimento e comportamento da criança, conforme observado na Figura 6.

Figura 6 - Categoria Boa Saúde e respectivos temas e subtemas, a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito-PE, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Em relação ao tema **Experiência Materna na Gestação**, as entrevistadas relataram seus sentimentos, sinais e sintomas físicos e subjetivos com relação ao momento vivenciado. Enquanto algumas participantes tiveram uma gestação tranquila, outras mencionaram a mistura de sentimentos “bons” e “ruins”, com menção a momentos conturbados, com misturas de sentimentos.

“A gravidez foi bem tranquila, assim, teve sintoma, vomitei até os quatro meses, o resto é bem tranquilo. Eu saía todos os dias me movimentava, era ativa”. (E3)

“A gravidez foi ótima e o nascimento dele foi ótimo”. (E4)

“Minha gestação não foi boa porque eu não aceitava. era uma coisa que dentro de mim eu não aceitava, tanto é que eu falei: eu só senti amor por ele quando ele nasceu, antes disso não sentia. Então não foi uma gravidez boa, não foi nada, foi bem ruim mesmo”. (E6)

“Minha gravidez foi complicada. Eu não fiquei boa em nenhum momento não. Eu só vivia mais de cama, doente. E desde cinco meses que eu vivia no hospital internada. Eu tive um... peguei uma bactéria por causa da gravidez e teve uma bactéria. Essa bactéria foi muito avançada, aí por isso que fez ele vim prematuro”. (E15)

“Aí foi bem estressante. Tipo estressante em emoções, entendesse? É isso”. (E39)

Quanto ao momento do parto, algumas das participantes relataram experiências positivas de partos considerados rápidos e tranquilos, outras se referiram a dor do parto como sofrimento e outras contam experiências consideradas negativas e de intercorrências durante o parto.

“O parto eu achei que foi bem rápido, tive dores, normal né? De toda mãe, mas foi super tranquilo, para mim eu acho que foi tranquilo”. (E1)

“A melhor experiência que eu tive [risos]”. (E16)

“Foi bom porque não demorou muito. Eu comecei a sentir as dores de manhã e de tardezinha eu tive. Foi normal, foi bom”. (E28)

“Demorou bastante, eu acho que se tivesse passado mais do tempo meu filho tinha morrido. Então eu agradeço muito a Deus. Mas foi tenso e ao mesmo tempo foi bom”. (E2)

“E o nascimento dele foi... tipo assim, não vou dizer que foi um negócio ruim, mas foi uma coisa que realmente se eu escolhesse parto normal eu ia sofrer né? Óbvio. Foi um nascimento bem... Foi... meio termo, nem foi bom nem foi ruim, foi normal. Eu já esperava por aquilo sabe”. (E6)

“Foi ruim, que eu senti muita dor. Foi bom dele ter nascido, né? Mas... não achei bom não”. (E9)

“Foi muita dor e complicado um pouquinho. Ela foi bem dizer puxada, se tivesse demorado um pouquinho ela tinha morrido que o coração tava enfraquecendo, aí tiveram que estourar a bolsa”. (E10)

“Eu achei... oxe, muito ruim, uma sensação... pensei que eu ia morrer”. (E18)

“Já cheguei já em trabalho de parto aqui (hospital da cidade) e foi um parto muito difícil, muito, é... como eu cheguei sem força lá (hospital ao qual foi transferida), os médicos de lá já não sabiam mais o que fazer comigo, porque eles me ajudaram de todas as formas, que...ele teve que subir em cima de mim e empurrar ela. Ela nasceu roxa e foi um parto assim, muito difícil sabe?” (E21)

No que se refere ao planejamento reprodutivo, as participantes mencionaram principalmente a ocorrência de gestações não desejadas ou programadas, porém aceitaram depois de forma tranquila.

“E eu não trocaria isso nem, nem assim... mudaria, e se fosse pra voltar no tempo eu não mudaria não. Eu continuaria, eu ia ter ela, porque foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida”. (E8)

“E eu não me arrependo. Porque tem gente né que se arrepende, eu não me arrependo não. Eu acho bom. Eu não queria não, não foi planejada, mas aí aconteceu, aí eu acho tranquilo”. (E9)

“É que sempre foi um sonho de eu ter filho, mas eu não queria agora, foi tudo de repente”. (E10)

“Não foi planejado ela, e mais ela né? Que eu não sabia que ela ia nascer deficiente”. (E8)

“Hoje em dia eu não me vejo de jeito nenhum sem eles se fosse pra fazer isso de novo eu passaria por tudo de novo pra ter eles comigo tudo de novo”. (E11)

Quando se trata do tema **Situação de Saúde**, foram explorados os cuidados maternos para evitar situações de doença dos filhos e percebeu-se cuidados preventivos com relação a oferta de vitamina C, alimentação saudável, cuidados com a vacinação, procura pelos profissionais de saúde da atenção primária, além de conselhos dos mais experientes, como as avós. Quanto à rotina diária das famílias, algumas mães preferem evitar visitas e outras afirmam não saber quais cuidados tomar ou responderam apenas que não possuem cuidados para evitar que os filhos ficassem doentes.

“Eu tento sempre estar perguntando pra os enfermeiros o que é que tem que fazer... e tento não sair de casa com ela, só se for preciso mesmo”. (E1- 15 anos, F. 1 mês).

“Sempre tá dando vitamina C pra proteger a imunidade... Ter aquele cuidado de não tocar com mão suja, de não... botar nenhum objeto que tenha bactéria perto. Nunca deixo ele chorar demais e quando ele ta gripadinho eu já começo a nebulizar”. (E2- 16 anos, F. 4 meses).

“Levar ela pra vacinar. Lavagem nasal e dou vitamina C”. (E13- 14 anos, F. 4 meses).

“Tento alimentar ela o mais saudável até onde eu posso”. (E3- 19 anos, F. 2 anos).

“A noite eu deixo ele bem agasalhado. Por conta dessa frieza que tá agora, é... evito sair de casa. Não dou ele a qualquer pessoa, não deixo ele com ninguém”. (E5- 17 anos, F. 4 meses).

“Higiene, e mantendo ele longe de pessoas que eu vejo que está com tosse, gripado, entre outras coisas”. (E6- 18 anos, F. 6 meses).

“Quando eu vejo alguma coisa diferente eu levo ela pra os médicos... é... também evito assim... alimentos assim... que não faz bem, eu, eu dou mais fruta a ela eh e coisas saudáveis sabe?” (E8- 18 anos, F. 2 anos).

“Eu evito coisa gelada, frieza demais quando está muito frio. Sempre boto o casaco, calça, meia, essas coisa. Aí eu não dou, não gosto de dar coisa gelada a ele essas coisas não”. (E38- 19 anos, F. 1 ano).

“Eu não sei, quem faz essas coisas é minha vó. Eu sempre faço as coisas certas, né? Que minha vó manda fazer... é... as horas é que não é pra sair, eu não saio com ela”. (E31- 15 anos, F. 6 meses).

“Não sei bem né, o que eu faço pra proteger elas de ficarem doentes”. (E3- 19 anos, F. 2 anos e outro de 2 meses).

Com relação ao conceito de saúde para as participantes, estas expressaram a sua compreensão, definição e importância da saúde das crianças como mais importante do que a saúde delas, expressando preocupação e zelo em manter os cuidados diários, como higiene, vacinação e prevenção de doenças:

“É a coisa mais importante, mais importante que a minha eu acho”. (E1)

“Muito importante, demais, quando quando acontece qualquer coisa eu enlouqueço”.(E2)

“A saúde é tudo né. Porque é um filho com saúde é saúde sua também né”. (E5)

“Ver ele bem saudável, ver ele sendo bem cuidado, não sei se isso faz parte, mas creio eu que sim. Que... tipo assim, a higiene dele, tá sempre limpinho, sempre cuidadinho, vacinas em dia... pra mim é basicamente isso”. (E6)

“Ah é muito importante porque... assim, eu amo muito ela e quando acontece qualquer coisa com ela eu já fico muito preocupada, já fico... assim... nervosa, essas coisas. Porque... eh... a gente que é mãe né? A gente tem muitos cuidados, né?” (E8)

“É tudo porque... ver eles doentes é mesmo que tirar nossos pés e nossas pernas porque necessitam mais da gente, pra mim a saúde deles é o mais essencial de tudo”. (E10)

“É tudo né, ela tem que estar sempre bem, porque... a saúde dela pra mim é tudo, e tá em primeiro lugar”. (E21)

Com relação ao tema **Rede de Apoio Materna** os relatos mostram que a sobrecarga de tarefas diárias, cansaço e privação de sono associados à ausência de uma rede de apoio, dificulta o manejo de situações diárias no cuidado parental, aumentando ainda mais a tensão destas mães. Enquanto algumas possuem fontes de apoio, como avós ou maridos, outras se encontram sozinhas nos cuidados diários de conciliação com as atividades domésticas.

“Às vezes é bem tenso, tem dias que ele já está mais calmo, tem dias que ele está mais agitado e assim vai indo. Às vezes é muito difícil porque tipo, eu quero fazer uma coisa, mas mesmo assim eu tenho que dar atenção só a ele. Deixar as coisas pra lá que tem obrigação, mas mesmo assim tem que ficar com ele pra não deixar ele sozinho”. (E2)

“Enfrento mais o cansaço assim sabe, que eu... pelo sono também, minhas noites mal dormidas, aí eu fico bastante estressada também, aí é bem ruim”. (E21)

“Que às vezes eu fico sem paciência, eu não sei, eu sou impaciente. Aí quando ela chora muito eu fico sem saber o que fazer, eu fico louquinha [risos]”. (E16)

“Só se tem hora que ela quando a pessoa se estressa só quando começa a chorar, chorar, chorar e a e a pessoa faz isso, faz aquilo e a menina não para de chorar. A pessoa fica doidinha, só isso aí, mas fora isso... ” (E36)

“Não tenho ajuda. Que minha mãe trabalha o dia todo”. (E4)

“Minha sogra me ajuda, meu marido também... mas é raro”. (E5)

“No dia a dia que tu quer falar? Não. Realmente só nos finais de semana que eu tenho ajuda. Durante a semana é só eu”. (E6)

“Agora depois que ela nasceu, é eu sozinha mesmo, assim sabe? Porque meu marido trabalha e eu cuido dela muito”. (E8)

“Quando eu saio pra trabalhar ele fica com a minha tia que mora aqui do lado pra mim trabalhar, quando o pai dele está em casa que é um, dois, três dias na semana o pai dele está em casa aí o pai dele fica com ele”. (E9)

“Meu esposo. Ele faz tudo quando eu preciso ele faz, da mingau a ela, troca ela, da banho nela. Qualquer coisa ele faz quando eu peço”. (E13)

“Assim, eu e minha vó cuida dela, né? Mas só que ela que cuida mais. A madrugada ela que pega a menina... aí cuida, dá o mingau dela... ” (E31)

No tema **Desenvolvimento e Comportamento da Criança**, a compreensão das mães sobre a importância do desenvolvimento infantil esteve relacionada aos vínculos parentais mãe-bebê, conversas com a criança, evitar uso de telas e alimentação com leite materno.

“A gente tipo interagir com elas né. Não deixar muito tempo em TV como eu disse, eu não deixo ela assistir qualquer coisa, porque... o que ela vê ela vai aprender, né?” (E3)
Criança de 2 anos e outra de 2 meses.

“Não dar telas a ele. Eh... tem muita criança que dá atraso de fala, entre outras coisas, e é uma coisa que eu realmente não dou. E conversar também, tá sempre puxando o dele”. (E6)
Criança de 6 meses.

“O contato com o corpo, a corpo, com ela. Eu deixo muito ela junto comigo, é... conversar com ela direto, por ela ser uma criança, ainda não ter mentalidade, mas eu

“sempre tento conversar com ela, porque eu sei que de alguma forma ela entende”. (E1)
Criança de 1 mês.

“A atenção também, porque a criança precisa de atenção. A presença dos pais principalmente”. (E5) *Criança de 4 meses.*

“Uma convivência com eles é uma coisa muito importante porque o desenvolvimento de uma criança eles desenvolvem da gente né? Então eu acho assim que a convivência é o mais importante”. (E11) *Criança de 3 anos e outra de 2 anos.*

“Ela tá sendo amamentada até os seis meses né? Que é muito importante”. (E21)

A oferta de telas para crianças menores de 2 anos de idade foi um tema trazido pelas participantes. Entre as 41 crianças do estudo, 28 possuíam acesso livre a telas, e destas, 18 possuíam menos de 2 anos de idade. O uso de telas esteve relacionado a momentos nos quais as cuidadoras estão com os filhos acordados e precisam conciliar o cuidado com as atividades domésticas. Em seus relatos sobre o dia a dia as mães referiam a oferta de telas através de aparelhos celulares e televisão.

“Meio dia ela dorme aí depois ela acorda fica brincando e depois fica em casa assistindo. Ela só assiste no tempo que eu estou fazendo as coisas. Depois disso eu não deixo ela assistir mais”. (E14- F. 1 ano).

“Assiste também um pouquinho pelo telefone o desenho que ela gosta, ela assiste umas meia horinha e depois ela dorme”. (E21- F. 3 meses).

“Ele acorda aí come toma banho, ele assiste aí dorme. Assiste na televisão, em vários momentos do dia”. (E23- F. 6 meses).

“Assiste. De vez em quando. No celular, na televisão”. (E10- F. 3 meses).

“Assiste, agora muito não. Só assiste assim, quando eu coloco no celular”. (E15 - F. 1 ano).

“Aí ele fica brincando com meus irmãos, depois assiste, depois fica bagunçando de novo”. (E17- F. 1 ano).

“Assiste. Na televisão e no celular”. (E25 - F. 6 meses).

“Ela assiste no celular, às vezes eu boto no celular, com pouca frequência”. (E26 - F. 1 mês).

Outro ponto de destaque, foi a dificuldade das mães em lidar com comportamentos considerados desafiadores por parte das crianças, particularmente após o primeiro ano de vida, como a frustração dos filhos diante do “não”, a agitação e a briga entre primos.

“Porque ele é muito agitado, ele é agitado demais, se você dizer não, não faça isso ele voa em cima de você pra dar tapa, dá murro, ele é agitado demais”. (E38 - F. 3 anos).

“Bate nos meus irmão, não pode, meus irmão briga com ele. Mas ele faz de novo”. (E17 - F. 1 ano).

“Eu passo a noite e a manhã todinha correndo atrás dele pra ele ficar quieto [risos]”. (E39 - F. 1 ano).

A respeito do tema **Sentimentos Maternos**, foram muitos os relatos das mães quanto aos sentimentos positivos da maternidade, a maioria das mães aborda o amor que sente pelos filhos e o fato de ter uma companhia para o resto da vida. O que chama atenção é que alguns destes relatos são iniciados pontuando os desafios da maternidade e em seguida as mães afirmam valer a pena. Além disso, algumas mães referem não saber qual o lado positivo da maternidade e outras afirmam não saberem identificar os pontos positivos.

“E tipo, é uma alegria enorme. A partir do momento que ela nasce, é uma alegria enorme. Por mais que eu seja nova, eu acho que está sendo uma experiência imensa para mim. Poder conversar com alguém que é, agora mesmo né, só minha, e da minha família e poder ter o apoio dela em muitas coisas”. (E1- 15 anos).

“É porque é um amor que você não sabe, né? Eh... ave Maria eu amo meu filho. Eu acho que depois dele foi que eu realmente conheci o que era amor né. Eu... eu acho bom porque eu aprendi muito com ele, né? Muito mesmo”. (E9- 19 anos).

“É bom porque a pessoa nunca vai tá sozinha, sempre vai ter a filha da pessoa que gosta da pessoa”. (E10- 17 anos).

“É tudo, quando vem um filho é maravilhoso, é uma companhia, porque assim, o

marido sai, vai trabalhar, vai beber, fica companhia dentro de casa com a menina, é... tipo assim, a pessoa aprende muito né, com a vida, através de um filho né". (E20- 17 anos).

"A aprendizagem a cada dia, a cada dia a gente aprende uma coisa nova e uma coisa que me marcou muito é que eu me achava muito insuficiente tanto pro parto como até pra ser mãe mesmo, e eu surpreendi até eu mesma em tudo". (E22- 18 anos).

"Eu costumo dizer assim, ser mãe é a melhor coisa que tem na vida, o que não é fácil é maternar, é o dia a dia, é o cuidado, é o cansaço, porque cansa, mas assim, ser mãe é algo maravilhoso. A melhor coisa que aconteceu na minha vida, por mais que tenha sido com quinze anos, por mais que tenha sido muito cedo, tenha fugido totalmente do meu controle, eu tenha abdicado da minha vida, eu sou a pessoa mais realizada do mundo com meus filhos". (E11- 19 anos).

"É uma responsabilidade, mas é muito bom porque... a gente aprende, né? A amar uma pessoa de um jeito que é diferente. Eu amo ela muito e eu amo ser mãe, assim é difícil né, levar a vida assim de dona de casa, de mãe, mas é... eu me sinto cansada, mas é um cansaço que eu, que eu não quero assim, deixar de ficar cansada, porque eu amo ela e eu quero continuar cuidando dela né?" (E8- 18 anos).

"É uma coisa que é muito cansativa, muito cansativa. Principalmente se é na adolescência, se você não tem rede de apoio. Mas ao mesmo tempo que é cansativo é uma coisa gratificante. você saber que aquela criança confia, gosta, te ama de uma forma inexplicável é bem gostoso". (E6- 18 anos).

"Ah... Às vezes é difícil né? Mas é bom. Tá ao lado dele, acordar, tá lá com ele, mesmo que seja difícil e complicado, mas pra mim é uma coisa boa". (E34- 19 anos).

"Não sei, é tanta coisa que meu Deus, não sei falar. É porque eu sou recém mãe aí eu não sei muito responder". (E16- 17 anos).

"Sei não, dizer assim não, mas pra mim é tudo, não acho ruim não". (E15- 16 anos).

“Boa? [Gargalhada]. Eu não sei, eu não achei ainda a parte boa não [Gargalhada]. Eu não achei ainda não, que eu mal durmo de madrugada ainda [risos]. Não achei ainda não”. (E17- 19 anos).

As entrevistadas também pontuaram suas percepções com relação aos desafios da maternidade na adolescência, trazendo assuntos como maternidade solo, privação de sono, desgaste em estarem muitas vezes sozinhas nos cuidados diários, perda da liberdade, mudança de identidade e dificuldade em manter os estudos.

“Eu acho que a dificuldade é você ter que lidar com o ser humano, você testa tudo seu, sua paciência, suga o que você tem pra dar, o amor que você tem pra dar. E o difícil mesmo eu digo direto, difícil é criar, é educar. Mas assim o difícil é educar, eu sou mãe solo praticamente, o pai deles vive ausente. Então eu sinto que minha responsabilidade é duas vezes maior porque qualquer coisa que eu errar aqui, lá na frente que vai vim as consequências, porque a culpa vai ser, você sente a culpa duas vezes mais, porque eu to sozinha na educação deles. Então eu não tenho aquele apoio pra tipo me orientar cem por cento de uma criação”. (E11- 19 anos, F. 3 anos e outro de 2 anos).

“Por conta que hoje em dia pra cuidar de duas meninas não é fácil, você sozinha tá entendendo? E mais eu que sou assim, tipo assim sozinha, porque é só eu e elas dentro de casa durante o dia, o dia todo, mas a não ser, é por conta que é muito difícil cuidar de duas meninas, tá entendendo? A pessoa só, e logo que são muito pequenas elas né?” (E22- 18 anos, F. 3 anos e outra de 1 ano).

“A pessoa mãe solteira é muito difícil. É difícil mesmo. Que tipo, sem o apoio de uma pessoa assim, você tenta dar o melhor. Querendo dar o melhor. Buscando dar o melhor pra ele. Não é tanto pra mim, é mais pra ele. É isso”. (E39- 17 anos, F. 1 ano).

“Dificuldade é por causa que... tipo... é dois bebê né? Aí é mais responsabilidade e não tem ninguém para ajudar, essas coisas, só”. (E4- 17 anos, F. 1 ano e outro de 2 meses).

“Dificuldade é... cuidar sozinha dele. Muito. Só a pessoa por ele, não tem a família do pai dele pra apoiar, só tenho a minha. Aí isso é dificuldade pra mim”. (E40- 19 anos, F. 3 anos).

“Passar a noite de sono. Muita noite. E ele acorda chorando e às vezes ele nem quer dormir, pra ele dormir é um sufoco. E ele não me obedece. Entendesse? Mas nós chega lá”. (E17- 19 anos, F. 1 ano).

“Acho que é de dormir, que a pessoa não consegue né, não tem muito tempo para pessoa, mas... com o tempo eu acho que a pessoa se acostuma”. (E18- 18 anos, F. 3 meses).

“Eu passo a maioria do tempo sozinha em casa. Aí é bem complicadozinho né? E amamentar também, ficar acordando de madrugada, por exemplo, eu saio, aí eu tenho que voltar pra... não posso demorar muito. Isso é cansativo, né? Criança é uma coisa que toma muito tempo da gente né? A gente tem mais tempo pra elas e não tem mais tempo pra gente. Mas... depois mais pra frente a gente vê que vale a pena, né?” (E3- 19 anos, F. 2 anos e outro de 2 meses).

“Você... fica excluído de várias coisas né. Porque você não tem mais a liberdade que você tinha... É... tem que dar bastante atenção a criança... Tem que aprender a ser uma nova pessoa né”. (E5- 17 anos, F. 4 meses).

“Eu acho que, se você gosta da sua liberdade, não tenha filhos, tipo assim, na adolescência e principalmente você sabe que você não tem rede de apoio. O primeiro lugar é a liberdade. Você se dá muito, você se doa totalmente pra cuidar daquela criança, e no final você não cuida de você. Porque você não tem hora pra tomar banho, você não tem hora pra comer. É tudo na rotina dele. Entendeu?” (E6- 18 anos, F. 6 meses).

“É porque, tá sendo nova assim que você fica muito presa, a sua criança, você não pode pensar como era antes. Você tem que... pensar na sua filha, porque ela é uma pessoa que depende de você. Pra tudo. Então é mesmo você ficar presa”. (E21- 17 anos, F. 6 meses).

“É porque a gente num volta a ser como a gente era antes, a gente não é que nem era antes, ele nasce e a gente renasce que nem diz o ditado né? A gente não fica a mesma pessoa, muda muito. Aí a gente fica “ah como eu queria ta ali”, mas num pode”. (E2- 16 anos, F. 4 meses).

“Você não tem mais a mesma liberdade né? Porque eu também já não saía muito, mas eu parei de estudar por conta disso, que era uma coisa que eu gostava muito era estudar e eu tive que parar, aí foi uma coisa que mexeu muito comigo foi parar de estudar”. (E14- 15 anos, F. 1 ano).

6.3.2 Categoria 2 - Nutrição Adequada

A nutrição satisfatória refere-se ao processo adequado de alimentação, amamentação e suplementação de micronutrientes, que vai desde a gestação até a vida adulta. Segurança alimentar infantil e a segurança alimentar familiar são essenciais para uma nutrição adequada (OMS, 2018).

Para esta categoria, entendeu-se as medidas de promoção ao aleitamento materno exclusivo, bem como uma alimentação complementar saudável e apropriada para as crianças (Figura 7).

Figura 7 - Categoria Nutrição Adequada e respectivos temas e subtemas, a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito-PE, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Em relação ao tema **Aleitamento Materno** pode-se observar as práticas de aleitamento materno das mães adolescentes, onde oito mães amamentaram seus filhos até o primeiro mês de vida ou menos e outras cinco mães afirmam nunca terem amamentado seus filhos. 12 mães amamentaram seus filhos até 6 meses de idade ou mais, três mães amamentaram até pelo menos 1 ano e idade e apenas três mães conseguiram amamentar seus filhos até os dois anos de idade ou mais. Algumas participantes mencionaram a busca por

conhecimentos no momento da gestação, como realização de curso on-line e inclusive mudanças nas suas crenças sobre o aleitamento materno e os benefícios para a criança. Em suas falas, pode-se entender as práticas de aleitamento materno destas mães, bem como as orientações recebidas sobre o tema:

“Amamento... Ninguém me disse nada, eu estudei muito na gravidez, por eu ser nova né, aí, então, uma experiência nova, então eu procurei estudar muito, não perguntei a ninguém, só estudando mesmo. Fiz até um curso on-line”. (E1- 15 anos, F. 1 mês).

“Eu amamento e dou fórmula. Eu recebi orientação, eu lembro que foi no hospital, pra... como botar o peito na boca sabe, essas coisas. E às vezes eu dou chá de boldo, água a ela, essas coisas”. (E2 - 16 anos, F. 4 meses).

“Não recebi muita coisa não, vou falar a verdade, eu mais pesquisei e foi uma vontade minha. Na verdade, eu queria só dar peito a ela até um mês, eu dizia antes dela nascer. Aí depois eu fui pesquisando e descobrindo que... o leite materno é muito importante para a saúde da criança, aí eu digo: não, então eu vou dar, né?” (E3- 19 anos, F. 2 meses).

“Amamentei o menino até um mês por causa que acabou o leite, e a menina amamento até hoje. Ofereço de vez em quando água, uma vez por dia. De orientação recebi que quando o peito estiver tipo quase secando, ficar é... reforçando, botando ela pra chupar”. (E4- 17 anos, F. 1 ano e outro de 3 meses).

“Amamentei ele em amamentação exclusiva até ele completar seis meses, há uma semana atrás eu comecei a introduzir fórmula, aí... ele tá tomando a fórmula e mamando”. (E6- 18 anos, F. 6 meses).

“Amamento até hoje”. (E9 - 18 anos, F. 3 anos e 6 meses).

“Amamento e dou leite nestogeno. Porque o meu leite não é o suficiente pra ela”. (E10- 17 anos, F. 3 meses).

“O meu mais velho amamentei até os sete meses e o meu mais novo amamento até dois anos e dois meses e contando”. (E11- 19 anos, F. 3 anos e outro de 2 anos e 2 meses).

“Amamento e ofereço nestogeno. Por causa que ele não se contenta só com meu peito, ele fica com fome ainda. Para mim deram orientação lá no hospital, dizia pra ele mamar, de um jeito pra não ferir, essas coisas”. (E19- 18 anos, F. 1 mês).

As dificuldades referidas no processo de amamentação foram compartilhadas durante as entrevistas, como o retorno aos estudos, o receio em ter dificuldades futuras com a alimentação complementar e as dificuldades iniciais com a pega adequada. Algumas participantes mencionaram a escolha por não amamentar, sem detalhar as crenças ou justificativas.

“Não amamentei. Porque... ela não pegou o bico do peito”. (E8- 18 anos, F. 2 anos).

“Não amamentei. Por conta que ele não pegou o bico do peito”. (E18- 18 anos, F. 3 meses).

“Não amamentei. Porque não tinha leite”. (E32- 17 anos, F. 8 meses).

“Amamentei menos de 1 mês, porque meu leite não tava sustentando ela”. (E31- 15 anos, F. 6 meses).

“Amamentei no começo, 1 mês, mas depois eu não tinha muito leite e fui pra escola, aí ela desacostumou”. (E36- 15 anos, F. 6 meses).

“Amamentei até dois meses. Porque eu tinha medo que depois que ele crescesse, não quisesse mamadeira, essas coisas. Aí eu preferi tirar ele do peito. Recebi de orientação que o melhor para o bebê sempre é o leite materno, porque ele tem vários nutrientes... só que eu preferi tirar ele do peito mesmo assim”. (E5- 17 anos, F. 4 meses).

“Amamentei, só que antes dele fazer um mês ele parou, aí não quis mais pegar o peito”. (E15- 16 anos, F. 1 ano).

“Acho que até uns dois meses porque o leite secou”. (E16- 17 anos, F. 3 meses).

“Amamentei até dois meses. Primeiro foi porque o meu leite tinha secado, mas depois fui voltando dando mamar, mas pouco aí comecei dar mingau também a ela, aí ela ficou no mingau e no leite aí ela se acostumou mais com o mingau e não quis mais o leite materno”. (E13- 14 anos, F. 4 meses).

“Amamentei até 2 meses. Por conta que... ela num... eu dei o leite a ela, o mingau, aí ela com o tempo foi se esquecendo do peito, e também por conta que ela não gostava muito de mamar, essa daí deixou por conta própria mesmo”. (E22- 18 anos, F. 1 ano).

“Nunca amamentei, nem um dia, porque eu não quis. Comecei a dar mucilon e leite camponesa”. (E27- 16 anos, F. 2 anos).

“Amamentei até dois meses, porque eu não queria dar mais mesmo”. (E37- 19 anos, F. 2 anos).

No tema **Alimentação Complementar**, as participantes compartilharam o momento em que decidiram iniciar a introdução alimentar de seus filhos. 9 mães decidiram iniciar de forma precoce, antes dos 6 meses de idade. Outras 9 entrevistadas iniciaram esse processo a partir dos 6 meses completos de seus filhos. Uma das mães iniciou a introdução alimentar após os 8 meses de idade e outra após o primeiro ano de vida. Observa-se nos relatos a justificativa para as práticas alimentares, incluindo as orientações por parte dos profissionais de saúde. Por outro lado, as participantes parecem ter realizado suas escolhas baseando-se nas situações cotidianas de interesse por parte da criança em explorar os novos alimentos da família ou mesmo pela influência de outros membros da rede familiar, como as avós.

“Comecei a dar comida com dois meses. Ela comia tudo. O que desse de comer ela comia. Feijão...Arroz, aí feijão, tinha vez que eu batia caldo de feijão no liquidificador... uma verdurinha...Eu recebi orientação, que era com, com seis mês, mas nois foi ligeira, aí nois deu logo, com dois meses [referindo-se a ela e sua mãe]”. (E27- F. 2 anos).

“Come frutinhas, mas é muito difícil eu dar fruta. Dou banana amassada, dou... fizeram uma chupeta agora que bota a fruta dentro e ele chupa o suquinho da fruta. Aí eu boto pêra, maçã”. (E5- F. 4 meses).

“De vez em quando eu dou fruta, de vez em quando eu faço assim vitamina”. (E13 - F. 4 meses).

“Comecei com 5 meses. Orientação recebi só na minha mãe. De médico, nenhum”. (E28- F. 3 anos).

“A partir dos três meses que ele parou de mamar ele já comia já”. (E30- F. 1 ano).

“Ele realmente comeu, começou a comer comida, arroz, feijão, a partir dos quatro meses, comecei a dar. Recebi de orientação que era só a partir dos seis meses. Só que quando a pessoa ia comer eu, né, por exemplo ele ficava chorando aí não tinha com quem deixar pra mim poder comer aí eu tive que começar a dar, comer ele”. (E32- F. 8 meses).

“Disseram que era para eu ter bastante cuidado, porque ele ainda é muito novo e tem quatro meses e os alimentos é a partir de seis meses. Mas... mesmo assim ele come, não fez mal, graças a Deus tá tudo normal e é por isso que eu dou. Só não dou direto, mas assim, uma vez na semana, duas vezes eu sempre dou”. (E5- F. 4 meses).

“Comecei quando ela tinha uns cinco meses e quinze dias por aí. Recebi do postinho. Era a partir de seis meses, né? Mas eu comecei antes pra dar só fruta no começo”. (E11- F. 2 anos).

“Só minha vó né, que foi feijão... arroz. Comecei a dar feijão e arroz e depois ele foi querendo comer outras coisinhas”. (E14- F. 1 ano).

“Comecei com 6 meses. Foi complicado, né? Por isso que eu tirei o peito também, porque ela não queria comer de jeito nenhum. Mas depois que eu tirei o peito, principalmente, aí num instante ela começou a comer tudo”. (E3- F. 2 anos).

“Comecei a introdução alimentar a partir de seis meses. Recebi orientação da enfermeira do postinho que eu sempre levo ele de não colocar sal, de não dar açúcar e também pesquisando”. (E6- F. 6 meses).

Ao perguntar sobre a alimentação das crianças, as mães relataram os alimentos que eram mais frequentemente consumidos por seus filhos, enfatizando os alimentos considerados saudáveis para serem consumidos diariamente. Notou-se também dentre as falas, o consumo de alimentos industrializados, ultraprocessados e ricos em açúcar e sódio. Ao contabilizar o consumo de alguns ultraprocessados pode-se notar que 17 crianças tomavam refrigerantes e 19 crianças consumiam “salgadinhos e pipocas” e comiam biscoitos recheados. Das 47 crianças do estudo, 30 eram menores de 2 anos de idade.

“De manhã... eu... quando eu faço eu dou pão a ela com suco né? Uma fruta, se tiver fruta eu dou, eh... se não tiver aí eu dou assim, pão, bolacha... aí no almoço, aí eu como eu arroz, feijão”. (E8- F. 2 anos).

“De manhã quando ela se acorda ela toma um mingau aí depois ela vai e come fruta, aí banana, uva, maçã. Aí depois ela vai toma outra mamadeira de mingau. Aí na hora do almoço ela come arroz, macarrão, feijão e carne. Aí logo depois de tarde ela gosta de comer bolacha, e mais fruta”. (E14- F. 1 ano).

“De tarde ele toma Toddynho, quando não tem Toddynho toma Danone, come bolacha com água, com suco, come uma banana, come uma maçã. Na janta ele come cuscuz e depois da janta dou o mingau, que é arrozina e leite camponesa”. (E17- F. 1 ano).

“Eu dou muita pipoca, só pipoca, sabe? Salgadinho muito raramente. E aquele chambinho também... é coisa que eu dou com frequência, né? Aí essas outras besteiras, doce, chocolate, essas coisas, só muito raramente, porque eu sempre evito, né? Que eu sei que é ruim. E a alimentação, até onde eu posso, saudável né. É... muita fruta, arroz, feijão normal, essas coisas. Ela também toma mingau. É leite com mucilon”. (E3 - F. 2 anos).

“Depois de dez horas eu ofereço danone, bolacha.. no almoço, a verdurinha, carne, arroz, depois quando ele se acorda umas três horas, um danone com bolacha, e à noite uma batata doce com uma carne”. (E4- F. 1 ano).

“Ele gosta muito de biscoito, Danone ele toma muito Danone, muito mesmo. Aí ele eu faço pipoca pra ele às vezes, um biscoito e uma coisa ou outra ele sempre come. Refrigerante sempre constante não, ele toma as vezes. Ele toma camponesa, ele toma leite de manhã, de tarde, de noite. Sempre quando ele pede eu faço. É o leite com açúcar, às vezes eu coloco Sustagen de morango e chocolate sempre quando ele pede aí é que eu coloco”. (E9- F. 3 anos).

“Toma muito iogurte, toddynho, biscoito, bolacha, uva, essas coisas”. (E20- F. 11 meses).

“De vez em quando eu dou miojo eu não dou sempre. Meio-dia, almoço normal e na tarde, lanche uns um suquinho que ela gosta ou biscoito, é salgadinho, todynho, também, eu dou”. (E28- F. 3 anos).

“Ele gosta demais de refrigerante. Mas eu estou parando de dar a ele. Porque os dentinhos dele está ficando tudo estragado”. (E38- F. 3 anos).

“Ele come biscoito recheado, salgadinho. Refrigerante eu evito dar, mas ele sempre bebe”. (E39- F. 1 ano).

Outra informação relevante observada nas falas das entrevistadas foi quanto ao uso de espessantes do leite, pode-se perceber as crenças familiares ao consideraram um alimento necessário para o crescimento adequado da criança.

“Agora ele toma mingau, que é o leite, o açúcar e a massa, maisena”. (E25- F. 6 meses).

“Com menos de 1 mês comecei a dar arrozina com camponesa”. (E31- F. 6 meses).

“Com menos de 1 mês eu comecei dar fórmula com mucilon, ela sempre se deu normal, desde o começo, nunca fez mal, tem bebê que faz mal. A ela nunca fez não graças a Deus. Não, ela orientou que se eu pudesse, eu desse mamar ela até seis meses. Caso não conseguisse, eu desse a fórmula. E tomasse cuidado se eu fosse dar massa a ela por conta dela não se dá e fazer mal a ela”. (E36- F. 6 meses).

“Depois de dois meses comecei a dar mucilon e leite”. (E37- F. 10 meses).

“No momento ele toma mingau, ninho e mucilon”. (E5- F. 4 meses).

“Hoje ela toma leite camponesa e mucilon”. (E12- F. 10 meses).

“Nestogeno com mucilon de arroz e aveia”. (E13- F. 4 meses).

“Ela toma o mesmo leite que ela, só que ela toma Mucilon e essa toma arrozina e o ninho, que é que nem a outra tá entendendo?” (E22- F. 3 anos e outro de 1 ano).

6.3.3 Categoria 3 - Cuidados Responsivos

Cuidados responsivos envolvem o atendimento às necessidades das crianças além da biológica, como a resposta dos cuidadores aos sons, gestos e solicitações verbais das crianças, bem como a estimulação cognitiva e a regulação emocional de forma consistente e apropriada. Estes cuidados responsivos permitem às crianças a construção de relações sociais e o fortalecimento do vínculo com suas mães (OMS, 2018).

A categoria aponta os conhecimentos e práticas das mães, relacionadas ao dia de cuidado da criança e a interação entre as mães e seus filhos, envolvendo conversas e brincadeiras, além das práticas parentais positivas no dia a dia dessas crianças (Figura 8).

Figura 8 - Categoria Cuidados Responsivos e respectivos temas e subtemas, a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito-PE, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

No tema **Cuidado com a Criança** podemos observar o cuidado materno na rotina com seus filhos, envolvendo o atendimento às necessidades básicas de higiene e alimentação, com enfoque na amamentação, brincadeiras, bem como suas opiniões sobre o estabelecimento de uma rotina.

“É... de manhã eu vou pra escola, que eu estudo de manhã cedo, e... durante o resto do dia cuido dela normal. Dou banho e tal”. (EI- F. 1 mês).

“Assim, a gente acorda, aí... já, eu dou banho nele, eu dou peito, depois eu faço o leite dele, aí vai indo o dia. Às vezes a gente acorda e já vai direto pra casa da avó dele. A gente passa o dia mais lá”. (E2- F. 4 meses).

“Sono também. Eu sou até bem rígida com o sono dela, não gosto que ela passe de nove horas, porque é um descanso né”. (E3- F. 2 anos).

“Aí de manhã eu acordo, aí ele acorda primeiro junto comigo. Aí eu vou, dou banho, troco de roupa nele, ajeito ele, aí faço o café da manhã dele, dou a ele, aí ele brinca um pouco, aí dou outro banho, aí ele se deita. De tarde brinco com ele... corro, brinco de bola”. (E4- F. 1 ano).

“Eu acordo às seis horas, aí... vou fazer algumas coisas da casa, aí... eu alimento ele, troco fralda, deixo ele trocadinho. Quando é umas oito, nove horas, aí eu dou banho nele, ele dorme, aí ele acorda, dou mamadeira. Brinco um pouquinho, aí eu dou alimento... aí ele dorme de novo... depois acorda e fica no braço”. (E5- F. 4 meses).

“Aí quando é meio dia ela cochila e depois mama de novo, aí vai, a gente vai pra casa da minha mãe, aí só chego de noite. Aí de seis horas ela toma banho de novo, mama, fica brincando”. (E21- F. 3 meses).

“Ele acorda aí come, toma banho, ele assiste aí dorme, tira uma sonequinha, eu ajeito as coisas enquanto ele dorme depois quando ele acorda, brinco com ele”. (E23- F. 6 meses).

“Tem que ser rígida com rotina. Eu não gosto de sair da rotina de jeito nenhum. Porque se eu saio da rotina um dia com ele, é a semana todinha tipo assim, descontrolado. Então eu sou bem chata com isso”. (E6- F. 6 meses).

“A rotina é muito importante. Criança sem rotina é uma criança bagunçada é uma criança estressada é uma criança sem eu acho que sem rumo ela se sente sem rumo”. (E11 - F. 3 anos e outro de 2 anos).

No que se refere ao tema **Práticas Parentais**, ao serem questionadas sobre regras, as entrevistadas opinam quanto à sua importância e referem suas práticas parentais positivas, as quais são baseadas no diálogo com a criança e estabelecimento de regras.

“Regra é essencial em todo lugar né? Pra que uma criança seja, eu sei que criança é criança, mas sempre tem que ter educação, tem que sempre saber chegar e sair do lugares. (E11- F. 3 anos e outro de 2 anos).

“A regra é importante né?” (E17- F. 1 ano).

“Por exemplo tem a regra do celular, eu não dou de jeito nenhum. Não deixo dar celular a ela, porque é uma coisa que vai ficar em cima do rosto dela, vai prejudicar a visão, vai prejudicar a mente dela né. (E3- F. 2 anos).

“Não, eu só digo: Não pode... Aí ele volta pro lugar”. (E4- F. 1 ano).

“Sempre conversando, ele pega uma coisa que não pode, eu tô penteando o cabelinho dele, ele pega o pente, eu: não não pode me dê e vou lá e guardo”. (E6- F. 6 meses).

“Por exemplo, quando tá meus sobrinhos aqui, ela tá... ela tá agora querendo bater, sabe? Nos meus sobrinhos, aí eu: não pode. Aí também quando eu tô fazendo as coisas de casa, ela vai mexer aí não pode, aí eu digo sempre a ela. Ela chora mas a gente tem que falar também porque senão fica acostumada. É só reclamar mesmo, falando”. (E8- F. 2 anos).

“As regras que eu coloco nela é que tipo assim, eu não quero que ela cresça sabendo que se ela fizer algo errado ela vai apanhar. Não, mas eu ensino a ela que não pode”. (E14- F. 1 ano).

“Tipo assim, quando ele tá fazendo alguma coisa errada que ele não quer me obedecer, que ele não me obedece e eu sempre tento falar com ele. Tipo, falar mas não... não é chegar a bater não, essas coisas. Falar pra ele entender que eu tô dizendo que é não”. (E39- F. 1 ano).

“Quando ela fizer alguma coisa errada acho que eu só vou... eu não vou pegar e vou bater nela, ensinar ela já na maneira de violência extremamente, gritar ou dizer ela que ela tem que de todo jeito me respeitar, eu vou tentar conversar com ela e ensinar ela que a gente, é... eu não sou só a mãe dela. Eu sou uma pessoa que ela pode precisar sempre que ela quiser”. (E36- F. 6 meses).

6.3.4 Categoria 4 - Aprendizagem Precoce

Segundo a estratégia *Nurturing Care*, o processo de aprendizagem é um mecanismo embutido nos seres humanos, que acontece nos primeiros anos de vida através das atividades diárias e da interação das crianças com outras pessoas, por meio de gestos, imitações e brincadeiras. Por este motivo, é essencial que as mães e cuidadores favoreçam este desenvolvimento através de estímulos motores, cognitivos e sociais (OMS,2018).

A categoria aponta as oportunidades de aprendizagem das crianças através da influência materna por meio de ações que estimulam o desenvolvimento das crianças nos aspectos cognitivo, motor, emocional e social (Figura 9).

Figura 9 - Categoria Aprendizagem Precoce e respectivos temas e subtemas, a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito-PE, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Em seus relatos acerca do tema **Estímulo ao Desenvolvimento por Parte das Mães no Contexto Domiciliar**, algumas entrevistadas demonstram conhecer algumas atividades que estimulam o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, como brincadeiras e estímulos específicos da faixa etária, brinquedos adequados à faixa etária, contato com livros, músicas e jogos de encaixe. Outras entrevistadas, por sua vez, tiveram dificuldade em exemplificar situações voltadas a este estímulo à aprendizagem.

“Deixo ela de brincos para ela desenvolver o movimento do pescoço”. (E1- F. 1 mês).

“Brinco com os brinquedinhos dela, ela tem os brinquedos de montar. Eu chamo ela pra brincar... Tem minha sobrinha também né, que também brinca com ela, aí brinca de mercado, de doutora, de tudo. Às vezes eu saio com ela também, ela anda de bicicleta, tem o carrinho dela para ela brincar”. (E3- F. 2 anos).

“Eu brinco com ele de carrinho, corro com ele, fico brincando com ele. Com ela só dá cheiro é brincar né, conversar com ela”. (E4- F. 1 ano e outro de 3 meses).

“Ele gosta de ver os livrinhos que ele tem, ele brinca com aqueles... sabe? aquelas forminhas? Ele brinca”. (E9- F. 3 anos).

“A gente sempre construir coisas, tipo é... fez um negócio de boliche a gente foi, fez uma tabelinha pra ficar passando assim com jogos cognitivos, tem o de coordenação motora aí sempre isso, sempre pra gente fazer junto”. (E11- F. 2 anos).

“Eu gosto de cantar musiquinha pra ela sobre número, cor. Gosto de brincar com as mãos dela ensinando ela, contando”. (E14- F. 1 ano).

“Assim, que eu saiba não sei se é apropriado não, acho que não”. (E13- F. 4 meses).

“Não sei”. (E22- F. 1 ano).

“Não. Falar a verdade não”. (E23- F. 6 meses).

Quanto às brincadeiras mais frequentes, as cuidadoras mencionaram brincadeiras que acreditam estimular a aprendizagem das crianças, entre elas o diálogo, montar quebra-cabeças e desenhos educativos. Algumas participantes mencionaram não brincar ou terem dificuldade para as brincadeiras nas interações diárias com seus filhos.

“A gente brinca muito com ele, conversa, essas coisas com ele, sabe? A gente deixa ele sentadinho, aí vê como ele brinca com as mão, dá brinquedinho pra ele”. (E2- F. 3 meses).

“Eu brinco de professora, por exemplo, pra ela desenhar”. (E3- F. 2 anos).

“Eu corro pra ele ficar mais equilibrado, que ainda ele não é muito prático de andar”. (E4- F. 1 ano).

“A gente sempre dá brinquedinhos que ajudam, tipo, ajuda ele na pega, que ele não sabia pegar direitinho, a gente foi comprou uns que tipo, ele consegue pegar melhor... e... é isso. Conversa muito com ele, muito muito mesmo”. (E6- F. 6 meses).

“Eu converso com ela, eu também ensino ela muito a falar, sabe? As palavras, aí ela é muito inteligente também porque ela fala tudo, e eu vou ensinando mais ainda ela falar as palavras, entendeu?” (E8- F. 2 anos).

“Eu faço perguntas a eles de cor, número, o que é o animal e ele sabe responder tudinho”. (E9- F. 3 anos).

“Só boto o desenho pra ela”. (E10- F. 3 meses).

“Brincar de esconde-esconde com ele, boto os brinquedinho pra ele ir montando, quebra-cabeça. Já pra ele se desenvolver mais”. (E34- F. 2 anos).

“Eu brinco bastante com ele, falo bastante com ele tento botar ele embrulhado pra ele tentar virar, faço bastante coisa”. (E35- F. 8 meses).

“Quando ele está assistindo eu sempre gosto de botar algum desenho que ensina ele alguma coisa num tem? É sempre isso que eu faço”. (E39- F. 1 ano).

“Só quando ela pega o livro assim que ela pergunta alguma coisa, algum animal, essas brincadeira assim”. (E27- F. 2 anos).

“Não brinco de nada [risos], ele que brinca sozinho”. (E30- F. 3 anos).

“Não lembro”. (E36- F. 6 meses).

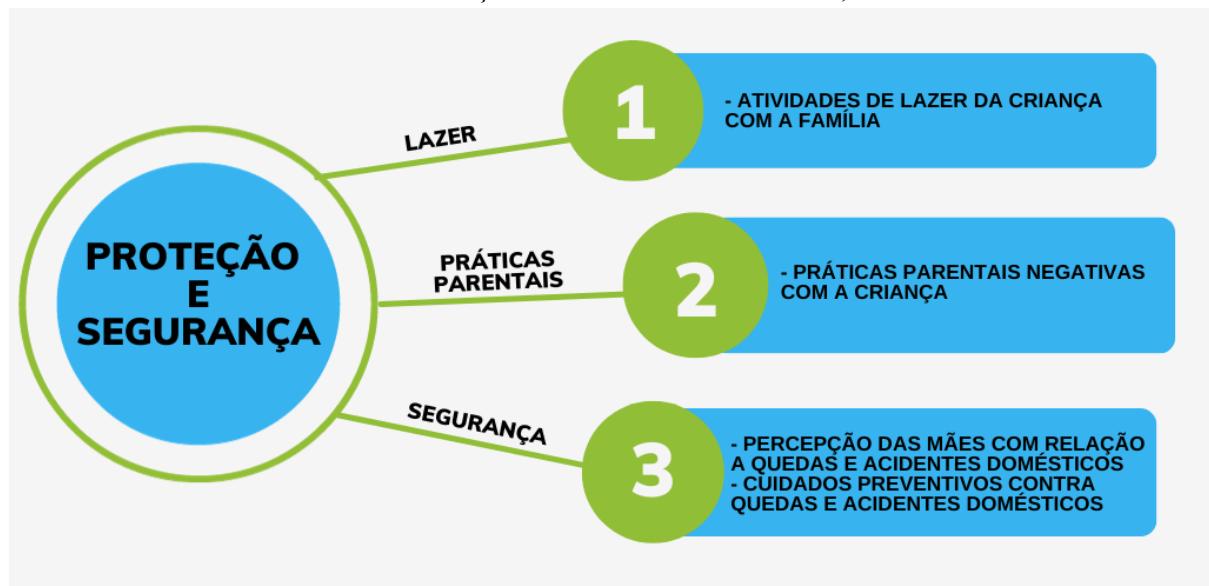
“Sou muito de brincar não”. (E18- F. 3 meses).

6.2.5 Categoria 5 - Proteção e Segurança

A estratégia Nurturing Care visa garantir a proteção e segurança das crianças a partir de políticas de apoio à renda, proteção e serviço social, promoção de lazer em áreas urbanas e rurais, bem como um ambiente familiar saudável e protegido de riscos. Como também proteção contra a violência familiar, que envolve violência física, castigos, ameaças e abandono. Essas experiências causam medo e estresse incontroláveis que podem levar a um desajuste emocional, mental e social (OMS,2018).

A categoria proteção e segurança contemplou neste estudo as atividades familiares de lazer, práticas parentais negativas, que envolvem castigos e violência física, bem como a segurança no ambiente familiar (Figura 10).

Figura 10 - Categoria Proteção e Segurança e respectivos temas e subtemas, a partir dos conceitos e experiências de mães de crianças de zero a três anos. Bonito-PE, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Quanto ao tema **Lazer**, a maioria das entrevistadas citam práticas religiosas como atividades de lazer, outras mães também costumam frequentar praças, casas de familiares, e piscinas com seus filhos. Algumas participantes tiveram dificuldade em apontar atividades de lazer realizadas em família.

“Só a igreja mesmo. Mas agora a gente não tá indo muito não”. (E1)

“Igreja às vezes. De 15 em 15 dias”. (E2)

“É mais igreja. Às vezes eu vou todo domingo, às vezes vou em meses, porque como eu tive ela agora, eu não fui ainda”. (E3)

“Não é sempre, mas às vezes igreja, é às vezes vai dar um passeio com ele numa sorveteria... A gente leva ele só pra passear, respirar um pouquinho, né? Porque como a gente passa a semana inteira em casa, então o fim de semana é sempre bom dar uma saidinha. (E6)

“Eu vou pra igreja com ele nas quarta-feira, e assim, quase todo domingo a gente vai pra piscina, a gente leva ele pra piscina, a gente já foi pra praia também com ele. Pra praça a gente vai no domingo à noite”. (E9)

“Vamos pra igreja, toda sexta e domingo”. (E10)

“Não, o que mais a gente vai é pra igreja só. É difícil sair”. (E13)

“Eu vou sempre de tarde, eu vou pra pracinha com ele, de noite as vezes eu vou pra igreja”. (E38)

“Todo dia vou para a casa da minha mãe e para a igreja, uma vez no mês”. (E20)

“Piscina, todo final de semana, também levo ele pra rua, lанcho e volto”. (E4)

“A gente de vez em quando sai, aí vai pro restaurante, vai pra praça normalmente”. (E11)

“Às vezes, é raro mas a gente vai às vezes. Pra praça a gente não vai. Às vezes a gente vai pra piscina, a gente vai mais pra piscina, entendesse?” (E17)

“Sim gente sempre sai tipo, um final de semana assim quando dá a gente tá indo tipo pro sítio, pra casa da minha vó. A gente vai pra uma piscina, vai andar com ele, distrair, sempre é isso”. (E39)

“Pra casa dos outros, dá uma passeada, casa da minha mãe”. (E31)

“Difícil a gente sair”. (E5)

“Não frequentamos”. (E12)

“Não. Agora não”. (E15)

No que se refere às **Práticas Parentais** negativas, que comprometem a proteção das

crianças, as mães adolescentes relatam o uso de práticas, principalmente voltadas para gritos, a partir da expectativa de obediência da criança, tapas e violência física como formas de educação parental.

“Eu não bato. Às vezes eu grito, bato de castigo, sentada cinco minutos. Sem brincar, sem nada. Mas eu não bato né. É, assim né, eu digo a ela isso não pode, isso pode. Às vezes ela não obedece. Às vezes eu grito com ela, às vezes ela obedece direitinho, aí... eu, eu digo a ela né, muito bem, tem que obedecer assim. Por exemplo, quando ela faz o certo eu elogio ela, quando ela faz o errado, aí eu repreendo”. (E3- F. 2 anos).

“Às vezes eu dou uns gritos nele, mas eu não... não sou de bater nele. Eu repreendo ele, sempre coloco ele de castigo. Ou na cama dele ou no quarto dele. Já bati, já bati nele. Mas eu não sou de bater assim constante não, ele não é de apanhar”. (E9- F. 3 anos).

“Eu geralmente eu converso, né? Eu sei que eles já entendem, mas eu sou, vez ou outra a gente sempre se estressa, dá uma palmadinha, mas assim sou totalmente contra essa, essa forma de educar, né? Eu sou mais da educação na palavra, na conversa de, de orientar de outra forma, tirar atenção”. (E11- F. 3 anos e outro de 2 anos).

“Eu pego na mão dele e digo: Não pode. Aí tem vez que ele não escuta, aí ele quer bater, eu dou uma palmadinha assim e pronto, aí ele para”. (E15- F. 1 ano).

“A regra é importante né? Mas ele, ele não me obedece não [risos]. Eu digo a ele: fique aqui viu? Ele fica não. Peço um negócio a ele, ele não faz não [risos]. Eu falo que não pode né? Não, não pode, mas ele faz do mesmo jeito.. Grito: Sai daí, pode não. Aí às vezes eu bato na mão dele”. (E17- F. 1 ano).

“Apanhar, apanhar não né, é só umas tapinhas na mão quando tá teimando, tá entendendo?” (E22- F. 3 anos e outro de 1 ano).

“Quando eu vejo que ele faz alguma coisa de errado eu ensino a ele o cantinho do castigo: Olha, se você fizer isso e isso de errado, você vai ficar aqui. Aí ele já sabe. Às vezes eu dou uma tapinha só. Eu não sou muito de bater nele não”. (E34- F. 2 anos).

“Assim eu converso com ele, só que ele é meio estressado né, capaz de voar em cima da pessoa. Converso com ele. Tem hora que eu grito com ele. Aí assim vai. Castigo eu bato não, mas palmada de vez em quando eu dou”. (E40- F. 3 anos).

“Reclamo com ela, ela fica calada. Tem vez que ela surta pro meu lado. Ela obedece mais a minha mãe do que eu. Não, tem vez que eu dou tapa nela. Ela fica com a cabeça baixa”. (E41- F. 1 ano).

No tema **Segurança**, as entrevistadas opinaram a respeito da prevenção de quedas e acidentes domésticos. Um fato importante a ser ressaltado é que entre os cuidados preventivos contra quedas e acidentes domésticos, a maioria referiu evitar ficar longe de seus filhos ou deixá-los sozinhos, proteção na cozinha quanto ao risco de queimaduras, além da compreensão por parte de algumas, quanto a serem eventos que acabam ocorrendo e fazem parte do processo de amadurecimento da criança.

“Essa daí é uma coisa que tem que tomar um extremo cuidado. Nunca deixo ela sozinha em canto nenhum, só se for no berço e ela dormindo mesmo, que tem grade e tal, mas sozinha em momento nenhum eu deixo, até no carrinho, se eu sair um minuto, eu tenho que deixar alguém olhando ela”. (E1) Criança de 1 mês.

“Acho que é falta de responsabilidade também. Sempre deixo ele escorado na cama, não deixo... ele sozinho, sempre quando eu vou no banheiro o meu esposo olha, os meus irmão, não gosto de deixar ele sozinho de jeito nenhum”. (E2) Criança de 4 meses.

“Não deixo eles espalhado pela casa, sempre ta perto de mim os dois, por causa que menino é muito... levado”. (E4) Criança de 1 ano e outra de 3 meses.

“É perigoso né? Porque às vezes uma queda pode até atrapalhar no desenvolvimento dele. Aí.. evito deixar ele na beira da cama, deixo ele mais no berço... carrinho eu sempre deixo ele no cinto”. (E5) Criança de 4 meses.

“Sempre quando eu tô fazendo alguma coisa ele fica no carrinho e fica com cintinho sabe? E longe”. (E6) Criança de 6 meses.

“O povo diz que eu sou obsessiva assim nessas coisas, porque... eu tenho muito cuidado nela, até deixo de cuidar de mim sabe? Pra cuidar dela. Coisa assim... no chão pequena, eu não gosto de deixar no chão pra ela não colocar na boca. Ela tá brincando assim com as coisas assim pontiagudas né? Aí eu esconde tudo. Coisas assim, garfo, faca, tudo escondido porque ela mexe em tudo. Sabe? Ela pega, ela abre as coisas, ela quer pegar... a minha televisão mesmo, ela... eu tenho medo porque ela fica balançando, tenho medo de cair aí... é... muito cuidado mesmo. Eu tenho medo até de deixar ela com outra pessoa, até com gente da família. Assim, é porque a mãe é assim, né? A gente tem medo. Quando eu tô num lugar que deixo ela, eu tenho medo de acontecer alguma coisa. Até é... o povo diz que é coisa da minha cabeça, mas eu não gosto de deixar ela com ninguém, de tanto cuidado que eu tenho nela sabe?” (E8) Criança de 2 anos.

“Acho que é da vida né? A gente cai a gente tem que evitar tem que evitar, mas assim acidente doméstico eu acho uma coisa que é mais falta de atenção porque são coisas que devem ser mais evitadas, mas questão de queda eu acho que é inevitável toda criança vai cair eu digo cai levanta pra cair de novo”. (E11) Criança de 3 anos e outra de 2 anos.

“Eu acho que muita das vezes é a mãe que esquece do filho né? Deixa o filho pra lá e muita das vezes se machuca. Mas a pessoa tem que ter muita atenção”. (E16) Criança de 3 meses.

“Eu nunca deixo nada fácil e nunca deixo ele perto de mim, com essas coisas. Sempre protejo ele das coisas. Sempre tô de olho nele. Não deixo ele só em nada”. (E34) Criança de 2 anos.

“Não deixo ela perto do fogo. Não deixo ela pegar em coisa quente, e ela quer pegar [risos], tem vez que ela quer ir pra lá pra beira do rio”. (E41) Criança de 1 ano.

“Sei lá... sei não, não sei desses cuidados... sei lá. Mas ele só fica no chão quando eu tô perto. Ele só brinca com uma coisa quando eu tô perto, ele passa mais o dia no meu braço.”. (E15) Criança de 1 ano.

“Queda e acidente.... acho normal né, que essas pessoas quando tá andando que tá crescendo, gosta muito de bagunçar, de vez em quando cai. Acho que normal. Assim eu

não faço nada não que... esses negócio ele não faz, nesses negócio de perigo assim ele não faz, quando nós diz não ele não vai". (E40) Criança de 3 anos.

"Acho que isso acontece. Não faço nada pra evitar". (E27) Criança de 2 anos.

7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, em um município do interior do estado de Pernambuco, indicaram as práticas parentais de mães adolescentes para com seus filhos na primeiríssima infância, de acordo com suas crenças, sentimentos, conhecimentos e habilidades envolvidos nos cuidados rotineiros às crianças, bem como as relações afetivas entre eles.

As principais vivências experienciadas no cuidado foram exemplificadas nos cuidados diários de higiene, cuidados com o sono, as conversas, as práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, as práticas alimentares, o estabelecimento de regras e rotinas e a prevenção de acidentes domésticos.

Na perspectiva dos sentimentos, as mães adolescentes compartilharam a sua jornada de se tornarem mães desde a descoberta da gravidez até a falta de planejamento. As gravidezes foram em alguns casos indesejadas, porém, mudanças de sentimentos foram destacados ao longo desta trajetória, a partir de verbalizações quanto aos sentimentos de não arrependimento, amor incondicional, felicidade, aprendizagem, apoio e responsabilidade no cuidado com a criança.

Ao analisar os dados sociodemográficos das participantes, identificou-se em sua maioria precárias condições de escolaridade, com predominância do ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto e interrupção dos estudos por uma maior parte das participantes. Quanto às condições de trabalho e renda, a maioria reportou a renda própria vinda de programas de transferência de renda do governo. Já no que se refere à raça/cor, a maioria se autodeclara parda ou preta.

A gravidez não planejada também foi um acontecimento predominante entre as mães adolescentes. Quando se trata da quantidade de filhos, as participantes do estudo chegaram a vivenciar até 3 gestações, porém a maioria possuía apenas um filho. Quando se refere ao estado civil das participantes, a maior parte declarou estar em uma união estável, ainda assim uma parcela importante se declarou solteira e cuidava de seus filhos sem a presença do genitor no dia a dia.

A maternidade precoce está associada a baixos índices de escolaridade e renda. A demanda advinda dos cuidados diários com outro ser humano muitas vezes tem impacto na dinâmica familiar, na qualidade dos vínculos afetivos e na trajetória profissional e escolar. Dados do Ministério da Educação mostram que 18% dos motivos de evasão escolar estão relacionados com a gravidez na adolescência (Sousa et al., 2018).

A relação entre a idade da primeira gestação da mulher e seu desenvolvimento profissional é explicada através da faixa etária em que ocorre a gravidez. A gravidez precoce, bem como as restrições específicas relacionadas a ela, em contextos em que o trabalho doméstico não é compartilhado igualmente entre a mãe e o pai da criança, traz dificuldades em relação ao futuro profissional dessa mulher, assim como sua inserção ou reinserção no mercado de trabalho (Santos et al., 2017), que podem contribuir para a perpetuação de ciclos de pobreza.

De acordo com o Censo Demográfico (2010), a parcela de jovens brasileiras entre 15 e 19 anos que não estão inseridas no mercado de trabalho ou não frequentam a escola é maior entre adolescentes que já tiveram filhos em relação às que nunca foram mães. Além do mais, é notável que o percentual de fecundidade entre jovens nesta faixa etária que se declaram pretas e pardas é elevado, chegando a 69%.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2021), 66% das gestações em adolescentes são consideradas indesejadas, o que pode estar associado a fatores como desinformação, falta de apoio da rede familiar e da comunidade. Outras razões como o desconhecimento e falta de acesso aos métodos contraceptivos disponíveis no mercado e na rede pública, bem como informações adequadas para a realização de um planejamento reprodutivo e familiar impactam diretamente no alto índice de gestações indesejadas no período da adolescência.

A via de nascimento mais frequente foi o parto normal e o acompanhamento pré-natal se deu de forma satisfatória quanto ao número de consultas realizadas na Estratégia Saúde da Família. Porém, identificou-se que o acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura acontecia de forma irregular na metade dos casos. Além disso, identificou-se a ausência da Caderneta da Criança por 15 crianças.

Tendo em vista que o contexto em que as crianças estão inseridas é determinante para os desfechos de saúde e para o desenvolvimento infantil, é importante salientar que condições desfavoráveis de moradia, renda e escolaridade das crianças e famílias pode estar diretamente relacionado a consequências negativas na parentalidade e desenvolvimento infantil.

O acompanhamento realizado nas consultas de puericultura é essencial para o acompanhamento de saúde da criança, sendo este um momento crucial para detecção de situações de vulnerabilidade, déficits e atrasos no processo de desenvolvimento psicossocial e motor. Todas essas informações devem ser registradas no prontuário e na Caderneta da Criança, a qual torna-se um recurso de extrema importância para o suporte materno e multiprofissional no processo de assistência à saúde da criança (WHO, 2018).

A impressão e distribuição das Cadernetas da Criança (CC) foram suspensas durante a pandemia de covid-19. A empresa com a qual o Ministério da Saúde havia firmado contrato na época, alegou dificuldades para conseguir matéria-prima e, eventualmente, entrou em situação de desativação, o que causou o rompimento do contrato e consequentemente afetou o fornecimento da caderneta a milhares de crianças (Paula Laboissière, 2023).

A CC é o principal instrumento para a vigilância do crescimento e desenvolvimento saudáveis segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Uma revisão sistemática identificou que as CC são eficazes para a melhora da saúde, com impactos positivos na promoção da busca de cuidado, melhor conhecimento e práticas de cuidado e diminuição da morbidade e mortalidade infantil (Carandang et al., 2021).

Famílias em situação de vulnerabilidade, pobreza, violência e precárias condições de saúde mental, são menos capazes de proteger suas crianças e promover uma parentalidade positiva e estímulo ao desenvolvimento das crianças (OMS,2018). As pesquisas mundiais apontam para o risco de 2 a cada 5 crianças na primeira infância não atingirem o desenvolvimento integral (Jeong, 2021; Zhang, 2021).

Para a sistematização dos resultados e da presente discussão, os achados estão relacionados aos eixos temáticos estratégicos da *Nurturing Care*: saúde, nutrição, cuidados responsivos, aprendizagem precoce e proteção e segurança.

Na categoria Boa saúde, os dados apontaram as condições maternas, desde o planejamento e aceitação da gravidez, a experiência da gestação e parto, as relações no cuidado, como cuidados com a saúde das crianças, práticas de higiene, rotina de sono, práticas parentais positivas envolvendo brincadeiras estimulantes como fatores importantes para a promoção da parentalidade e do desenvolvimento infantil.

Os resultados ainda evidenciaram o acesso a telas por crianças menores de dois anos, bem como uso excessivo delas após os dois anos de idade, sendo este através de aparelhos celulares ou de televisores. Apesar deste fato, algumas mães afirmaram tentar oferecer desenhos educativos com frequência.

Atualmente, evitar o uso de telas por crianças é um desafio para as famílias na atualidade, pois estes dispositivos fazem parte do cotidiano da maioria das famílias e muitas vezes são utilizados para acalmar a criança ou para entreter-las enquanto os cuidadores realizam tarefas profissionais e domésticas (Radesky et al., 2016). Entretanto, o uso indiscriminado de telas nos primeiros anos de vida bombardeia a criança de estimulações que ultrapassam a capacidade de elaboração do seu cérebro ainda em desenvolvimento (Assemany, 2016).

A presença precoce das telas nas interações sociais pode prejudicar a disponibilidade do cuidador, com uma menor sensibilidade parental às necessidades dos filhos e menor qualidade das interações quando esses dispositivos estão sendo utilizados (McDaniel & Radesky, 2018).

Nesse contexto, estudos encontraram associações entre maior exposição às telas na primeira infância e atrasos cognitivos e de linguagem (Lin Ly et al., 2015), dificuldades na autorregulação (Cerniglia et al., 2020); comportamento sedentário e obesidade, menor tempo e qualidade de sono e aumento de problemas socioemocionais em crianças (Cheung et al., 2017).

De modo geral, as associações de pediatria indicam que bebês não sejam expostos às telas nos dois primeiros anos de vida, e que crianças entre 2 e 5 anos não passem mais de uma hora por dia em frente aos eletrônicos (SBP, 2019). Apesar dessas recomendações, pesquisas têm mostrado que o uso de telas nos primeiros anos de vida é frequente e sua iniciação é precoce (Hiniker et al., 2019). Um estudo realizado no Brasil com 180 crianças entre 24 e 42 meses, mostra que 63% apresentam tempo de uso superior a duas horas por dia (Nobre et al., 2021).

Outro ponto observado foi a sobrecarga materna no dia a dia de cuidados com os filhos, seja devido à deficiência e/ou falta de rede de apoio ou até mesmo referente ao acúmulo de atividades que envolvem a maternidade solo. Dentre os sentimentos experienciados pelas mães, a privação de sono, mudança de identidade, perda da liberdade e dificuldade em manter os estudos foram encontrados nos relatos.

Este aspecto pode estar relacionado ao acúmulo de atividades do ambiente doméstico e falta de compartilhamento das responsabilidades domésticas com seus companheiros ou

ausência deles, portanto atuando nos papéis de mãe e cuidadora do lar, exercendo múltiplas funções dentro do ambiente domiciliar, além de algumas vezes estar associado ainda ao trabalho externo.

Um estudo que corrobora os nossos achados, aponta que mães com atividades profissionais e na família possuem maiores índices de estresse, cansaço e fadiga, tendo como consequência a propensão para práticas parentais negativas, que podem levar a sentimentos de culpa e incapacidade materna no desempenho das múltiplas funções (Deus, 2022).

A ausência de uma rede de apoio é um fator negativo para a parentalidade e desenvolvimento infantil, uma vez que a estrutura familiar e o ambiente domiciliar têm papel fundamental na construção dela, podendo auxiliar e dar continuidade às práticas parentais positivas. A rede de apoio diz respeito ao auxílio, suporte e amparo na promoção do desenvolvimento infantil, bem como no enfrentamento de possíveis adversidades (Marinho, 2021).

Além disso, a presença da figura paterna no cuidado da família influencia no bem-estar materno e pode levar a diminuição do estresse, gerando um ambiente estimulador e responsável. Da mesma maneira, a paternidade ausente e a não interação entre pais e filhos é um fator de risco para o desenvolvimento cognitivo da criança (Cruz, 2020).

Estudos apontam que na grande maioria as vezes, as mães ou parentes adultos do sexo feminino sempre serviram como cuidadoras primárias de bebês e crianças pequenas. Com o evoluir dos tempos, houve a entrada da mulher no mercado de trabalho e uma maior participação dos pais na criação dos filhos (Keller, 2007).

No entanto, a parentalidade igualitária ainda não foi alcançada, e os pais, na maioria das vezes, mesmo convivendo com a criança, não participam ativamente do processo de cuidados diários e de educação parental. Mesmo nos Estados Unidos, onde os pais podem prestar mais cuidados aos seus bebês e crianças pequenas, os pais ainda cuidam consideravelmente menos dos bebês do que as mães (Bornstein; Putnick, 2016).

No que se refere à categoria Nutrição adequada, identificou-se principalmente temas relacionados ao aleitamento materno e alimentação infantil. Dentre os resultados pôde-se observar que uma quantidade considerável de mães nunca amamentou ou o fez por menos de 6 meses, seja devido a motivos como percepção de leite insuficiente, dificuldades na adaptação da amamentação e até mesmo o desejo de não amamentar. A minoria permaneceu amamentando por um período maior que 6 meses e apenas 3 mães amamentaram por 2 anos ou mais.

Quanto à introdução alimentar, foi observado um início precoce ao ofertarem alimentos para as crianças menores de 6 meses de idade. Outro ponto, foi o esforço de algumas mães em tentarem ofertar alimentos saudáveis de acordo com as recomendações profissionais e por outro lado, a oferta de industrializados e açúcares por outro grupo de participantes.

Os dois primeiros anos de vida são caracterizados por crescimento e desenvolvimento acelerados, sendo a alimentação essencial nesses processos. A demanda nutricional do lactente é atendida pela amamentação exclusiva até o sexto mês. Após esse período outros alimentos são necessários, mas recomenda-se manter o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais (Brasil, 2010; Bernardo, Cesar, WHO, 2013).

Portanto, torna-se essencial que as mães adolescentes tenham conhecimentos sobre os benefícios da amamentação. Nos resultados observados, algumas mães referem ter abandonado a amamentação mesmo sabendo alguns de seus benefícios. As pesquisas apontam que apesar do conhecimento das vantagens da prática e dos esforços para o incentivo ao aleitamento materno, as taxas de desmame precoce ainda são elevadas em nosso país (Andrade et al., 2018).

Em um estudo desenvolvido em Minas Gerais, foi evidenciado que as adolescentes quando questionadas sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mãe e para o filho, demonstraram insegurança e dúvidas ao destacar seus benefícios. Outra pesquisa realizada no Piauí com puérperas adolescentes, mostra que quando questionadas sobre as vantagens da amamentação, a maioria delas afirmou saber que é vantajoso para a proteção imunológica do bebê e para evitar a desnutrição, desconhecendo outras vantagens e importância (Soares, 2016).

Assim como observado nos resultados desse estudo, muitas mães introduzem outros leites na alimentação dos filhos de forma precoce, como justificativa elas afirmam que os motivos estão relacionados à percepção de quantidade insuficiente e baixa qualidade do leite materno (Oliveira et al., 2015). Porém, as evidências mundiais mostram que a maioria das mulheres são biologicamente capazes de produzir leite suficiente para atender as demandas nutricionais de seus filhos (Brasil, 2015).

Quando se trata de nutrição, é importante citar que a alimentação infantil tem extrema influência no desenvolvimento das crianças. Quando a nutrição não se dá de forma insatisfatória pode haver consequências negativas em vários aspectos da vida, desde problemas comportamentais, a questões de saúde e até riscos ao desenvolvimento integral na infância (Drennen et al., 2019).

O déficit nutricional pode resultar também em problemas a longo prazo, como baixo desempenho escolar, déficit cognitivos e doenças crônicas na vida adulta, que podem perpassar até a geração subsequente, impactando não só nas condições de saúde como também nas socioeconômicas (Drennen et al., 2019).

Considerando a cultura brasileira, as crenças populares são conflitantes com as recomendações para alimentação do lactente, como a oferta de água para saciar a sede e chás para aliviar cólicas. Essas crenças associadas à de que o leite materno é insuficiente para suprir as necessidades da criança podem resultar na introdução de substitutos do leite materno precocemente (Oliveira et al., 2015).

Outro fator que influencia na introdução precoce da alimentação complementar é a idade materna. Mães adolescentes amamentam seus filhos por menos tempo quando comparadas às mães adultas, devido a fatores como rede de apoio e retorno à vida escolar. A introdução precoce de alimentos complementares na dieta de uma criança diminui a duração do AM, interfere na absorção de nutrientes considerados importantes, como o ferro, e aumenta a morbimortalidade infantil (WHO, 2010).

Estudos mostram que a alimentação de crianças brasileiras envolve baixo consumo de frutas e hortaliças, sendo elevada a participação de alimentos ultraprocessados na dieta (Bartolini et al., 2012). Condutas alimentares inadequadas nessa fase podem trazer diversas consequências negativas, como retardo de crescimento, atraso intelectual, anemia, aumento de peso e, a longo prazo, desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (Monteiro et al., 2016).

Ao analisar os fatores associados ao consumo alimentar infantil, os aspectos socioeconômicos são determinantes no conhecimento e compreensão da prática da alimentação saudável. As pesquisas em que o consumo de produtos industrializados pelas crianças foi significativamente mais elevado mostram mães com menores níveis de escolaridade e renda familiar, devido ao importante papel do ambiente familiar na formação dos hábitos alimentares na infância (Sotero et al., 2015).

O nível de escolaridade diminuído dos pais pode gerar uma oferta de alimentos que não são considerados saudáveis, com elevado teor de açúcares, gorduras e ultraprocessados, devido ao entendimento insuficiente dos cuidados de saúde e das recomendações nutricionais. Portanto, apesar das dificuldades socioeconômicas existentes, é necessário que os profissionais reforcem práticas parentais que estimulem a nutrição adequada desde o momento do nascimento, para obtenção de um desenvolvimento integral infantil.

Na Categoria dos Cuidados responsivos, foram identificados relatos das mães sobre as interações diárias entre mães e filhos e a aplicação da parentalidade positiva dentro dessa relação. Dentre as práticas parentais relatadas, o diálogo foi a principal forma de educar e ensinar o certo e o errado, envolvendo nos relatos a validação dos sentimentos de seus filhos e a comunicação responsável. Também foi observado o uso de brincadeiras com os brinquedos da criança, brincadeiras como corrida, “pega-pega”, esconde achou, bem como as atividades que envolviam música, livros e jogos cognitivos e de estimulação motora.

A definição de práticas parentais envolve ações e métodos para ensinar valores ou chamar a atenção da criança para adotar comportamentos e atitudes ou corrigi-los, com efeitos positivos ou negativos. As práticas positivas mais comuns são as que envolvem orientação de comportamentos, as expressões afetivas, o envolvimento dos pais no brincar e o reforço à disciplina adequada (Macana e Comim, 2015).

Os pais proporcionam o ambiente primário nos primeiros anos de vida de uma criança e são o ponto de entrada de muitas intervenções de apoio ao desenvolvimento infantil. Estas práticas parentais são essenciais, pois atuam como fatores de oportunidade e estimulação (Jeong, 2021; Zhang, 2021).

As práticas parentais positivas proporcionam um desenvolvimento integral das crianças, pois propiciam aumento da cognição, do aprendizado, do estímulo à linguagem, aprendizagem e memória e melhoram a comunicação e a validação de sentimentos (Britto, 2018; Jeong, 2021; Zhang, 2021).

Estudos mostram implementação de intervenções de estimulação aos cuidados responsivos para crianças de 2 a 3 anos de idade em países de baixa e média renda. Uma revisão de 75 programas parentais, que incluiu 14 estudos sobre estimulação psicossocial ou cuidados responsivos mostrou que nesses países as intervenções tiveram efeitos significativos no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades de linguagem e no desenvolvimento de habilidades motoras (Prado et al., 2019).

No que diz respeito à categoria de Aprendizagem precoce, foram evidenciadas o papel das mães como estimuladoras da aprendizagem, pois as mesmas desempenham atividades diárias de brincadeiras e estímulos ao desenvolvimento de seus filhos, com por exemplo utilizando jogos educativos, atividades de leitura e músicas educativas.

Os resultados ainda evidenciam as atividades que as participantes faziam para estimular o desenvolvimento de suas crianças, as quais envolviam diálogo, montar quebra-cabeças e desenhos educativos. Algumas participantes mencionaram não brincar ou terem dificuldade no conhecimento de atividades que promovem o desenvolvimento infantil.

Pode-se observar que mesmo com acesso à informação, existe o desconhecimento de práticas estimulantes ao desenvolvimento por parte de algumas participantes, o que pode estar diretamente relacionado a determinantes sociais de renda e escolaridade, a falta de letramento parental das adolescentes ou uma desmotivação.

As brincadeiras exercidas diariamente são consideradas meios de aprendizagem natural e novas descobertas para as crianças na primeira infância, podendo acontecer de forma conduzida pelos cuidadores e promovendo assim o estímulo desejado de maneira sutil, permitindo que a criança se sinta no controle da brincadeira e alcance seu desenvolvimento pleno (Weisberg, 2018).

Pesquisas retratam que o aprendizado infantil acontece por meio do contexto em que a criança está inserida, suas interações com esse ambiente e através de relacionamentos afetivos. Portanto o uso dessas atividades lúdicas no ambiente domiciliar facilita o processo de aprendizagem sem imposição, o que gera motivação e interesse por parte das crianças (NCPI, 2014).

Existem inúmeros benefícios quando se trata de atividades lúdicas, dentre eles estão a aquisição de novos conhecimentos, habilidades cognitivas, linguísticas e motoras. Essas atividades estão diretamente relacionadas à promoção de competências sociais e de autorregulação emocional (Pasek; Golinkoff, 2008).

Estudos corroboram com os resultados positivos das interações parentais com aspectos de estimulação psicomotora nos resultados de linguagem, habilidades cognitivas, desenvolvimento motor e habilidades psicossociais de crianças na primeira infância (Britto, 2018). Estes resultados sugerem que ambientes acolhedores e estimulantes com as oportunidades de brincar e comunicar desempenham um papel significativo nos resultados do desenvolvimento infantil.

Quando se fala da categoria Proteção e segurança, os resultados retratam os momentos de lazer das famílias, os cuidados para prevenção de acidentes domésticos e as práticas parentais punitivas. Com relação ao lazer, foi observado as práticas religiosas como as mais comuns, outras atividades encontradas foram visitas a parques, praças e piscinas. Também pôde-se observar a ausência de atividades de lazer em algumas famílias.

Diante das poucas práticas de lazer observadas, é importante salientar que a infância é a fase da brincadeira, as crianças devem estar inseridas em ambientes que proporcionam essa liberdade, e apesar de algumas crianças frequentarem locais que estimulam o brincar, essas correspondem a menor parte delas.

O brinquedo, a brincadeira e o jogo mostram a verdadeira personalidade do ser humano, pois são momentos de liberdade onde eles se divertem e extravasam seus pensamentos, sentimentos, valores e comportamentos. Por meio dela, a criança libera energia, expande sua criatividade, fortalece a sociabilidade e estimula a liberdade, estando todos esses fatores intrinsecamente ligados ao desenvolvimento infantil (Kishimoto, 2010).

Outro fato importante foi o uso frequente de práticas parentais punitivas, como formas de educação ou no intuito de repreender ações que as mães considerassem inadequadas, essas ações envolviam gritos, punições e castigo, também foi observado práticas de violência física através de palmadas. Não houve relatos de outros tipos de violência física ou que envolvessem objetos potencializadores.

As práticas parentais negativas mais frequentes referidas na literatura são o abuso físico e psicológico, a disciplina coercitiva, a punição inconsistente e a comunicação negativa (Macana e Comin, 2015). A violência contra as crianças no seio da família é uma das formas mais comuns de maus-tratos infantis e ocorre frequentemente devido a métodos de punição severos utilizados para disciplinar as crianças (UNICEF, 2010).

As práticas de disciplina parental podem ser classificadas em três categorias principais: não violentas (remoção de privilégios, explicação por que algo está errado); psicologicamente agressivas (xingamentos, gritos) e fisicamente violentas (bater ou bater com um objeto). A punição severa inclui o uso de práticas psicologicamente agressivas e fisicamente violentas e estas são consideradas violência contra crianças ou maus tratos infantis (Baker-Henningham; Francis, 2018).

A punição severa é considerada um fator de risco para o desenvolvimento e para a persistência de problemas de comportamento infantil (Jaffee et al., 2012). Uma revisão com 124 estudos encontrou associações significativas entre abuso físico e emocional infantil e depressão, uso de drogas, tentativas de suicídio e abuso emocional (Norman et al., 2012).

Portanto supõe-se que esse tipo de punição afeta os pensamentos e emoções das crianças, o que consequentemente influencia no comportamento e as torna mais suscetíveis a novas experiências e/ou interações negativas de outras pessoas, incluindo pais, professores e colegas. Os fatores estressantes que os cuidadores enfrentam incluem a monoparentalidade, a instabilidade no emprego e o baixo nível de escolaridade (Collins e Martino, 2015), que têm sido associados ao aumento do risco de abuso físico e negligência.

Deste modo, é imprescindível que os profissionais de saúde estimulem a implementação de intervenções que auxiliem os cuidadores para aquisição de práticas

parentais positivas e a promoção de um ambiente seguro e saudável, tendo em vista os inúmeros benefícios possíveis e a redução de desfechos negativos (Reticena et al., 2019).

A implementação de intervenções que apoiem os cuidadores para aquisição das práticas parentais positivas e a formação de um ambiente seguro e saudável é essencial na prática profissional dos profissionais de saúde, pois podem trazer inúmeros benefícios à saúde das crianças e sua família, principalmente no que concerne a redução de eventos e desfechos negativos (Reticena et al., 2019).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se considerar as vivências e práticas parentais das mães adolescentes de crianças na primeiríssima infância pode-se concluir que a parentalidade exercida por essas mães é influenciada por diversos fatores, seja por condições sociais, culturais ou econômicas. A parentalidade foi descrita por práticas tanto positivas quanto negativas.

Dentre as práticas parentais positivas destaca-se o uso de brincadeiras, o diálogo como principal aliado ao aprendizado do que é certo ou errado, atividades de lazer fora do domicílio. Também foi evidenciado os sentimentos positivos com relação à maternidade, onde foi expressa a satisfação e realização no tornar-se mãe e o amor imensurável pelos filhos.

Foram evidenciadas práticas negativas que envolviam ações corretivas com uso de gritos, castigos e palmadas, como também sentimentos de exaustão devido aos cuidados com a criança, muitas vezes advindos de uma maternidade solo ou sem rede de apoio. Outras dificuldades observadas estavam relacionadas às mudanças inerentes ao maternar, onde surgiram sentimentos de não reconhecimento de si como a mesma pessoa de antes da gestação.

A vontade de aprender e dar o melhor na criação dos filhos apesar de práticas e crenças que não devem ser utilizadas esteve presente na quase totalidade dos casos. É de extrema necessidade intervenções parentais adequadas para treinar os pais em estratégias disciplinares alternativas e prevenir a violência contra as crianças. Isto é importante não só por razões morais, mas também devido aos efeitos negativos no desenvolvimento infantil e aos custos sociais e econômicos associados.

A propagação da parentalidade positiva requer uma reorganização dos serviços de saúde a partir da implementação de ações que incentivem os cuidados responsivos e o desenvolvimento infantil. Por este motivo é importante a qualificação dos profissionais de saúde nas intervenções que promovem os cuidados responsivos, baseadas em uma perspectiva bioecológica, como a utilizada pela *Framework Nurturing Care*, utilizada como estrutura conceitual para esse estudo.

9 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018.
- APARECIDA MUNHOZ GAÍVA, M. et al Child growth and development assessment in nursing consultation. **Avances en Enfermería**, n. 1, p. 9–21, 2018.
- ASSEMANY, N. Superestimulação na infância: uma questão contemporânea. **Cad. psicanal.** Rio de Janeiro, p. 231–243, 2016.
- BAKER-HENNINGHAM, H.; FRANCIS, T. Parents' use of harsh punishment and young children's behaviour and achievement: a longitudinal study of Jamaican children with conduct problems. **Global mental health (Cambridge, England)**, v. 5, n. e32, p. e32, 2018.
- BARROSO, R. G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. **Psychologica**, [S. l.], n. 52-I, p. p. 211-229, 2010. DOI: 10.14195/1647-8606_52-1_10. Disponível em: https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_52-1_10.
- BERNARDO, H.; CESAR, V. & World Health Organization. **Long-term effects of breastfeeding: a systematic review**. 2013. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241505307>>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BORNSTEIN, M. H. Children's parents. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.). **Handbook of child psychology and developmental science: Ecological settings and processes**, Vol. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc., xxvii, 2015. v. 4p. 55–132.
- BORNSTEIN, M. H.; PUTNICK, D. L. Mothers' and fathers' parenting practices with their daughters and sons in low- and middle-income countries. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v. 81, n. 1, p. 60–77, 2016.
- BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cadernos de saude publica**, v. 28, n. 9, p. 1759–1771, 2012.
- BRAGA, I. F., OLIVEIRA, W. A. D., Spanó, A. M. N., Nunes, M. R., & Silva, M. A. I. (2014). Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. **Escola Anna Nery**, 18, 448-455.
- BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. LEI N° 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Diário Oficial da União. Brasília. DF, ano 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica 2^a ed.** Brasília: MS; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília; Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/saude_criancas_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em Dez 11 2024.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRITTO, P. R. et al. What implementation evidence matters: scaling-up nurturing interventions that promote early childhood development. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1419, n. 1, p. 5–16, 2018.

BRITTO, P. R. et al. Early Childhood Development Interventions Review Group for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2017.

CALLEJAS E., BYRNE, S., & RODRIGO, M. J. (2021). Feasibility and effectiveness of gaining Health & wellbeing from birth to three'positive parenting programme. **Psychosocial Intervention**, 30(1), 35-45.

CARANDANG, R. R. et al. Roles of the maternal and child health handbook and other home-based records on newborn and child health: A systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 14, p. 7463, 2021.

CERNIGLIA, L.; CIMINO, S.; AMMANITI, M. What are the effects of screen time on emotion regulation and academic achievements? A three-wave longitudinal study on children from 4 to 8 years of age. **Journal of early childhood research: ECR**, v. 19, n. 2, p. 145–160, 2021.

Cf, O. D. D. S. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. *United Nations: New York, NY, USA*. Disponível em: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>

CHEUNG, C. H. M. et al. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. **Scientific reports**, v. 7, n. 1, 2017.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. CIPE® Versão 2017 - Português do Brasil. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>

COLLINS, M. E.; MARTINO, D. Child care burden and the risk of child maltreatment among low-income working families. **Children and youth services review**, v. 59, p. 19–27, 2015.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa:- Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Penso Editora, 2014.

CRUZ, D. A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO PATERNA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CRIANDO VÍNCULOS. Em: Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas. **Editora Científica Digital**, p. 100–109, 2020.

CRUZ, Maria Soraida Silva. **Conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil e qualidade da estimulação no ambiente domiciliar**. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

DAELMANS, B. et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 351, p. h4029, 2015.

DAELMANS, B. et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 9–11, 2017.

DAHMEN, B. et al. Adoleszente Mutterschaft: Entwicklungsrisiken für die Mutter-Kind-Dyade [Adolescent parenting – developmental risks for the mother-child dyad]. **Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**, v. 41, n. 6, p. 407–418, 2013. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000257>.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

DEUS, M. D. DE; ZAPPE, J. G.; VIEIRA, M. L. Envolvimento, práticas parentais e jornada de trabalho de mães de crianças pré-escolares. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 38, p. e38513, 2022.

DODT, REGINA CLÁUDIA MELO. Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. 2011.

DRENNEN, C. R. et al. Food insecurity, health, and development in children under age four years. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, 2019.

ELO, S.; KYNGÄS, H. The Qualitative Content Analysis Process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 1, p. 107–115, 18 mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.

FINKLER, ANNA LUÍZA, et al. O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde no cuidado da criança/The process of work in Primary Health Care to children. **Ciencia, Cuidado e Saude**, v. 15, n. 1, p. 171-179, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cadernos de saúde publica**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FROSCH, C. A.; SCHOPPE-SULLIVAN, S. J.; O'BANION, D. D. Parenting and child development: A relational health perspective. **American journal of lifestyle medicine**, v. 15, n. 1, p. 45–59, 2021.

GIL, A. C. Pós-Graduação-Metodologia-Como Elaborar Projetos de Pesquisa-Cap2. 2017.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, n. 9, 2017.

HINIKER, A. et al. Moving beyond “the great screen time debate” in the design of technology for children. Extended Abstracts of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. **Anais...New York**, NY, USA: ACM, 2019.

HODGKINSON, S., et al. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. **Pediatrics**, 133(1), 114–122. 2014. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0927>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.

JAFFEE, S. R.; STRAIT, L. B.; ODGERS, C. L. From correlates to causes: can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to identifying the causes of antisocial behavior? **Psychological bulletin**, v. 138, n. 2, p. 272–295, 2012.

JEONG, J. et al. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 18, n. 5, p. e1003602, 2021.

KELLER, H. **Cultures of infancy**. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2007.

KISHIMOTO, tizuko morchida. in. Brinquedos e Brincadeiras na Educação infantil, 2010. Disponível em: chromeextension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6672-brinquedosebrincadeiras&Itemid=30192

KUMAR, MANASI; HUANG, KENG YEN. Impact of being an adolescent mother on subsequent maternal health, parenting, and child development in Kenyan low-income and high adversity informal settlement context. **Plos one**, v. 16, n. 4, p. e0248836, 2021.

LECKMAN, J. F., & BRITTO, P. R. (2018). Steps toward peace and violence prevention across generations: the potential of early child development in the context of the 2030 sustainable development goals. **New directions for child and adolescent development**, 2018(159), 5-12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29537184/>

LIMA, M. N. F.; DE, A. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2075–2082, 2017.

LIN, L.-Y. et al. Effects of television exposure on developmental skills among young children. **Infant behavior & development**, v. 38, p. 20–26, 2015.

MACANA, E. C.; COMIM, F. **O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância.** Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil (pp. 34-47). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.

MARINO, E., & PLUCIENNIK, G. A. Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. *São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal*. 2013.

MARINHO, M. T.; MARTINS, I. C. PRÁTICAS EDUCATIVAS COM ENFOQUE PARENTAL PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA REVISÃO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 5, p. 83–97, 2021.

MCDANIEL, B. T.; RADESCKY, J. S. Technoference: Parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child development*, v. 89, n. 1, p. 100–109, 2018.

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2018126, 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Ed. São Paulo. Hucitec:2006, p189-446.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez na Adolescência: Impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres**. 2021. Disponível em:
chrome-extension://efaidnbmnnibpcapcglclefindmkaj/https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%A3ncia%20final.pdf. Acesso em: 10 Jan 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_daCrianca_PNAISC.pdf »

MONTEIRO, C. et al. Food classification. Public health NOVA. The star shines bright. 2016.

NCPI- Núcleo Ciência Pela Infância. **Impacto do desenvolvimento na primeira infância**. São Paulo, 2014. Disponível em:
chrome-extension://efaidnbmnnibpcapcglclefindmkaj/https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7895747/mod_resource/content/1/O%20Impacto%20do%20Desenvolvimento%20na%20Primeira%20Inf%C3%A2ncia%20sobre%20a%20Aprendizagem%202014.pdf

NOBRE, J. N. P. et al. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1127–1136, 2021.

NORES, M.; FERNANDEZ, C.. Building capacity in health and education systems to deliver

interventions that strengthen early child development. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1419, n. 1, p. 57-73, 2018.

NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

OLIVEIRA, C. S. et al. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. Spe, p. 16–23, 2015.

PAULA LABOISSIÈRE. Agência Brasil, 2023. Ministério quer voltar a distribuir Caderneta da Criança ainda em 2023. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-10/ministerio-quer-voltar-distribuir-caderneta-da-crianca-ainda-em-2023#>. Acesso em: 10 jan 2024.

PASEK, K.H; GOLINKOFF, R.M. Porque brincar = aprender. **Enciclopedia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Outubro 2008. Disponível em:
<https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/brincar-igual-aprender/>

PRADO, E. L. et al. Do effects of early life interventions on linear growth correspond to effects on neurobehavioural development? A systematic review and meta-analysis. **The Lancet. Global health**, v. 7, n. 10, p. e1398–e1413, 2019

PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO - PIP. **Municípios**: Bonito - PE. Disponível em:
<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/bonito-pe/>.

Polit, D. and Beck, C. (2012) Data Collection in Quantitative Research. In: Polit, D. and Beck, C., Eds. Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 9th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 293-327.

RADESKY, J. S. et al. Use of mobile technology to calm upset children: Associations with social-emotional development: Associations with social-emotional development. **JAMA pediatrics**, v. 170, n. 4, p. 397–399, 2016.

RETICENA, K DE O. et al. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v27, p. e3213, 2019.

SANTOS, B. Gravidez na adolescência no brasil-vozes de meninas e de especialistas. Instituto dos Direitos da Criança. **INDICA**, 2017. Disponível em
http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf.

SANTOS, K. S., et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 655-664, 2020.

SMITH, J. D. et al. Parenting interventions in pediatric primary care: A systematic review. **Pediatrics**, v. 146, n. 1, p. e20193548, 2020.

SOARES, L. Conhecimento de puérperas adolescentes sobre o aleitamento materno. **Adolescência e Saúde**, v. 13, p. 89–97, 2016.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações sobre o uso saudável das telas digitais em tempos de pandemia da COVID-19. #Boas telas #Mais saúde. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/recomendacoes-sobre-o-uso-saudavel-das-telas-digitais-em-tempos-de-pandemia-da-covid-19-boas-telas-mais-saude/>. Acesso em: 10 Dez 2023.

SOUSA, C. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cadernos Saúde Coletiva**, p. 160–169, 2018.

SOTERO, A. M.; CABRAL, P. C.; SILVA, G. A. P. DA. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. **Revista paulista de pediatria: Órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo**, v. 33, n. 4, p. 445–452, 2015.

UNICEF. Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a range of low- and middle-income countries. **UNICEF: NY**, 2010.

ZHANG, L. et al. Supporting child development through parenting interventions in low- to middle-income countries: An updated systematic review. **Frontiers in public health**, v. 9, 2021.

WEISBERG, D.S.; ZOSH, J.M.; Como as brincadeiras dirigidas promovem a aprendizagem na primeira infância. **Enciclopédia sobre desenvolvimento na primeira infância**, Fev, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

World Health Organization. El embarazo en la adolescencia. 23 de febrero de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

World Health Organization (WHO). Global Network of Institutions for Scientific Advice on Nutrition. **Report of the first Meeting 11-12**. Genève: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Operationalizing nurturing care for early childhood development: the role of the health sector alongside other sectors and actors. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241516471>

World Health Organization. Recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health. **Geneva: World Health Organization**, 2018.

ZHANG, L; et al . Supporting child development through parenting interventions in low- to middle- income contruies: na updated systematic review. **Front in Public Health**. 2021 july. 9:671988. Doi: 10.3389/fpubh.2021.671988

APÊNDICE A- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UFPE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo.**

Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva. Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 263. CEP: 55680-000. Telefone: (81) 99658-8245. Email: lais.carolina@ufpe.br. Esta pesquisa está sob a orientação da Profª. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus Telefone: (81) 99449-7508, e-mail: mariawanderleya.coriolano@ufpe.br

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Esta pesquisa tem por objetivo Compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança nos primeiros três anos de vida. O estudo consistirá em entrevistas individuais com as mães participantes da pesquisa. Os riscos poderão ser decorrentes de possíveis constrangimentos em responder a algum tema abordado. Com vista a minimizá-los, será resguardado o direito de ficar em silêncio, bem como o acolhimento dos participantes diante do relato de alguma situação desconfortável, além de encaminhamento à Rede municipal de saúde, casos de transtornos mentais ou outras demandas relacionadas à saúde das participantes e que sejam identificadas durante a coleta de dados.

Como benefícios diretos, será oferecido ao final, uma oficina que abordará a validação dos resultados e serão abordados os cuidados parentais com a criança, baseados na ciência e na aplicação prática e contextualizada à realidade das participantes. Como benefício indireto, a pesquisa contribui para a reflexão por parte das mães adolescentes acerca da parentalidade positiva para com seus filhos, possibilitando uma maior dedicação ao tema e busca de conhecimentos, estimulando o desenvolvimento quanto aos cuidados com as crianças e podendo trazer benefícios para as relações afetivas entre mães e filhos.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua

participação. As gravações coletadas nesta pesquisa ficarão armazenadas em pastas no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nem você e nem seus pais ou responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou resarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

**ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO
VOLUNTÁRIO(A)**

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Parentalidade de MÃes Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Bonito PE,_____, de _____ de _____

Assinatura da menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL LEGAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) ou menor que está sob sua responsabilidade _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo**.

Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva. Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 263. CEP: 55680-000. Telefone: (81) 99658-8245. Email: laiscarolinaa09@gmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação da Profª. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus Telefone: (81) 99449-7508, e-mail: mariawanderleya.coriolano@ufpe.br

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa tem por objetivo Compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança nos primeiros três anos de vida. O estudo consistirá em entrevistas individuais com as mães participantes da pesquisa. Os riscos poderão ser decorrentes de possíveis constrangimentos em responder a algum tema abordado. Com vista a minimizá-los, será resguardado o direito de ficar em silêncio, bem como o acolhimento dos participantes diante do relato de alguma situação desconfortável, além de encaminhamento à Rede

municipal de saúde, casos de transtornos mentais ou outras demandas relacionadas à saúde das participantes e que sejam identificadas durante a coleta de dados.

Como benefícios diretos, será oferecido ao final, uma oficina que abordará a validação dos resultados e serão abordados os cuidados parentais com a criança, baseados na ciência e na aplicação prática e contextualizada à realidade das participantes. Como benefício indireto, a pesquisa contribui para a reflexão por parte das mães adolescentes acerca da parentalidade positiva para com seus filhos, possibilitando uma maior dedicação ao tema e busca de conhecimentos, estimulando o desenvolvimento quanto aos cuidados com as crianças e podendo trazer benefícios para as relações afetivas entre mães e filhos.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As gravações coletadas nesta pesquisa ficarão armazenadas em pastas no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, responsável por
_____, autorizo a sua participação no estudo **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo**, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido

que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Bonito PE _____, de _____ de _____

Assinatura do (da) responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeir  sima Infância: Estudo Qualitativo**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva. Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 263. CEP: 55680-000. Telefone: (81) 99658-8245. Email: lais.carolina@ufpe.br. Esta pesquisa está sob a orienta  o da Prof  a. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus Telefone: (81) 99449-7508, e-mail: mariawanderleya.coriolano@ufpe.br

Todas as suas d  vidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realiza  o do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penaliza  o por parte dos pesquisadores.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir ´  um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa tem por objetivo Compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança nos primeiros três anos de vida. O estudo consistirá em entrevistas individuais com as mães participantes da pesquisa. Os riscos poderão ser decorrentes de possíveis constrangimentos em responder a algum tema abordado. Com vista a minimizá-los, será resguardado o direito de ficar em silêncio, bem como o acolhimento dos participantes diante do relato de alguma situa  o desconfortável, além de encaminhamento ´  Rede municipal de s  ude, casos de transtornos mentais ou outras demandas relacionadas ´  s  ude das participantes e que sejam identificadas durante a coleta de dados.

Como benef  ios diretos, será oferecido ao final, uma oficina que abordará a valid  o dos resultados e serão abordados os cuidados parentais com a criança, baseados na ciência e na aplic  o prática e contextualizada ´  realidade das participantes. Como benef  io indireto, a pesquisa contribui para a reflexão por parte das mães adolescentes acerca da parentalidade positiva para com seus filhos, possibilitando uma maior dedica  o ao tema e busca de conhecimentos, estimulando o desenvolvimento quanto aos cuidados com as crianças e podendo trazer benef  ios para as rela  es afetivas entre mães e filhos.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penaliza  o por parte dos pesquisadores. Todas as informa  es desta

pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As gravações coletadas nesta pesquisa ficarão armazenadas em pastas no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Carolina da Silva, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF/RG _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Bonito PE, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO E USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO**

Eu, _____, CPF: _____

_____, RG: _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores: Laís Carolina da Silva (mestranda) e a Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano (orientadora), do projeto de pesquisa intitulado **Parentalidade de Mães Adolescentes de Crianças na Primeiríssima Infância: Estudo Qualitativo**, a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis.

Bonito - PE, em ____ / ____ / ____.

Entrevistado

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE 2

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES			
1. Iniciais:	2. Idade:	4. Escolaridade:	5. Estado civil:
6. Endereço:		7. Telefone para contato: ()	
8. Gestação, paridade, aborto:		9. Idade da Criança:	
10. Raça/cor:		11. Trimestre que iniciou o pré-natal: () 1º () 2º () 3º	
12. Tem alguma religião? () Sim () Não		13. Se sim, qual?	
14. Trabalha? () Sim () Não		15. Se sim, que ocupação exerce?	
16. Quantas pessoas moram na casa?		17. Qual a renda mensal da família?	
18. Calendário vacinal atualizado? () Sim () Não Quais faltam?		19. A gravidez foi planejada?	
20. Quantas consultas de pré-natal?		21. Recebe algum auxílio do governo	
22. A criança nasceu a termo? () Sim () Não		23. A criança tem alguma necessidade especial de saúde? () Sim () Não Qual? _____	
24. A criança tem registro de nascimento? () Sim () Não		25. Tem caderneta de saúde da criança? () Sim () Não	
26. A caderneta tem registros de peso/altura? () Sim () Não () Parcialmente		27. Acompanha regularmente na consulta de puericultura? () Sim () Não	
28. Os marcos do desenvolvimento estão marcados na caderneta da criança? () Sim () Não () Parcialmente		29. Convive com o pai da criança? () Sim () Não	

PARTE 2

QUESTÕES NORTEADORAS	
1	O que você faz para proteger seu filho de uma doença? Para que ele esteja saudável? - O que é a saúde do seu filho?
2	Você amamenta ou amamentou seu filho? - Quais orientações recebeu? O que foi aplicado? Quanto tempo durou?
3	O que você oferece de alimentos para o seu filho?
4	Como foi a introdução alimentar? - Quais orientações recebeu? O que foi aplicado?
5	Você poderia me contar como é seu dia-a-dia no cuidado com o (s) filho (s)? (Em caso de mais de um filho de 0 a 3 anos, pedir para abordar individualmente cada filho) - Atividades e brincadeiras (rotinas de sono, banho, higiene, brincadeiras) - Apoio social de outros membros - Sentimentos (pega no colo? abraça?) - Relação - Problemas enfrentados A família frequenta locais de lazer? (Igreja, praça, parque, praia, casa de familiares etc...) - Com que frequência? - Quais atividades que realizam nestes locais? - Em quais momentos do dia você conversa com seu (s) filho (s) ?
6	Quais coisas você considera importante para que seu filho se desenvolva? Você conhece brincadeiras apropriadas para idade do seu filho? Quais? Você faz alguma brincadeira que estimula o desenvolvimento do seu filho? Quais?
7	Qual sua opinião sobre regras e rotinas? Você educa seu filho para que ele respeite e obedeça às regras e rotinas? De que forma?
8	Qual sua opinião sobre quedas e acidentes domésticos? Você acha importante proteger o seu filho das quedas e dos acidentes em casa? O que você faz para proteger seu filho de quedas ou acidentes domésticos?
9	Quais as principais coisas boas em ser mãe?
10	Quais as principais dificuldades em ser mãe?
11	Como foi sua gravidez e o nascimento do seu filho?
12	Quais as pessoas que lhe apoiaram e ajudaram (gravidez, nascimento, cuidados após o nascimento)?

APÊNDICE F- ARTIGO PARA SUBMISSÃO



PARENTALIDADE DE MÃES ADOLESCENTES DE CRIANÇAS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTUDO QUALITATIVO

Autores:

INTRODUÇÃO

O período de transição entre a infância e a fase adulta é denominado adolescência, no qual ocorre a maturação biológica, psicológica e social dos indivíduos, além de ser uma fase considerada de conflito ou de crise. É, além de tudo, uma época de descobertas, onde se busca autonomia nas próprias decisões, emoções e ações (Lima et al., 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é o período entre 10 e 19 anos completos (Brasil, 1990).

O exercício da maternidade na adolescência traz consigo uma sobrecarga psicológica, social e econômica. A maternidade nessa faixa etária pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida materna, uma vez que se associa à evasão escolar e ao desemprego, esse estresse gerado pode afetar a parentalidade e o desenvolvimento infantil (Hartmann; Sassi; Cesar, 2017).

O termo parentalidade é descrito como um conjunto de atividades que visam promover a sobrevivência e desenvolvimento pleno das crianças, executadas pelos adultos de referência. Estes são responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites e fortalecer a autonomia. Fatores socioeconômicos e psicológicos dos pais, assim como a qualidade e quantidade do estímulo e a interação que eles propiciam nesse contexto, podem se relacionar positiva ou negativamente com o desenvolvimento da criança (Cruz, 2017).

A perspectiva de cuidado integral às crianças por meio de ações voltadas ao vínculo mãe-bebê é apoiada por iniciativas globais, como o *Nurturing Care*, lançado pela OMS em 2018, como um conjunto de ações globais direcionadas aos cuidados responsivos com as crianças na primeira infância, onde destaca o desenvolvimento infantil como um aspecto social e político para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O presente estudo visa preencher a lacuna sobre especificidades da parentalidade de mães adolescentes, o que pode contribuir para intervenções oportunas dentro da APS, especialmente nas consultas de puericultura e visitas domiciliares, baseadas na perspectiva da educação em saúde crítica e participativa, considerando as necessidades específicas da parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança a partir do cuidado integral, atentando para as necessidades subjetivas, individuais, familiares e sociais do público-alvo, tendo como objetivo compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança na primeiríssima infância.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de método qualitativo.

Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do Município de Bonito, localizado no Estado de Pernambuco, Brasil.

População e amostra do estudo

A amostra foi composta por 41 mães adolescentes que utilizam os serviços das unidades básicas de saúde. A amostra se deu por intenção, onde o pesquisador seleciona a quantidade de um determinado público intencionalmente, por considerá-lo representativo para compreensão da ideia central e dos objetivos propostos pelo estudo (Creswell, 2014).

Etapas do Estudo

Inserção no Campo

Foi realizado um contato prévio com o cenário de estudo, através de visitas às unidades de saúde, nas quais foram feitas uma aproximação inicial com a equipe de saúde, primeiramente com as enfermeiras para que em conjunto com os agentes de saúde, pudessem contabilizar a quantidade de mães adolescentes em suas respectivas áreas de cobertura.

Recrutamento dos participantes e ajustes adicionais

Por meio de apoio dos profissionais das unidades básicas, mães adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa comparecendo para entrevista na UBS, no dia e horário que lhes fosse pertinente. Quando as mães não podiam ou não compareciam às unidades para

a entrevista, foram feitas visitas domiciliares juntamente aos agentes de saúde, e nesse momento aconteciam os convites e orientações acerca do estudo.

Técnica de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2023, através da realização de entrevistas semiestruturadas, com apoio de um roteiro elaborado previamente, juntamente com um formulário de caracterização das participantes.

As entrevistas foram realizadas face a face, individualmente, na tentativa de assegurar a confidencialidade, e permitindo uma maior interação entre pesquisadora e participantes. 13 entrevistas ocorreram em um local reservado da unidade de saúde e outras 28 no domicílio das participantes.

Análise de dados

Os dados provenientes da coleta de dados, foram tratados por meio da análise dedutiva de conteúdo. Esse processo envolveu três fases principais: preparação, organização e relato dos resultados. A preparação consistiu em coletar dados adequados para análise de conteúdo, dar sentido aos dados e selecionar a unidade de análise (Elo & Kyngäs, 2008).

Já a fase de organização envolveu o desenvolvimento de matrizes de categorização, por meio da qual todos os dados foram revisados quanto ao conteúdo e codificados para correspondência ou exemplificação das categorias identificadas (Polit & Beck, 2012). Na fase de relato, os resultados foram descritos pelo conteúdo das categorias que descrevem o fenômeno.

Esta análise de conteúdo foi realizada de forma autônoma onde a transcrição e análise foram feitas manualmente através do Microsoft Word. Posteriormente, procedeu-se à organização das informações em categorias e subcategorias. Estas emergiram dos dados, dos temas das questões da entrevista semiestruturada e da estrutura conceitual da Estratégia *Nurturing Care*.

Ética em pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução Nº 466/2012 e a Resolução Nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, com número de aprovação do CAAE: 68362623.6.0000.5208 e parecer de número: 6.038.415. A anuência das participantes se deu

pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento).

RESULTADOS

Caracterização das entrevistadas e seus filhos

A maioria das entrevistas foi realizada no domicílio das participantes (68,3%) e outras 31,7% foram feitas nas unidades de saúde. Participaram da pesquisa 41 mães adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, com 47 filhos de zero a três anos.

Em sua maioria, as entrevistadas possuíam apenas 1 filho (82,9%), com estado civil união estável (56,1%), e renda familiar média de 1 salário-mínimo (43,9%), que corresponde atualmente a 1.320,00 reais. 31,7% das famílias referiram viver com menos de 1 salário mínimo (média de 600 reais. Com relação à situação empregatícia, apenas 7,32% trabalhava.

Destas mães, a maior parte era escolarizada com o ensino fundamental incompleto (31,7%), tendo como maior grau de instrução o ensino médio completo (21,9%) e a maioria não estudava (75,6%). Nenhuma das entrevistadas chegou a cursar o ensino superior. Pode-se observar que a maior parte das entrevistadas afirmou ter vivenciado uma gravidez não planejada (86%). Destas gestações, em 84,4%, a via de parto foi normal, 11,7% cesariana.

As crianças possuíam entre 0 e 3 anos de idade. A maioria nasceu de uma gestação a termo (89,3%) e não possuía nenhuma necessidade especial de saúde (93,6%). Quanto ao acompanhamento da puericultura, 48,9% eram acompanhadas regularmente e 2,2% ainda não havia iniciado o acompanhamento pois estavam no primeiro mês de vida. Com relação à convivência com o genitor, 57,5% contavam com a presença do pai no dia a dia.

Caracterização dos dados qualitativos

A partir da análise de dados realizou-se a categorização das entrevistas, com base na estrutura conceitual da *Framework Nurturing Care*. As categorias apresentadas estão de acordo com os cinco eixos da estratégia *Nurturing Care* (boa saúde, nutrição adequada, cuidados responsivos, oportunidades de aprendizagem precoce para a criança e segurança e proteção).

Categoria 1 - Boa Saúde

Esta categoria envolve o acesso a serviços de saúde de boa qualidade para toda a família, incluindo a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com relação ao tema **Rede de Apoio Materna** os relatos mostram que a sobrecarga de tarefas diárias, cansaço e privação de sono associados à ausência de uma rede de apoio, dificulta o manejo de situações diárias no cuidado parental, aumentando ainda mais a tensão destas mães. Enquanto algumas possuem fontes de apoio, como avós ou maridos, outras se encontram sozinhas nos cuidados diários de conciliação com as atividades domésticas.

“Às vezes é bem tenso, tem dias que ele já está mais calmo, tem dias que ele está mais agitado e assim vai indo. Às vezes é muito difícil porque tipo, eu quero fazer uma coisa, mas mesmo assim eu tenho que dar atenção só a ele. Deixar as coisas pra lá que tem obrigação, mas mesmo assim tem que ficar com ele pra não deixar ele sozinho”. (E2)

“Enfrento mais o cansaço assim sabe, que eu... pelo sono também, minhas noites mal dormidas, aí eu fico bastante estressada também, aí é bem ruim”. (E21)

“Agora depois que ela nasceu, é eu sozinha mesmo, assim sabe? Porque meu marido trabalha e eu cuido dela muito”. (E8)

A oferta de telas para crianças menores de 2 anos de idade foi um tema trazido pelas participantes. O uso de telas esteve relacionado a momentos nos quais as cuidadoras estão com os filhos acordados e precisam conciliar o cuidado com as atividades domésticas.

“Assiste também um pouquinho pelo telefone o desenho que ela gosta, ela assiste umas meia horinha e depois ela dorme”. (E21- F. 3 meses).

“Ele acorda aí come toma banho, ele assiste aí dorme. Assiste na televisão, em vários momentos do dia”. (E23- F. 6 meses).

“Assiste. De vez em quando. No celular, na televisão”. (E10- F. 3 meses).

“Ela assiste no celular, às vezes eu boto no celular, com pouca frequência”. (E26 - F. 1 mês).

Categoria 2 - Nutrição Adequada

A nutrição satisfatória refere-se ao processo adequado de alimentação, amamentação e suplementação de micronutrientes, que vai desde a gestação até a vida adulta. Segurança

alimentar infantil e a segurança alimentar familiar são essenciais para uma nutrição adequada (OMS, 2018).

Em relação ao tema **Aleitamento Materno** pode-se observar as práticas de aleitamento materno das mães adolescentes, onde oito mães amamentaram seus filhos até o primeiro mês de vida ou menos e outras cinco mães afirmam nunca terem amamentado seus filhos. 12 mães amamentaram seus filhos até 6 meses de idade ou mais, três mães amamentaram até pelo menos 1 ano e idade e apenas três mães conseguiram amamentar seus filhos até os dois anos de idade ou mais.

Em suas falas, pode-se entender as práticas de aleitamento materno destas mães, bem como as orientações recebidas sobre o tema:

“Amamento... Ninguém me disse nada, eu estudei muito na gravidez, por eu ser nova né, aí, então, uma experiência nova, então eu procurei estudar muito, não perguntei a ninguém, só estudando mesmo. Fiz até um curso on-line”. (E1- 15 anos, F. 1 mês).

“Eu amamento e dou fórmula. Eu recebi orientação, eu lembro que foi no hospital, pra... como botar o peito na boca sabe, essas coisas. E às vezes eu dou chá de boldo, água a ela, essas coisas”. (E2 - 16 anos, F. 4 meses).

As dificuldades referidas no processo de amamentação foram compartilhadas durante as entrevistas, como o retorno aos estudos, o receio em ter dificuldades futuras com a alimentação complementar e as dificuldades iniciais com a pega adequada. Algumas participantes mencionaram a escolha por não amamentar, sem detalhar as crenças ou justificativas.

“Não amamentei. Porque... ela não pegou o bico do peito”. (E8- 18 anos, F. 2 anos).

“Amamentei menos de 1 mês, porque meu leite não tava sustentando ela”. (E31- 15 anos, F. 6 meses).

“Amamentei até 2 meses. Por conta que... ela num... eu dei o leite a ela, o mingau, aí ela com o tempo foi se esquecendo do peito, e também por conta que ela não gostava muito de mamar, essa daí deixou por conta própria mesmo”. (E22- 18 anos, F. 1 ano).

“Nunca amamentei, nem um dia, porque eu não quis. Comecei a dar mucilon e leite camponesa”. (E27- 16 anos, F. 2 anos).

Categoria 3 - Cuidados Responsivos

Cuidados responsivos envolvem o atendimento às necessidades das crianças além da biológica, como a resposta dos cuidadores aos sons, gestos e solicitações verbais das crianças, bem como a estimulação cognitiva e a regulação emocional de forma consistente e apropriada (OMS, 2018).

No que se refere ao tema **Práticas Parentais**, ao serem questionadas sobre regras, as entrevistadas opinam quanto à sua importância e referem suas práticas parentais positivas, as quais são baseadas no diálogo com a criança e estabelecimento de regras.

“Tipo assim, quando ele tá fazendo alguma coisa errada que ele não quer me obedecer, que ele não me obedece e eu sempre tento falar com ele. Tipo, falar mas não... não é chegar a bater não, essas coisas. Falar pra ele entender que eu tô dizendo que é não”. (E39- F. 1 ano).

“Quando ela fizer alguma coisa errada acho que eu só vou... eu não vou pegar e vou bater nela, ensinar ela já na maneira de violência extremamente, gritar ou dizer ela que ela tem que de todo jeito me respeitar, eu vou tentar conversar com ela e ensinar ela que a gente, é... eu não sou só a mãe dela. Eu sou uma pessoa que ela pode precisar sempre que ela quiser”. (E36- F. 6 meses).

Categoria 4 - Aprendizagem Precoce

Segundo a estratégia *Nurturing Care*, o processo de aprendizagem é um mecanismo embutido nos seres humanos, que acontece nos primeiros anos de vida através das atividades diárias e da interação das crianças com outras pessoas, por meio de gestos, imitações e brincadeiras (OMS,2018).

Em seus relatos acerca do tema **Estímulo ao Desenvolvimento por Parte das Mães no Contexto Domiciliar**, algumas entrevistadas demonstram conhecer algumas atividades que estimulam o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, como brincadeiras e estímulos específicos da faixa etária, brinquedos adequados à faixa etária, contato com livros, músicas e jogos de encaixe.

“Ele gosta de ver os livrinhos que ele tem, ele brinca com aqueles... sabe? aquelas forminhas? Ele brinca”. (E9- F. 3 anos).

“A gente sempre construir coisas, tipo é... fez um negócio de boliche a gente foi, fez uma tabelinha pra ficar passando assim com jogos cognitivos, tem o de coordenação motora aí sempre isso, sempre pra gente fazer junto”. (E11- F. 2 anos).

“Eu gosto de cantar musiquinha pra ela sobre número, cor. Gosto de brincar com as mãos dela ensinando ela, contando”. (E14- F. 1 ano).

Categoria 5 - Proteção e Segurança

A estratégia Nurturing Care visa garantir a proteção e segurança das crianças a partir de políticas de apoio à renda, proteção e serviço social, promoção de lazer em áreas urbanas e rurais, bem como um ambiente familiar saudável e protegido de riscos. Como também proteção contra a violência familiar, que envolve violência física, castigos, ameaças e abandono (OMS,2018).

No que se refere às **Práticas Parentais** negativas, que comprometem a proteção das crianças, as mães adolescentes relatam o uso de práticas, principalmente voltadas para gritos, a partir da expectativa de obediência da criança, tapas e violência física como formas de educação parental.

“Eu pego na mão dele e digo: Não pode. Aí tem vez que ele não escuta, aí ele quer bater, eu dou uma palmadinha assim e pronto, aí ele para”. (E15- F. 1 ano).

“Apanhar, apanhar não né, é só umas tapinhas na mão quando tá teimando, tá entendendo?” (E22- F. 3 anos e outro de 1 ano).

“Assim eu converso com ele, só que ele é meio estressado né, capaz de voar em cima da pessoa. Converso com ele. Tem hora que eu grito com ele. Aí assim vai. Castigo eu boto não, mas palmada de vez em quando eu dou”. (E40- F. 3 anos).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, indicaram as práticas parentais de mães adolescentes para com seus filhos na primeiríssima infância, de acordo com suas crenças, sentimentos, conhecimentos e habilidades envolvidos nos cuidados rotineiros às crianças, bem como as relações afetivas entre eles.

Ao analisar os dados sociodemográficos das participantes, identificou-se em sua maioria precárias condições de escolaridade, com predominância do ensino fundamental

completo ou ensino médio incompleto e interrupção dos estudos por uma maior parte das participantes. Quanto às condições de trabalho e renda, a maioria reportou a renda própria vinda de programas de transferência de renda do governo.

A maternidade precoce está associada a baixos índices de escolaridade e renda. A demanda advinda dos cuidados diários com outro ser humano muitas vezes tem impacto na dinâmica familiar, na qualidade dos vínculos afetivos e na trajetória profissional e escolar. Dados do Ministério da Educação mostram que 18% dos motivos de evasão escolar estão relacionados com a gravidez na adolescência (Sousa et al., 2018).

De acordo com o Censo Demográfico (2010), a parcela de jovens brasileiras entre 15 e 19 anos que não estão inseridas no mercado de trabalho ou não frequentam a escola é maior entre adolescentes que já tiveram filhos em relação às que nunca foram mães. Além do mais, é notável que o percentual de fecundidade entre jovens nesta faixa etária que se declaram pretas e pardas é elevado, chegando a 69%.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2020), 66% das gestações em adolescentes são consideradas indesejadas, o que pode estar associado a fatores como desinformação, falta de apoio da rede familiar e da comunidade.

Na categoria Boa saúde evidenciou-se as práticas parentais positivas e o acesso a telas por crianças menores de dois anos, bem como uso excessivo delas após os dois anos de idade, sendo este através de aparelhos celulares ou de televisores.

Atualmente, evitar o uso de telas por crianças é um desafio para as famílias na atualidade, pois estes dispositivos fazem parte do cotidiano da maioria das famílias e muitas vezes são utilizados para acalmar a criança ou para entreter-las enquanto os cuidadores realizam tarefas profissionais e domésticas (Radesky et al., 2016).

Estudos encontraram associações entre maior exposição às telas na primeira infância e atrasos cognitivos e de linguagem (Lin Ly et al., 2015), dificuldades na autorregulação (Cerniglia et al., 2020); comportamento sedentário e obesidade, menor tempo e qualidade de sono e aumento de problemas socioemocionais em crianças (Cheung et al., 2017).

Outro ponto observado foi a sobrecarga materna no dia a dia de cuidados com os filhos, seja devido à deficiência e/ou falta de rede de apoio ou até mesmo referente ao acúmulo de atividades que envolvem a maternidade solo. Um estudo que corrobora os nossos achados, aponta que mães com atividades profissionais e na família possuem maiores índices de estresse, cansaço e fadiga, tendo como consequência a propensão para práticas parentais negativas, que podem levar a sentimentos de culpa e incapacidade materna no desempenho das múltiplas funções (Deus, 2022).

Além disso, a presença da figura paterna no cuidado da família influencia no bem-estar materno e pode levar a diminuição do estresse, gerando um ambiente estimulador e responsável. Da mesma maneira, a paternidade ausente e a não interação entre pais e filhos é um fator de risco para o desenvolvimento cognitivo da criança (Cruz, 2020).

No que se refere à categoria Nutrição adequada, identificou-se principalmente temas relacionados ao aleitamento materno. Dentre os resultados pôde-se observar que uma quantidade considerável de mães nunca amamentou ou o fez por menos de 6 meses, seja devido a motivos como percepção de leite insuficiente, dificuldades na adaptação da amamentação e até mesmo o desejo de não amamentar.

Assim como observado nos resultados desse estudo, muitas mães introduzem outros leites na alimentação dos filhos de forma precoce, como justificativa elas afirmam que os motivos estão relacionados à percepção de quantidade insuficiente e baixa qualidade do leite materno (Oliveira et al., 2015). Porém, as evidências mundiais mostram que a maioria das mulheres são biologicamente capazes de produzir leite suficiente para atender as demandas nutricionais de seus filhos (Brasil, 2015).

Outro fator que influencia na introdução precoce da alimentação complementar é a idade materna. Mães adolescentes amamentam seus filhos por menos tempo quando comparadas às mães adultas, devido a fatores como rede de apoio e retorno à vida escolar. A introdução precoce de alimentos complementares na dieta de uma criança diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes considerados importantes, como o ferro, e aumenta a morbididade infantil (WHO, 2010).

Na Categoria dos Cuidados responsivos, foram identificados relatos das mães sobre as interações diárias entre mães e filhos e a aplicação da parentalidade positiva dentro dessa relação. A definição de práticas parentais envolve ações e métodos para ensinar valores ou chamar a atenção da criança para adotar comportamentos e atitudes ou corrigi-los, com efeitos positivos ou negativos. As práticas positivas mais comuns são as que envolvem orientação de comportamentos, as expressões afetivas, o envolvimento dos pais no brincar e o reforço à disciplina adequada (Macana e Comim, 2015).

As práticas parentais positivas proporcionam um desenvolvimento integral das crianças, pois propiciam aumento da cognição, do aprendizado, do estímulo à linguagem, aprendizagem e memória e melhoram a comunicação e a validação de sentimentos (Britto, 2018; Jeong, 2021; Zhang, 2021).

No que diz respeito à categoria de Aprendizagem precoce, foram evidenciadas o papel das mães como estimuladoras da aprendizagem, pois as mesmas desempenham atividades

diárias de brincadeiras e estímulos ao desenvolvimento de seus filhos, com por exemplo utilizando jogos educativos, atividades de leitura e músicas educativas.

Pesquisas retratam que o aprendizado infantil acontece por meio do contexto em que a criança está inserida, suas interações com esse ambiente e através de relacionamentos afetivos. Portanto o uso dessas atividades lúdicas no ambiente domiciliar facilita o processo de aprendizagem sem imposição, o que gera motivação e interesse por parte das crianças (NCPI, 2014).

Quando se fala da categoria Proteção e segurança, os resultados retratam as práticas parentais punitivas como formas de educação ou no intuito de repreender ações que as mães considerassem inadequadas, essas ações envolviam gritos, punições e castigo, também foi observado práticas de violência física através de palmadas.

As práticas parentais negativas mais frequentes referidas na literatura são o abuso físico e psicológico, a disciplina coercitiva, a punição inconsistente e a comunicação negativa (Macana e Comin, 2015). A violência contra as crianças no seio da família é uma das formas mais comuns de maus-tratos infantis e ocorre frequentemente devido a métodos de punição severos utilizados para disciplinar as crianças (UNICEF, 2010).

A punição severa é considerada um fator de risco para o desenvolvimento e para a persistência de problemas de comportamento infantil (Jaffee et al., 2012). Uma revisão com 124 estudos encontrou associações significativas entre abuso físico e emocional infantil e depressão, uso de drogas, tentativas de suicídio e abuso emocional (Norman et al., 2012).

Deste modo, é imprescindível que os profissionais de saúde estimulem a implementação de intervenções que auxiliem os cuidadores para aquisição de práticas parentais positivas e a promoção de um ambiente seguro e saudável, tendo em vista os inúmeros benefícios possíveis e a redução de desfechos negativos (Reticena et al., 2019).

CONCLUSÃO

Ao se considerar as vivências e práticas parentais das mães adolescentes de crianças na primeiríssima infância pode-se concluir que a parentalidade exercida por essas mães é influenciada por diversos fatores, seja por condições sociais, culturais ou econômicas. A parentalidade foi descrita por práticas tanto positivas quanto negativas.

Dentre as práticas parentais positivas destaca-se o uso de brincadeiras, o diálogo como principal aliado ao aprendizado do que é certo ou errado. Foram evidenciadas práticas negativas que envolviam ações corretivas com uso de gritos, castigos e palmadas, como também sentimentos de exaustão devido aos cuidados com a criança, muitas vezes advindos de uma maternidade solo ou sem rede de apoio.

A propagação da parentalidade positiva requer uma reorganização dos serviços de saúde a partir da implementação de ações que incentivem os cuidados responsivos e o desenvolvimento infantil. Por este motivo é importante a qualificação dos profissionais de saúde nas intervenções que promovem os cuidados responsivos, baseadas em uma perspectiva bioecológica, como a utilizada pela *Framework Nurturing Care*, utilizada como estrutura conceitual para esse estudo.

APÊNDICE G – REVISÃO INTEGRATIVA

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS COM MÃES ADOLESCENTES ACERCA DA PARENTALIDADE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo e resultados de intervenções educativas (controladas/não controladas) com mães adolescentes com foco na parentalidade e desenvolvimento infantil, tendo como estrutura conceitual, os eixos da Framework Nurturing Care. **Métodos:** Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa. Com artigos publicados no período de 2012 a 2022, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE/PUBMED, Web of Science, SciVerse Scopus e Cochrane Collaboration. **Resultados:** Identificaram-se na busca inicial, 667 publicações, onde, a partir da leitura de título, resumo, do artigo na íntegra e análise da temática pesquisada e critérios de elegibilidade, foram selecionados 9 artigos de intervenção que abordavam a parentalidade e desenvolvimento infantil envolvendo os eixos do Nurturing Care para compor esta revisão. **Conclusões:** Pôde-se observar os processos e os benefícios de intervenções educativas voltadas para mães adolescentes acerca da parentalidade e desenvolvimento infantil na primeiríssima infância em todos os níveis de atenção à saúde.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Mães Adolescentes; Cuidado Pré-Natal; Poder Familiar.

Descriptors: Pregnancy in Adolescence; Adolescent Mothers; Prenatal Care; Parenting.

Descriptores: Embarazo en Adolescencia; Madres Adolescentes; Atención Prenatal; Responsabilidad Parental

INTRODUÇÃO

A maternidade na adolescência é responsável por uma sobrecarga nas mudanças psicológicas, sociais e econômicas que ocorrem neste período⁽¹⁾. Mães adolescentes quando comparadas às adultas, apresentam maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão pós-parto, síndrome de estresse pós-traumático, abuso de substâncias e transtornos

de personalidade⁽²⁾. Também representam um grupo de maior risco para maus-tratos e negligência infantil e parentalidade inconsistente do que as mães adultas⁽²⁻³⁾. Esse estresse gerado pelo ambiente pode influenciar na qualidade da parentalidade para com seus filhos e impactos negativos para o desenvolvimento da criança⁽⁴⁾.

O termo parentalidade está relacionado a um conjunto de atividades que visam promover a sobrevivência e desenvolvimento infantil, executadas pelos adultos de referência da criança. Estes são responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites e fortalecer a autonomia. A quantidade e qualidade de estímulo e interação entre pais e filhos pode se relacionar positiva ou negativamente com o desenvolvimento da criança, assim como fatores socioeconômicos e psicológicos dos mesmos⁽⁵⁾.

O desenvolvimento infantil consiste na inter-relação entre a criança e seu ambiente, resultando no desenvolvimento de habilidades, de forma contínua e dinâmica, envolvendo os domínios sensorialmente, motor, cognitivo, de linguagem e socioemocional⁽⁶⁻⁷⁾. O envolvimento ativo dos pais/mães nos cuidados com seus filhos é de suma importância para fornecer um ambiente seguro e oportuno ao desenvolvimento, e isso requer o fornecimento de estímulos para aprendizagem precoce, boas relações afetivas e interações positivas entre pais-filhos⁽⁸⁾.

O enfermeiro é um profissional que independente do seu local de atuação, tem papel fundamental no desenvolvimento das competências maternas e familiares, a partir da realização de atividades de educação em saúde, o mesmo deve apoiar e utilizar ferramentas educativas para que as mães reflitam questões pessoais que podem interferir no exercício da parentalidade, de modo que repensem, aprendam e escolham prestar um cuidado seguro e estimulante para o desenvolvimento de seus filhos⁽⁹⁾.

Iniciativas globais, como o Nurturing Care, destacam a relevância dos profissionais de saúde em apoiarem as competências parentais dos cuidadores, na perspectiva de desenvolvimento global da criança. Porém, a particularidade destas intervenções e de ingredientes que devem ser levados em conta com mães adolescentes é uma lacuna que pode ser melhor elucidada a partir de uma Revisão Integrativa da literatura, a qual tem o objetivo de analisar o processo e resultados de intervenções educativas (controladas/não controladas) com mães adolescentes com foco na parentalidade e desenvolvimento infantil, tendo como estrutura conceitual, os eixos da Framework Nurturing Care⁽¹⁰⁾.

MÉTODO

Tipo de estudo

O estudo é uma revisão integrativa, cuja finalidade é sintetizar de forma sistemática e ordenada, as evidências científicas acerca do tema parentalidade de mães adolescentes e desenvolvimento infantil. A Prática Baseada em Evidência (PBE) contribui para a produção do conhecimento e a sua articulação com contextos práticos da assistência⁽¹¹⁾.

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: (1) estabelecimento da questão de pesquisa e definição dos Descritores; (2) seleção da amostra. Definição das bases de dados e critérios de elegibilidade; (3) extração de dados dos estudos selecionados; (4) análise dos principais resultados dos estudos incluídos na revisão e interpretação dos achados; (5) apresentação da síntese do conhecimento⁽¹¹⁾.

Estratégias de Busca

A estratégia População Interesse Contexto e Outcomes/Desfecho (PICO)⁽¹²⁾ foi utilizada para identificação do problema e levantamento da questão de pesquisa: P – população – gestantes e mães adolescentes; I- Intervenção - Não houve; C – contexto – Cuidado pré-natal e pós natal; O – outcomes/desfecho – parentalidade positiva (nos eixos do Nurturing Care: saúde, nutrição, segurança e proteção, cuidados responsivos e aprendizagem). A seguinte questão de pesquisa foi definida: Quais os processos e resultados de intervenções educativas com mães adolescentes sobre a parentalidade e desenvolvimento infantil, a partir dos componentes da Framework Nurturing Care?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas cinco bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE/PUBMED), Web of Science, SciVerse Scopus e Cochrane Collaboration. Todas as bases foram acessadas via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do acesso fornecido pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Na estratégia de busca, os Descritores controlados foram definidos na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Durante

a busca, os descritores foram combinados entre si com operadores booleanos AND ou OR como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Descritores controlados e não controlados empregados na estratégia de busca dos artigos nas bases de dados. Recife, PE, Brasil, 2022.

DeCS/ MeSH	Estratégia de busca conforme PICO		Descritores controlados	Descritores não controlados
P (população)	Gestante Adolescente Mães adolescentes	“Pregnancy in Adolescence” e “Adolescent Mother”	“Teen Pregnancy” “Teen Mothers”	—
I (intervenção)	-	-	-	—
C (contexto)	Cuidado pré-natal e pós natal	“Prenatal Care”	—	—
O (desfecho)	Parentalidade positiva	“Parenting”	—	—

Os artigos selecionados seguiram os critérios de inclusão: artigos gratuitos, de intervenção, nas línguas português, inglês e espanhol que abordassem o acompanhamento pré-natal e pós-natal de mulheres adolescentes, a nível dos cuidados primários em saúde; tendo em vista o lançamento do Nurturing Care apenas no ano de 2018, para ampliar o conhecimento acerca do tema estudado, optou-se por selecionar os artigos publicados no período dos últimos 11 anos (2012 a 2022) que abordassem intervenções envolvendo eixos da Framework Nurturing Care; Foram excluídas teses, dissertações, estudos de revisão da literatura, estudos secundários e protocolos.

Síntese e análise dos Dados

Após o levantamento das publicações científicas, as mesmas foram organizadas a partir do gerenciador de referências EndNote Web com intuito de organização e verificação dos estudos duplicados. Em seguida, os estudos foram exportados para a plataforma online do

Rayan QCRI, para a leitura realizada por pares (pesquisadores independentes), e incluídos na amostra aqueles que respondiam à questão de pesquisa. As divergências da seleção foram discutidas entre os pesquisadores para um consenso final.

A busca foi realizada em setembro de 2022, onde foram identificados 667 estudos nas bases pesquisadas e selecionados 9 para a amostra final (Quadro 2). Durante a seleção, foi realizada a leitura do título e resumo, quando não descartado, seguia-se para a sua leitura na íntegra, verificando os critérios de elegibilidade pré-estabelecidos.

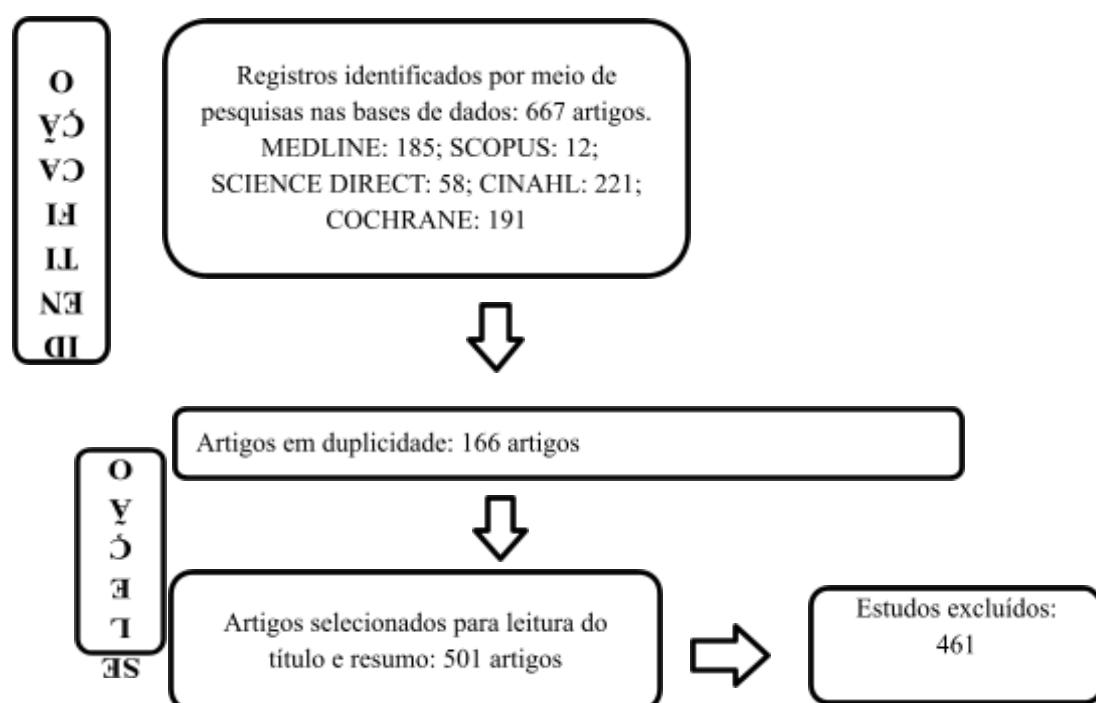
Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada nas bases de dados, filtros aplicados, publicações encontradas e selecionadas. Recife, PE, Brasil, 2022.

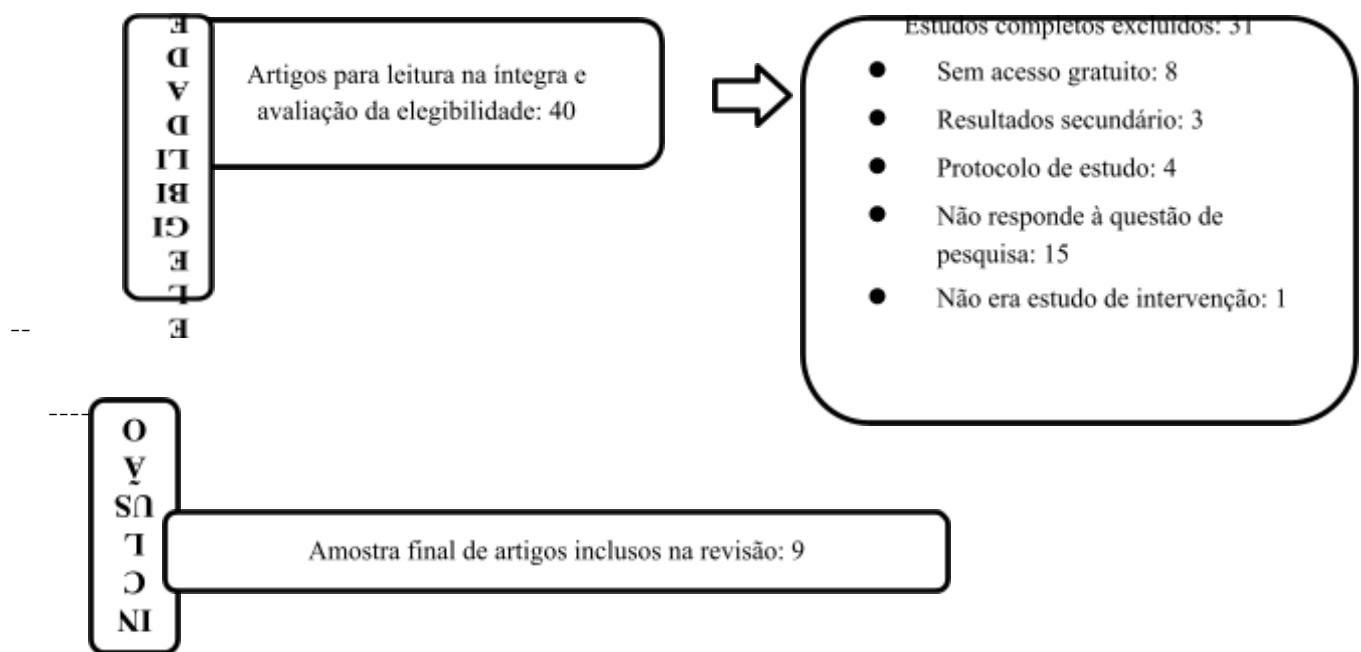
BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	FILTROS APLICADOS	PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS (AMOSTRA INICIAL)	ARTIGOS SELECIONADOS (AMOSTRA FINAL)
SCIENCE DIRECT	Title, abstract, keywords: (Parenting) AND (“Pregnancy in Adolescence” OR “Teen Pregnancy”) OR (“Adolescent Mothers” OR “Teen Mothers”) AND (“Prenatal Care”)	- Período dos últimos 10 anos (2012-2022).	58	0
<u>MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine)</u> ou <u>MEDLINE Complete (EBSCO)</u>	(“Pregnancy in Adolescence” OR “Teen Pregnancy”) OR (“Adolescent Mothers” OR “Teen Mothers”) AND (“Prenatal Care”)	- Período dos últimos 10 anos (2012-2022). -	185	5
CINAHL	(Parenting) AND (“Pregnancy in Adolescence” OR “Teen Pregnancy”) OR (“Adolescent Mothers” OR “Teen Mothers”) AND (“Prenatal Care”)	- Período dos últimos 10 anos (2012-2022).	221	0

SCOPUS	(Parenting) AND (“Pregnancy in Adolescence” OR “Teen Pregnancy”) OR (“Adolescent Mothers” OR “Teen Mothers”) AND (“Prenatal Care”)	- Período dos últimos 10 anos (2012-2022).	12	0
COCHRANE	(Parenting) AND (“Pregnancy in Adolescence” OR “Teen Pregnancy”) OR (“Adolescent Mothers” OR “Teen Mothers”) AND (“Prenatal Care”)	- Período dos últimos 10 anos (2012-2022).	191	4
TOTAL			667	9

Demonstra-se com maiores detalhes essa etapa no fluxograma disposto na Figura 1, realizado sob as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos na revisão integrativa pelo PRISMA, Recife, PE, Brasil, 2022.





Fonte: Fluxograma PRISMA adaptado.

Para estabelecer o nível de evidência dos artigos adotou-se a classificação baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América: nível I - as metanálises e estudos controlados e randomizados; nível II - os estudos experimentais; nível III - os quase-experimentais⁽¹⁴⁾.

A partir da pergunta de pesquisa definida, as intervenções educativas com gestantes ou mães adolescentes, que contemplassem parentalidade e desenvolvimento infantil foram lidas. Os dados extraídos dos estudos foram coletados por meio de um instrumento elaborado pela autora com os seguintes itens: identificação do estudo, autor, ano de publicação, país, nível de evidência, objetivo do estudo, contexto (pré-natal ou pós natal), público alvo e eixos da Framework Nurturing care.

Os resultados foram sintetizados de acordo com os objetivos de pergunta em compreender os processos e resultados das intervenções educativas, a partir dos eixos da *Nurturing care*.

RESULTADOS

Foram incluídos 9 artigos de intervenção que atenderam aos critérios de elegibilidade, todos apresentados no idioma inglês. Encontrou-se um total de 667 artigos nas bases de dados CINAHL com 33,13%, Medline 27,73%, Cochrane 28,64%, Science Direct 8,70% e Scopus

1,80%, respectivamente distribuídos. Após seleção, foram incluídos 5 artigos da Medline, e 4 da Cochrane.

No que tange ao recorte temporal, as publicações datavam do período de 2012 a 2022, com uma maior frequência nos últimos cinco anos, compondo 66% das publicações. Com relação ao nível de evidência, todos os estudos incluídos foram Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados (ECR), com nível de evidência I.

O Quadro 3 apresenta os artigos selecionados, conforme base da publicação, país, ano de publicação e seu nível de evidência. Quanto à origem dos estudos, há uma predominância na América do Norte, especialmente dos Estados Unidos (EUA), representando cinco estudos. Outros três foram realizados no Brasil e também houve um estudo realizado na Tailândia.

Os estudos selecionados utilizaram programas preexistentes para realização de sua intervenção, como o Healthy Families Massachusetts (E1), Family Spirit (E2), Programa Primeiros Laços (E3), Teen-tot (E4).

Quadro 3. Distribuição dos estudos com base em sua autoria, faixa etária do público alvo e objetivo do estudo.

Código do Estudo / Base de Dados	País / Ano	Contexto	Público Alvo	Faixa Etária do Público Alvo
E1: MEDLINE ¹⁶	EUA / 2016	Pré-natal e Pós-natal	Mães adolescentes	16 a 21 anos
E2: MEDLINE ¹⁷	EUA / 2013	Pré-natal e Pós-natal	Mães adolescentes	12 a 19 anos
E3: COCHRANE ¹⁸	BRASIL / 2021	Pré-natal e Pós-natal	Mães adolescentes	14 a 19 anos
E4: MEDLINE ¹⁹	EUA / 2019	Pós-natal	Mães adolescentes	Até 19 anos no momento do parto

E5: MEDLINE ³⁴	EUA / 2019	Pré-natal e Pós-natal	Mães adolescentes	16 a 20 anos no momento do parto
E6: COCHRANE ³¹	EUA/2020	Pós-natal	Mães adolescentes	15 a 19 anos
E7: COCHRANE ²⁰	BRASIL/2021	Pós- natal	Mães adolescentes e avós	19 anos ou menos
E8: COCHRANE ³²	TAILÂNDIA/ 2021	Pós-natal	Mães adolescentes	Menores de 20 anos
E9: COCHRANE ²¹	BRASIL/2014	Pós-natal	Mães adolescentes e avós	Menores de 20 anos

Quanto à análise e identificação dos eixos do Nurturing Care nos artigos selecionados, dividiu-se: Saúde, nutrição, cuidados responsivos, segurança e seguridade e aprendizagem precoce.

No eixo “saúde”, foram identificadas intervenções em cinco estudos, onde foram abordados temas como riscos do tabagismo (E1), uso de drogas (E1, E2, E4), peso da criança ao nascer (E1), desenvolvimento antropométrico (E3), comportamento infantil (E2) e planejamento familiar (E4, E8). Quanto ao eixo “nutrição”, quatro estudos abordaram o tema, com ênfase na importância de uma vida saudável através de uma alimentação saudável (E4, E7), e trazendo a importância do aleitamento materno exclusivo (E7, E8, E9). No que se refere aos “cuidados responsivos”, houve intervenção acerca da estimulação de atividades lúdicas e apoio à saúde mental materna (E3).

Ao abordar a “segurança e seguridade” a intervenções foram voltadas principalmente para avaliar as experiências das mães com violência por parceiro íntimo ou exposição a violência (E1, E4), estimulação de habilidades parentais (E2), avaliação do ambiente de cuidado onde a criança está sendo criada (E3), orientação quanto aos potenciais perigos existentes em uma casa (E4) e avaliação da repetição de maus-tratos a criança (E5).

Tratando-se da “aprendizagem precoce”, um estudo abordou estímulo ao desenvolvimento da linguagem (E6).

Foi observado nos estudos os principais temas abordados, a duração e periodicidade da intervenção, quais os instrumentos utilizados, como também as estratégias educativas, e os benefícios encontrados, como pode ser observado no Quadro 4.

Ao tratar-se da duração dos estudos encontrados, pode-se observar que a intervenção com maior duração chegou a 6 anos (E5), já o estudo mais breve durou 6 meses, pois tratou-se de uma intervenção acerca do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança (E9).

As intervenções educativas encontradas nos estudos foram diversas, sendo escolhidas de acordo com o público alvo. As estratégias educativas foram aulas individuais (E1, E2, E4), ligações telefônicas (E5, E8, E9), questionários (E3, E5, E6), palestras informativas (E4), cartilhas (E7, E9), álbum seriado (E7), entre outras.

Quadro 4. Principais temas, duração e periodicidade das intervenções, instrumentos de avaliação, estratégias e benefícios encontrados nas intervenções aplicadas, Recife - PE, 2022.

Estudo	Eixos do Nurturing Care	Temas principais	Duração da intervenção-dose	Instrumentos de avaliação	Estratégias educativas e materiais	Resultados
E1	Saúde; Segurança e seguridade	Parentalidade; gravidez na adolescência, saúde materna e maus tratos infantil.	4 anos de duração com 24 visitas domiciliares.	-Formulário Resumido do Índice de Estresse Parental -Escala de Táticas de Conflito – Pais-Filhos - Táticas de Conflito - Parceiro	Visitas domiciliares e questionários	Mãe- as mães do grupo controle relataram menos dificuldade com seus filhos, sendo também mais propensas a relatar o uso de preservativo. As mães do grupo de intervenção foram significativamente menos propensas do que as mães controle a se envolverem em comportamentos de risco, incluindo uso de substâncias, brigas e sexo

						desprotegido.
E2	Saúde; Segurança e segurança	Saúde; aspectos emocionais e comportamentais; uso de substâncias.	Duração: 3 anos Periodicidade: semanal até o final da gestação; quinzenal até 4 meses pós parto; mensal 4-12 meses pós parto; bimestral 12-36 meses pós parto.	ITSEA (Avaliação Social e Emocional Infant-Toddler).	Visita domiciliar; aulas individuais; flipcharts de mesa; perguntas e respostas; folheto com resumo.	Mãe- as mães do grupo de intervenção apresentaram maior conhecimento parental, melhor autoeficácia parental e melhores atitudes de segurança em casa em comparação com as do grupo controle. Crianças- as crianças do grupo de intervenção tiveram menos problemas de externalização e desregulação do que as do grupo controle.
E3	Saúde; Cuidados responsivos; Segurança e segurança;	Saúde mental; desenvolvimento infantil.	Duração: Pré natal até 24 meses pós parto. Periodicidade: Quinzenalmente durante a gestação e dos 2 aos 20 meses de idade da criança; Semanalmente durante o primeiro e último mês da gestação e puerpério; mensalmente dos 21 aos 24 meses.	- Inventário de Depressão de Beck (BDI) - Escala de Ansiedade de Beck (BAI) - Escala de Autorrelato (ASRS) do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade do Adulto (TDAH). - Questionário de Trauma na Infância (CTQ) - Escala de Insegurança Alimentar, EBIA. - Bayley Scales of Infant Development Third Edition (BSID-III)	Visita domiciliar e questionários (BDI (Inventário de Depressão de Beck), BAI (Escala de Ansiedade de Beck) ASRS (Escala de autorrelato do TDAH) CTQ (Trauma na infância). EBIA (Escala de Insegurança Alimentar) HOME (Home Observation Measurement of the Environment))	Crianças- O desenvolvimento da linguagem expressiva foi significativamente associado à intervenção. A relação mãe-filho e no ambiente doméstico, resposta emocional e verbal materna e oportunidades de variedade na estimulação diária foram significativamente associados à intervenção.

				- Home Observation for Measurement of Environment (HOME).		
E4	Saúde; Nutrição; Segurança e seguridade.	Saúde; autoestima; contracepção; abuso infantil, uso de substânea.	Duração: 3 anos Periodicidade: 12, 24 e 36 meses.	- Maternal Self-Report Inventory (MSRI) - Inventário de Parentalidade de Adultos para Adolescentes Versão 2 (AAPI-2) - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC) - Ansell-Casey Life Skills Assessment	Sessões individuais de 1hr, palestra informativa, discussão de vinheta, reflexões e atividade de prática interativa.	Mãe- Efeitos significativos da intervenção foram vistos para a preparação para o papel de mãe, aceitação do bebê, relacionamento esperado com o bebê e diminuição de gravidez de repetição.
E5	Segurança e seguridade	Maus-tratos;	Duração: 6 anos Periodicidade: Momento da inscrição, 12, 24, 60 e 72 meses após a inscrição.	Relatório de maus-tratos	Visita domiciliar, entrevistas, ligação telefônica.	Mãe- As mães do grupo intervenção tiveram riscos reduzidos de receber uma segunda notificação de maus-tratos em relação ao grupo controle. Crianças- Os filhos de mães do grupo de intervenção tiveram uma redução de 32% no risco de receber um segundo relato de maus-tratos em relação ao grupo controle.
E6	Aprendizagem precoce	Desenvolvimento da linguagem.	Duração: 12 meses Periodicidade:	Software LENA (Language Environment	Fala dirigida ao bebê, fala recíproca, fala	Criança- O grupo intervenção teve mais vocalizações

			Não descrito	Analysis)	'parentesa' e métodos para aumentar a exposição geral da linguagem; mensagens de texto individuais e livros, gravações, questionários, brinquedos.	infantis e turnos de conversão do que o grupo controle.
E7	Nutrição	Aleitamento materno, alimentação saudável	Duração: 12 meses Periodicidade: Até 72 horas após o parto e aos 7, 15, 30, 60 e 120 dias de vida da criança.	Instrumento criado pelos autores	Entrevista motivacional, cartilhas ilustradas e álbum seriado.	Criança- O consumo de frutas, verduras e carne/ovos foi ligeiramente maior no grupo intervenção em comparação com o grupo controle. Redução em 35% o risco de alto consumo de alimentos ultraprocessados na idade infantil de 4 a 7 anos.
E8	Saúde; Nutrição	Saúde reprodutiva, papel materno.	Duração: 24 meses. Periodicidade: 6 sessões com 2, 4, 6, 9, 12 e 24 meses após o parto.	Instrumento criado pelos autores	Aconselhamento; serviços de planejamento familiar; consultoria em amamentação; telefonemas.	Mãe- O quantitativo maior do grupo experimental compareceu ao Hospital para seu primeiro exame pós-parto e exame de Papanicolaou. A proporção de mães que amamentam no grupo experimental foi maior do que no grupo controle.
E9	Nutrição	Aleitamento materno exclusivo.	Duração: 6 meses Periodicidade: 7, 15, 30, 60 e 120 dias de idade.	Instrumento criado pelos autores	Intervenção hospitalar através de orientações sobre amamentação,	Mãe e crianças- Sessões de aconselhamento nos primeiros quatro meses de vida das crianças

					entrevista telefônica, visita domiciliar onde se utilizavam flipcharts e cartilhas educativas.	mostraram-se eficazes para aumentar a duração do AME entre mães adolescentes.
--	--	--	--	--	--	---

DISCUSSÃO

A análise das evidências permitiu constatar intervenções educativas envolvendo os eixos do Nurturing Care para promoção da parentalidade e do desenvolvimento infantil em contextos comunitários, de forma integrada, desde o período pré-natal até os primeiros anos de vida da criança. O ambiente domiciliar se apresenta como um local promissor para a implementação de intervenções, com mudanças em situações de risco como o uso de substâncias e a violência doméstica, os quais trazem resultados positivos para a mãe e também melhorias na sua relação com seu contexto de vida e com seu filho⁽¹⁵⁾.

Nos estudos incluídos, além das mães como público alvo das intervenções, os estudos voltados para alimentação infantil e aleitamento materno também foram direcionadas as avós como pertencentes à rede de apoio familiar. A partir da mudança de conduta e hábitos, é possível que também haja mudanças consideráveis no ambiente em que a criança está inserida. E, consequentemente, trará inúmeros benefícios para a criança, já que o âmbito familiar é o primeiro local vivenciado por uma criança ao longo do início da vida extra uterina, sendo considerado como o principal agente externo capaz de influenciar diretamente no desenvolvimento infantil⁽¹⁶⁾.

Foi observada ausência de intervenções que envolvessem o papel e atuação direta dos pais homens na parentalidade e promoção do desenvolvimento infantil. As estratégias encontradas são direcionadas para mudanças no estilo de vida materno, para prevenção e redução do uso de álcool e drogas, para prevenção de gravidez indesejada e prevenção de nova gravidez durante a adolescência. Embora temáticas muito evidentes em publicações científicas, como o aleitamento materno e a vacinação sejam frequentes, estes temas não aparecem relacionados à parentalidade. A parentalidade esteve mais relacionada aos riscos relacionados diretamente às mães, como a depressão, tabagismo e exposição à violência⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Nas estratégias para a mudança comportamental das mães adolescentes, as intervenções envolveram uso de materiais escritos, como panfletos, álbuns seriados, lembretes, além de demonstrações práticas e contatos periódicos, sejam por meio de visitas ou ligações telefônicas⁽²⁰⁻²¹⁾. Este aspecto contribui para o letramento em saúde materno e incentivar as mães a buscarem informações quanto aos cuidados com os filhos e serem sensíveis e responsivas à criança, através de práticas nutritivas como o aleitamento materno e envolve também atividades de interação em momentos lúdicos, como a leitura, brincadeiras, jogos, músicas, entre outras que mostraram-se benéficas na promoção da parentalidade e desenvolvimento infantil⁽²²⁾.

As mães que receberam a intervenção eram adolescentes entre 12 e 21 anos de idade. Esta faixa etária apresenta-se como de maior risco para negligência e maus tratos infantis devido à sobrecarga das mudanças psicológicas, físicas, sociais e econômicas que ocorrem neste período⁽²³⁾. As crianças que receberam intervenção apresentavam-se na primeiríssima infância, especificamente, abaixo dos 18 meses de idade quando inscritas. Nesta faixa etária é onde ocorre o desenvolvimento inicial do cérebro da criança, sendo um momento oportuno para adquirir habilidades dos domínios sensorial, motor, cognitivo, linguagem e socioemocionais⁽²⁴⁾.

Ademais, melhorias nos desfechos da parentalidade e desenvolvimento infantil durante esse período refletem também nas taxas de morbimortalidade infantil. Como exemplo, intervenções que estimulam, crescimento, desenvolvimento precoce, cuidados infantis e educação nutricional estão associadas a resultados positivos na diminuição dos índices de morbimortalidade infantil⁽²⁵⁾.

Os profissionais responsáveis pela entrega das intervenções utilizaram diferentes habilidades comunicativas que contribuíram para o bem-estar materno, como o aconselhamento, entrevista motivacional, visitas domiciliares e ligações telefônicas, os quais contribuem para o estreitamento de uma relação de confiança e suporte aos desafios envolvidos na tarefa de cuidar e educar as crianças⁽²⁰⁾. Esta dimensão deverá ser mais relevante quando se trata de mães adolescentes, as quais podem carecer de suporte emocional para lidar com situações desafiadoras⁽²¹⁾.

A partir da proposta deste estudo em categorizar as intervenções dos estudos selecionados a partir da estratégia global desenvolvida pela OMS, Nurturing Care, acredita-se

que ações integradas aos diferentes eixos, fortalece aspectos fundamentais sobre a parentalidade e desenvolvimento infantil ao abordar temáticas relacionadas à saúde, nutrição, cuidados responsivos, segurança e aprendizagem. Essas intervenções mostram resultados a curto e longo prazo, sendo eficazes também no fornecimento de conhecimento e recursos, que, além de proporcionar uma maior proteção para essas crianças, cooperam para que as famílias possam cuidar melhor delas⁽²⁶⁾.

Tendo em vista que o fator socioeconômico tem relação direta com os desfechos de saúde, é importante ressaltar que as condições desfavoráveis do ambiente e da renda dessas crianças podem estar relacionadas a desfechos negativos de desenvolvimento e de saúde infantil. Somado a isso, a gravidez na adolescência ainda é um fator de risco que pode prejudicar o funcionamento comportamental emocional, cognitivo e de linguagem da criança, como é apontado em um dos estudos: Mães adolescentes desenvolvem maior chance de apego inseguro, desorganizado fornecendo menor estimulação infantil, podendo estar muitas vezes aquém das necessidades da criança. Por isso, é de suma importância as intervenções dos profissionais de saúde e seus efeitos, sendo assim um elemento de sensibilização, de mudança de comportamento, e de melhorias no cuidado responsável e estimulante⁽¹⁸⁾.

A repetição da gravidez na adolescência multiplica o risco de estresse parental e fatores que afetam negativamente os resultados da criança, podendo ser causa de problemas comportamentais⁽²⁷⁾. As intervenções dos estudos tiveram como consequência a diminuição da gravidez de repetição na adolescência nos primeiros 36 meses pós parto⁽¹⁹⁾. Alguns estudos que identificam as causas mais frequentes para a ocorrência e recorrência da gravidez na adolescência mostram uma contínua relação entre o quadro gestacional e o abandono escolar, o apoio da família e o apoio do parceiro, como também uma maior frequência do uso de substâncias ilícitas⁽²⁸⁾.

O uso gradativo de drogas ilícitas por parte das mães adolescentes vem sendo apontado por pesquisas como uma problemática de saúde pública, especialmente, no que tange às consequências relacionadas a essa etapa da vida⁽²⁷⁾. Os resultados das intervenções parentais e de prevenção ao uso destas substâncias apontam para melhora dos resultados das mães e do bebê que predizem menor risco comportamental e de uso de drogas ao longo da vida para mães e crianças adolescentes participantes. Houve também um maior conhecimento parental, autoeficácia parental, maior aceitação da criança, atitudes de segurança em casa e resultados positivos quanto a violência por parceiro íntimo⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Tratando-se da aprendizagem, torna-se relevante a estimulação do cuidado por meio da fala dirigida e recíproca entre adultos e bebês. A literatura mostra que filhos de mães adolescentes muitas vezes têm desenvolvimento prejudicado em domínios como cognição, linguagem, escolaridade, funcionamento socioemocional e comportamental⁽²⁹⁾. Em relação à interação mãe-filho, as mães adolescentes são menos sensíveis às necessidades da criança, fornecem menos estimulação verbal e apresentam maiores taxas de apego inseguro e desorganizado⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Assim, é de fundamental importância as intervenções focadas em mães adolescentes que vivem em condições adversas para garantir resultados maternos e infantis positivos. A rede de apoio, um ambiente familiar estável e principalmente mães com mais motivação, encorajamento e conhecimento acerca da parentalidade e desenvolvimento infantil podem aumentar os resultados da linguagem falada e linguagem expressiva a longo prazo, isso corrobora com a importância da atuação dos profissionais de saúde por meio da educação em saúde^(18,31).

Na perspectiva nutricional, as intervenções podem auxiliar na redução do risco e do abandono do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, além do consumo de alimentos ultraprocessados, fornecendo assim uma influência positiva na obtenção de hábitos saudáveis e consequentemente manutenção de uma boa saúde. Entre as pessoas que exercem influência sobre a mãe adolescente está a avó da criança, ela participa frequente e ativamente das decisões relacionadas à alimentação de seu neto. Os resultados ainda apontam que a influência das avós sobre a mãe adolescente nesta perspectiva, ajudou a aumentar o tempo de AME^(20-21,32).

Um estudo realizado no Brasil, mostrou a relevância do papel das avós no incentivo à amamentação. Um dos principais resultados deste estudo foi que, no contexto analisado, a influência exercida pelas avós com sua experiência e opinião pessoal sobre a amamentação, revela-se como fator determinante para a continuidade da amamentação ou para o desmame precoce⁽³⁴⁾.

Os instrumentos de avaliação utilizados tiveram como foco estimar estratégias de disciplina e agressividade das mães em relação à criança, avaliar as experiências das mães com violência por parceiro íntimo, o índice de depressão e ansiedade, como também o histórico materno de abuso⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Quanto às crianças, foi avaliado o funcionamento

psicossocial e comportamental, desenvolvimento infantil, qualidade da estimulação e apoio disponível para a criança no ambiente domiciliar e houve um relatório para os casos de maus tratos. Vale ressaltar a escassez de avaliações qualitativas centradas nas mães adolescentes, que seriam de suma importância para estimar as situações vivenciadas pelas mesmas^(19,34).

As intervenções incluídas demonstram que a parentalidade e a promoção do desenvolvimento infantil envolvem diferentes componentes integrados que devem ser trabalhados na perspectiva de prevenir fatores de risco que podem comprometer a saúde e bem-estar maternos, por meio de ações educativas que abordam aconselhamento, encorajamento e conhecimentos relacionados ao autocuidado materno em seu ambiente familiar e comunitários, como ações relacionados ao cuidado direto com a criança em práticas saudáveis como o aleitamento materno e a alimentação complementar e estendendo-se às interações linguísticas, brincadeiras, livros e jogos, os quais promovem o desenvolvimento conjunto das mães e de seus filhos. Outros desafios complexos como a depressão materna, consumo de substâncias psicoativas e a violência doméstica foram contemplados nas intervenções com foco na parentalidade e desenvolvimento infantil.

Limitações do Estudo

As limitações do estudo envolvem a frequência limitada de publicações sobre parentalidade e desenvolvimento infantil específicas com mães adolescentes, além de especificidades quanto aos idiomas de publicação incluídos, como também, a ausência do papel paterno e pouca aparição da rede de apoio na promoção da parentalidade e do desenvolvimento infantil, podem ser consequência do não cruzamento de descritores voltados para este público. Algumas particularidades culturais de contextos de países desenvolvidos podem limitar a replicação para contextos práticos da assistência à saúde na realidade brasileira.

Contribuições para a Área

O presente estudo permite apontar para a importância da capacitação profissional na entrega de intervenções que potencializam a parentalidade de mães adolescentes e desenvolvimento infantil na primeiríssima infância no contexto de atenção primária, a partir de diferentes estratégias educativas voltadas a componentes motivacionais, além de conhecimentos e habilidades práticas, por meio do apoio contínuo de profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Esta revisão permite sintetizar processos e os benefícios de intervenções educativas voltadas para mães adolescentes acerca da parentalidade e desenvolvimento infantil. Os resultados positivos acerca da promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, uma melhor alimentação infantil, bem como um maior desenvolvimento dos cuidados maternos referentes ao estímulo à aprendizagem precoce, segurança, cuidados responsivos e saúde infantil puderam ser relacionados de forma integrada a partir dos eixos da Frameworking Nurturing care.

As mães adolescentes expostas as intervenções tornaram-se menos propensas ao uso de substâncias nocivas à saúde, a violência por parceiro íntimo, sexo sem proteção e gravidez indesejada de repetição. Houve melhora na aceitação da criança após o nascimento, maior conhecimento parental e menor índice de maus tratos infantis.

REFERÊNCIAS

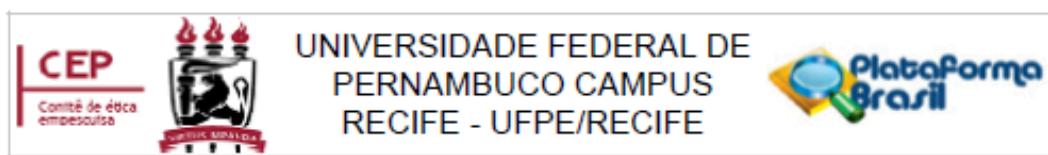
- 1- Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. Esc Anna Nery. 2014;18(3):448-55. Doi: 10.5935/1414-8145.20140064
- 2- Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatria*. 2014;133:114–22.
- 3- Dahmen B, Firk C, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B. Paternidade adolescente - riscos de desenvolvimento para a diáde mãe-filho. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2013;41:407–17. teste 417-408.
- 4- Kumar M, Huang KY. Impacto de ser mãe adolescente na saúde materna subsequente, parentalidade e desenvolvimento infantil no contexto de assentamento informal de baixa renda e alta adversidade do Quênia. *PLoS Um* . 2021;16(4):e0248836. Publicado em 1º de abril de 2021. Doi:10.1371/journal.pone.0248836
- 5- Cruz MSS. Conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil e qualidade da estimulação no ambiente domiciliar. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25168>
- 6- Daelmans B, Black MM, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K, et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ*. 2015;351:h4029. Doi: 10.1136/bmj.h4029.
- 7- Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23(6):1097-104.

- 8- Araújo MRN, Correia LAB, Santos MA, Aquino SPF, Brito RAAL, Silva FFA, et al. Atuação do enfermeiro na promoção dos vínculos familiares e desenvolvimento infantil. *Research, Society and Development*. 2021;10(12):1-18.
- 9- Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*. 2006; 28(8), 443–445. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032006000800001>
- 10- OMS- Organização Mundial da Saúde; United Nations Children's Fund; World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022
- 11- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- 12- Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *Bmc Medical Research Methodology*. 2018;18(1):1-9.
- 13- Liberati A, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. v.6, n.7, e.1000100; 2009.
- 14- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
- 15- World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 16- Jacobs F, Easterbrooks MA, Goldberg J, Mistry J, Bumgarner E, Raskin M, Fosse N, Fauth R. Improving Adolescent Parenting: Results From a Randomized Controlled Trial of a Home Visiting Program for Young Families. *American Journal of Public Health [Internet]*. Fev 2016;106(2):342-9. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302919>
- 17- Barlow A, Mullany B, Neault N, Compton S, Carter A, Hastings R, Billy T, Coho-Mescal V, Lorenzo S, Walkup JT. Effect of a Paraprofessional Home-Visiting Intervention on American Indian Teen Mothers' and Infants' Behavioral Risks: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry [Internet]*. Jan 2013;170(1):83-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010121>
- 18- Fatori D, Fonseca Zuccolo P, Shephard E, Brentani H, Matijasevich A, Archanjo Ferraro A, Aparecida Fracolli L, Chiesa AM, Leckman J, Constantino Miguel E, V Polanczyk G. A randomized controlled trial testing the efficacy of a Nurse Home Visiting Program for Pregnant Adolescents. *Scientific Reports [Internet]*. 13 jul 2021;11(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93938-7>
- 19- Cox JE, Harris SK, Conroy K, Engelhart T, Vyawaharkar A, Federico A, Woods ER. A Parenting and Life Skills Intervention for Teen Mothers: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics [Internet]*. 12 fev 2019;143(3):e20182303. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2303>

- 20- Lazzeri B, Leotti Torman V, Soldateli Paim B, Giugliani ER, Monteiro CA, Martinez Steele E, Pedrotti LG, Drehmer M. EFFECT OF A HEALTHY EATING INTERVENTION IN THE FIRST MONTHS OF LIFE ON ULTRA-PROCESSED FOOD CONSUMPTION AT THE AGE OF 4-7 YEARS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL WITH ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR INFANTS. *British Journal of Nutrition* [Internet]. 9 dez 2020 [citado 30 jan 2023]:1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0007114520004869>
- 21- de Oliveira LD, Giugliani ER, Santo LC, Nunes LM. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutrition Journal* [Internet]. 17 jul 2014;13(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-73>
- 22- Luoto JE, Lopez Garcia I, Aboud FE, Singla DR, Fernald LCH, Pitchik HO, et al. Group-based parenting interventions to promote child development in rural Kenya: a multi-arm, cluster-randomised community effectiveness trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):1-22.
- 23- Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):448-55. doi: 10.5935/1414-8145.20140064
- 24- Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017; 389(10064):77-90.
- 25- Yousafzai AK, Rasheed MA, Rizvi A, Armstrong R, Bhutta ZA. Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. *Lancet*. 2014;384(9950):1282-93.
- 26- World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 27- Silva MI, Oliveira LV, Pachú CO. O uso de drogas entre adolescentes: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet]. 4 maio 2021;10(5):e22110514778. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14778>
- 28- Miura PO, Tardivo LSPCB, Dora MS. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(5):1601-1610.
- 29- Firk, C., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., Scharke, W. & Dahmen, B. Desenvolvimento cognitivo em filhos de mães adolescentes: O impacto do risco socioeconômico e da sensibilidade materna. *Comportamento Infantil*. 2018;Dev.50, 238–246.
- 30- RivaCrugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S. & Albizzati, A. Maternidade em mães adolescentes: vinculação materna, estilos de interação mãe-bebê e regulação emocional aos três meses. *Comportamento Infantil*. 2014;Dev.37, 44-56.
- 31- Hoffman L, Hersey A, Tucker R, Vohr B. Randomised control language intervention for infants of adolescent mothers. *Acta Paediatrica* [Internet]. 24 abr 2020;109(12):2604-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.15261>

- 32- Talungchit P, Kwadkweang S, Limsiri P. Mother-role development program and postpartum health-service utilization by adolescent mothers: A randomized, controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [Internet]. 26 nov 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jog.14576>
- 33- Moreira MA, Nascimento ER. [Intersectionality family, generation and breastfeeding]. *Rev Kairós Gerontol.* 2013;15(5):191-208.
- 34- Easterbrooks MA, Kotake C, Fauth R. Recurrence of Maltreatment After Newborn Home Visiting: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health* [Internet]. Maio 2019;109(5):729-35. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.304957>

**ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARENTALIDADE DE MÃES ADOLESCENTES DE CRIANÇAS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTUDO QUALITATIVO

Pesquisador: LAIS CAROLINA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68362623.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.038.415

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado de Laís Carolina da Silva, intitulado PARENTALIDADE DE MÃES ADOLESCENTES DE CRIANÇAS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTUDO QUALITATIVO, orientado pela Profa. MARIA WANDERLEYA DE LAVOR CORIOLANO-MARINUS. Em um estudo descritivo, exploratório e qualitativo, pretende avaliar como se desenvolve a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança nos primeiros três anos de vida, com critérios de inclusão e exclusão, bem como riscos e benefícios estabelecidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a parentalidade de mães adolescentes nos cuidados com a criança na primeiríssima infância.

Objetivo Secundário:

- Descrever conhecimentos e habilidades das mães adolescentes sobre cuidados com saúde, nutrição, relações responsivas, aprendizagem e segurança das crianças;
- Apreender sentimentos das mães adolescentes sobre as relações afetivas com seus filhos



Continuação do Parecer: 6.038.415

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como base o impacto negativo que tem a maternidade na adolescência na qualidade de vida materna, como evasão escolar e desemprego e como estresse gerado pode influenciar nas atividades voltada para cuidado, educação e desenvolvimento infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados:

FOLHA DE ROSTO

CARTA DE ANUÊNCIA

CURRICULO LATTES

PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

DECLARAÇÃO DE VINCULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PROJETO DETALHAIDO

Recomendações:

No projeto detalhado, deve-se apresentar uma revisão de literatura o tema e não um artigo de revisão.

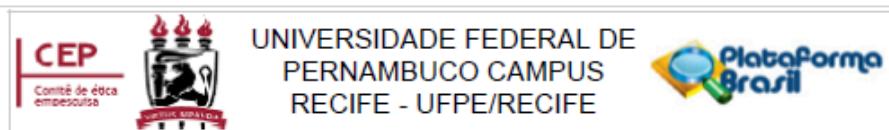
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO



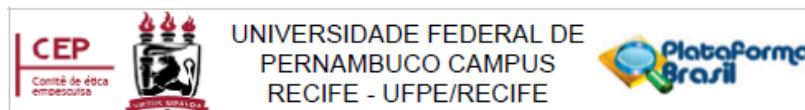
Continuação do Parecer: 6.038.415

COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consustanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2106589.pdf	29/03/2023 18:51:40		Aceito
Outros	Declaracaodevinculo.pdf	29/03/2023 18:49:03	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaLaisCarolina.docx	29/03/2023 18:48:07	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE.docx	29/03/2023 18:46:29	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculoWesllaCoorientadora.pdf	29/03/2023 18:45:30	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculoWanderleyaOrientadora.pdf	29/03/2023 18:45:13	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	29/03/2023 18:43:28	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	29/03/2023 18:42:06	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDORESPONSABEL.docx	29/03/2023 17:59:09	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.docx	29/03/2023 17:58:57	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.docx	29/03/2023 17:58:34	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito



Continuação do Parecer: 6.038.415

Ausência	TERMODEASSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.docx	29/03/2023 17:58:34	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/03/2023 17:56:54	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/03/2023 17:55:40	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	29/03/2023 17:54:04	LAIS CAROLINA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Maio de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))