

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL A PARTIR DA TEORIA BIOECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER

Rute Costa Régis de Sousa¹ 
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro¹ 
Grayce Alencar Albuquerque² 
Weslla Karla Albuquerque de Paula³ 
Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus^{1,4} 

¹Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

²Universidade Regional do Cariri, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

⁴Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar os benefícios e limitações de intervenções de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil, segundo a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner.

Método: revisão integrativa, nas bases de dados PubMed, Lilacs, CINAHL, *Web of Science* e Scopus, utilizando os descritores: “*child development*” AND “*nurses*” OR “*nursing*”. Não foi estabelecido limite temporal para as publicações. A busca foi realizada em setembro de 2019 e atualizada em março de 2020.

Resultados: foram selecionados, para a amostra final, 24 estudos. O tipo de desenho de estudo predominante foi o ensaio clínico (60%). A visita domiciliar foi a estratégia mais utilizada (60%). Sete temas principais surgiram entre os desfechos das intervenções: criança, saúde materna, competências parentais, relação entre enfermeiro(a) e mãe/pai, uso de benefício social, prática profissional e violência familiar. O componente processo esteve presente em todos os estudos, retratando a relevância das interações proximais no ambiente domiciliar. Apenas duas intervenções não tiveram impacto em nenhum desfecho.

Conclusão: as intervenções de enfermagem apresentaram benefícios em todos os desfechos, principalmente nos desfechos ligados a criança e práticas parentais, aumentando situações de interação entre cuidadores e crianças, reduzindo práticas punitivas e de violência contra a criança. É essencial considerar a perspectiva bioecológica, para que as intervenções de enfermagem, na promoção do desenvolvimento infantil, sejam mais eficazes.

DESCRITORES: Avaliação de eficácia-efetividade de intervenções. Desenvolvimento infantil. Saúde da criança. Educação em enfermagem. Enfermagem.

COMO CITAR: Sousa RCR, Monteiro EMLM, Albuquerque GA, Paula WKA, Coriolano-Marinus MWL. Intervenções de enfermagem para promoção do desenvolvimento infantil a partir da teoria bioecológica de bronfenbrenner. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. ANO [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200685. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0685>

NURSING INTERVENTIONS TO PROMOTE CHILD DEVELOPMENT THROUGH BRONFENBRENNER'S BIOECOLOGICAL THEORY

ABSTRACT

Objective: to analyze the benefits and limitations of nursing interventions for the promotion of child development, according to the Bioecological Theory of Human Development, by Bronfenbrenner.

Method: An integrative review, from the databases PubMed, Lilacs, CINAHL, Web of Science and Scopus, using the descriptors: "child development" AND "nurses" OR "nursing". No time limit was set for publications. The search was performed in September 2019 and update in March 2020.

Results: 24 studies were selected for the final sample. The predominant type of study design was the clinical trial (60%). The home visit was the most used strategy (60%). Seven main themes emerged from the outcomes of the interventions: the child, maternal health, parenting skills, relationship between nurse and mother / father, use of social benefits, professional practice, and family violence. The process component was present in all studies, portraying the relevance of proximal interactions in the home environment. Only two interventions had no impact on any outcome.

Conclusion: nursing interventions showed benefits in all outcomes, especially in outcomes related to children and parental practices, and improved situations of interaction between caregivers and children, reducing punitive practices and violence against children. It is essential to consider the bioecological perspective, so that nursing interventions, in promoting child development, are more effective.

DESCRIPTORS: Evaluation of efficiency-effectiveness of interventions. Child development. Child health. Nursing education. Nursing.

INTERVENÇÕES DE ENFERMERIA PARA PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL DESDE A TEORIA BIOECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER

RESUMEN

Objetivo: analizar los beneficios y limitaciones de las intervenciones de enfermería para promover el desarrollo infantil, según la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner.

Método: revisión integrativa, en bases de datos PubMed, Lilacs, CINAHL, Web of Science y Scopus, utilizando los descriptores: "desarrollo infantil" Y "enfermeras" O "enfermería". No se estableció un límite de tiempo para las publicaciones. La búsqueda se realizó en septiembre de 2019 y se actualizó en marzo de 2020.

Resultados: se seleccionaron 24 estudios para la muestra final. El tipo de diseño de estudio predominante fue el ensayo clínico (60%). Las visitas domiciliarias fueron la estrategia más utilizada (60%). Entre los resultados de la intervención surgieron siete temas principales: niño, salud materna, habilidades parentales, relación entre enfermera y madre / padre, uso de beneficios sociales, práctica profesional y violencia familiar. El componente proceso estuvo presente en todos los estudios, retratando la relevancia de las interacciones proximales en el ambiente del hogar. Solo dos intervenciones no tuvieron impacto en ningún resultado.

Conclusión: las intervenciones de enfermería mostraron beneficios en todos los resultados, especialmente en los relacionados con los niños y las prácticas parentales, aumentando las situaciones de interacción entre los cuidadores y los niños, reduciendo las prácticas punitivas y la violencia contra los niños. Es fundamental considerar la perspectiva bioecológica, para que las intervenciones de enfermería en la promoción del desarrollo infantil sean más efectivas.

DESCRIPTORES: Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones. Desarrollo Infantil. Salud del Niño. Educación en Enfermería. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A atenção global ao desenvolvimento de crianças na primeira infância tem sido reconhecida por organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), tendo em vista que cerca de 43% das crianças que vivem em países em desenvolvimento podem falhar em atingir o seu desenvolvimento pleno, devido a condições de vida precárias que impactam na vida de suas famílias e rede de proteção de cuidados¹.

O desenvolvimento na primeira infância, e seus resultados na vida de crianças de zero a seis anos, tem sido compreendido como resultante de indicadores intersetoriais, relacionados com escolaridade materna, cobertura pré-natal, vacinação e matrícula na pré-escola. O reconhecimento quanto ao desenvolvimento integrado das potencialidades do ser humano, não apenas com as dimensões intelectuais e cognitivas, mas com questões sociais que envolvem suas famílias e cuidadores, torna-se essencial para a compreensão ampliada do desenvolvimento de crianças pequenas².

As características individuais da criança, o ambiente e as relações entre a criança e as pessoas ao seu redor são cruciais para o desenvolvimento humano. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), descrita por Urie Bronfenbrenner, define desenvolvimento humano como resultado de processos de interação mútua entre um organismo humano biopsicológico em atividade e as pessoas, objetos e símbolos existentes no seu ambiente³. Essas interações, denominadas processos proximais, são classificadas como a força motriz do desenvolvimento humano. A partir dessa consideração, o autor elaborou o modelo pessoa-processo-contexto-tempo (PPCT), para explicar a interação entre os diferentes componentes no curso do desenvolvimento humano. O modelo PPCT é formado por quatro componentes.

A pessoa diz respeito aos indivíduos em desenvolvimento (criança, pais, mães) e suas características particulares. O processo refere-se aos processos proximais por meio de interações. Todas essas interações têm como pano de fundo um contexto, que pode ser a cultura, a religião ou o bairro³⁻⁷. O último componente é o tempo, que se refere ao aspecto cronológico no qual as interações ocorrem³.

A compreensão do desenvolvimento de crianças, na primeira infância, a partir de uma perspectiva bioecológica, denomina a estratégia “*Nurturing care*” ou cuidados responsivos para respostas intersetoriais, que consideram a importância de um ambiente estável e sensível às necessidades nutricionais e de saúde das crianças, com proteção contra ameaças, oportunidades de aprendizagem precoce e interações responsivas, emocionalmente favoráveis e estimulantes do desenvolvimento. Esses cuidados devem ser apoiados por uma variedade de contextos sociais (em casa, no trabalho dos pais, creche, comunidade mais ampla e influências políticas), a partir de componentes inter-relacionados, incluindo: comportamentos, atitudes e conhecimento sobre cuidados (por exemplo, saúde, higiene e alimentação); estimulação (por exemplo, falar, cantar e brincar); responsividade (por exemplo, vínculo precoce, apego seguro, confiança e comunicação sensível); e segurança (por exemplo, rotinas e proteção contra danos). O contexto mais poderoso é o lar imediato e os ambientes de cuidado de crianças pequenas, muitas vezes fornecidos pelas mães, mas também pelos pais e outros membros da família, bem como pelos serviços de cuidados infantis^{3,6-7}.

Embora haja reconhecimento de que o desenvolvimento infantil impacta não apenas na saúde da criança, mas tem repercussões na vida adulta, incluindo rendimento acadêmico, produtividade e geração de riquezas, impactando no desenvolvimento econômico de um país⁸⁻⁹, há ausência de informações quanto ao desenvolvimento infantil de crianças pequenas na realidade brasileira, devido a falta de instrumentos padronizados e a recente validação destes para a realidade nacional¹⁰.

No contexto da atenção à saúde da criança na atenção primária, a vigilância do desenvolvimento infantil, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das atribuições do enfermeiro(a), entretanto esses profissionais relatam dificuldades para sua implementação, a qual tem focado, prioritariamente, o crescimento e medidas antropométricas¹¹⁻¹⁴, em detrimento da vigilância do

desenvolvimento. Isso pode ser explicado por dificuldades orçamentárias, institucionais, administrativas e assistenciais¹⁵.

Apesar das dificuldades, o enfermeiro(a) tem papel chave na promoção do desenvolvimento infantil saudável, visto que é capaz de atuar diretamente com a família, desde o pré-natal. Estudos internacionais para promoção do desenvolvimento infantil têm destacado desfechos positivos para crianças e famílias, a partir da atuação de enfermeiros¹⁶⁻¹⁸.

Estudos de revisão, com o objetivo de mapear o alcance do enfermeiro(a) na promoção do desenvolvimento infantil, são reportados na literatura¹⁹⁻²⁰. A presente revisão de literatura acrescentou e ampliou a compreensão das intervenções de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil, com base em um referencial teórico, e teve como foco todos os sujeitos potencialmente envolvidos na promoção do desenvolvimento infantil. O objetivo desta revisão integrativa foi analisar os benefícios e limitações de intervenções de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil, segundo a TBDH, de Bronfenbrenner.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, segundo o modelo proposto por Whitemore e Knafli²¹. As revisões integrativas têm o potencial de construir a ciência de enfermagem. Apresentam o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria e têm aplicabilidade direta com a prática e com a apolítica.

As intervenções em saúde pública são complexas e não podem estar limitadas apenas a abordagens qualitativas ou quantitativas, tendo em vista que o desenvolvimento infantil é um problema de saúde pública²².

Seguiram-se cinco etapas metodológicas: 1) identificação do problema; 2) busca na literatura; 3) avaliação dos dados; 4) análise dos dados; e 5) síntese dos resultados²¹.

O estudo foi norteado por protocolo elaborado pelas pesquisadoras. A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia PICO: População (crianças, mães, pais, enfermeiros, estudantes de enfermagem); Intervenção (intervenções conduzidas por enfermeiros); Comparação (comparações com grupo controle, comparações dos mesmos indivíduos em diferentes períodos de tempo); Resultados (promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância).

A primeira etapa (identificação do problema) foi realizada por meio das seguintes perguntas: quais os principais impactos das intervenções de enfermagem sobre o desenvolvimento de crianças na primeira infância e quais componentes do PPCT são abordados por elas?

A segunda etapa (pesquisa na literatura) foi realizada a partir dos descritores e critérios de inclusão/exclusão, para seleção de artigos e composição da amostra. Essa etapa foi conduzida por duas pesquisadoras, de forma independente e simultânea, com padronização da sequência dos descritores e dos cruzamentos, para comparação dos resultados encontrados. Os artigos foram acessados por meio do portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em área com *Internet Protocol* (IP) reconhecida na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A busca foi realizada em setembro de 2019 e atualizada em março de 2020. Foram incluídas as bases de dados PubMed, Lilacs, CINAHL, *Web of Science* e Scopus, sem restrição quanto ao ano de publicação e utilizando os filtros: idioma português, inglês e espanhol; texto completo disponível; e pesquisa com seres humanos. Foram utilizados os descritores indexados: ("*child development*") AND ("*nurses*" OR "*nursing*"), com auxílio dos operadores booleanos. Uma mesma estratégia de busca foi utilizada para todas as bases. Os termos da estratégia de busca foram amplos, para que o maior número possível de artigos fosse resgatado.

Para a inclusão dos artigos, foram definidos os seguintes critérios: 1) estudos de intervenção conduzidos por enfermeiro(a)s ou cuja população fosse de enfermeiro(a)s ou estudantes de enfermagem; 2) estudos cujo interesse principal fosse a promoção do desenvolvimento na primeira infância (zero

– seis anos); e 3) estudos com diferentes desenhos metodológicos, incluindo estudos descritivos, qualitativos, estudos experimentais e quase experimentais.

Os critérios de exclusão foram: 1) estudos de intervenção voltados para o desenvolvimento de crianças com alguma doença, que estavam hospitalizadas; 2) estudos que tinham como foco outros profissionais de saúde que não o enfermeiro(a); e 3) estudos voltados apenas para o crescimento.

Todos os artigos extraídos das buscas foram armazenados e organizados no gerenciador de referências *Mendeley Desktop*, versão 1.19.4 (© 2008-2019 *Mendeley Ltd*). Após a exclusão dos artigos duplicados, deu-se avaliação inicial dos títulos, resumos e objetivos.

A terceira etapa (avaliação dos dados) foi realizada a partir da organização dos dados dos artigos em um instrumento, contendo os seguintes campos: autor, ano, país de publicação, tipo de estudo, objetivo da intervenção, população, local do estudo, desfechos da intervenção, componentes do modelo PPCT. Nesta etapa, consideraram-se diferentes desenhos metodológicos, incluindo estudos descritivos, qualitativos, protocolos de pesquisa, estudos experimentais com grupo controle e estudos quase experimentais do tipo antes e depois. Depois de extraídos, os dados foram tabulados em planilhas, usando o *Microsoft® Excel*, versão 16.37.

A quarta etapa (análise dos dados) foi realizada a partir dos dados do instrumento, com organização, classificação e análise dos achados a partir do referencial teórico da TBDH. A análise de dados exige que os dados das fontes primárias sejam ordenados, codificados, categorizados e resumidos em uma conclusão unificada e integrada sobre o problema de pesquisa.

A quinta etapa (síntese) relacionou a integração entre os achados empíricos e o referencial teórico.

Foram identificadas, na busca inicial, 7.377 publicações, das quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados, para a amostra desta revisão, 24 artigos. Para seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), conforme apresentado na Figura 1.

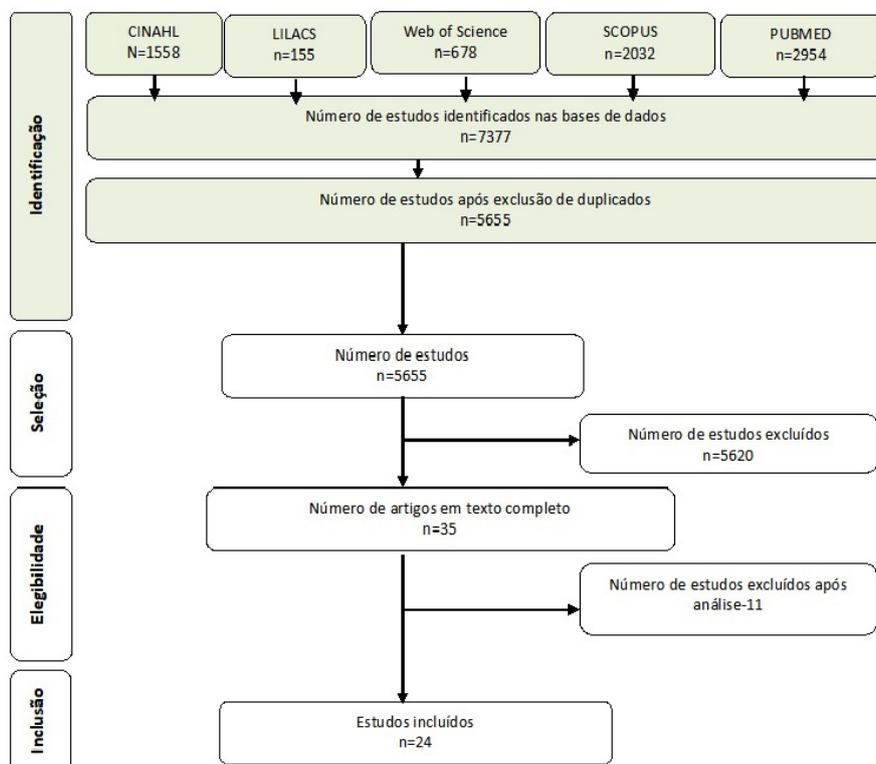


Figura 1 – Fluxograma da estratégia de busca e do processo de seleção dos artigos (Elaborado a partir da recomendação PRISMA²³). Recife, PE, 2019.

RESULTADOS

As intervenções foram conduzidas entre os anos de 1993 e 2019. O ano de 2015 apresentou um maior quantitativo, com seis estudos (25%)²⁴⁻²⁹. Os países com predomínio dos estudos foram Austrália e Estados Unidos, que, juntos, totalizaram 12 estudos (50%)^{24,30-40}. Entre os países com dois estudos ou menos, está o Brasil^{29,41}, como mostrado no Quadro 1.

Quanto ao tipo de estratégia na intervenção, a visita domiciliar foi a mais utilizada (n=14, 58%)^{27-28,30-31,33-34,36,38,40-45}. As mães ou mulheres grávidas e crianças foram os principais focos das intervenções. Em quatro estudos, a abordagem foi voltada para famílias em geral, pais/mães e crianças^{28,34,45-46}.

Quanto ao desenho do estudo, predominaram os ensaios clínicos randomizados (n=14, 58%)^{26-27,30-31,33,35-38,40,42-43,45,47}. O local foi, em sua maioria, a residência. Além da residência, outros dois locais de intervenção foram o serviço de saúde e a escola^{24-26,29,32,35,37,39,47}.

Quadro 1 – Características gerais dos estudos selecionados segundo autores, ano de publicação, tipo de estudo, população, ambiente e tipo de intervenção. Recife, PE, Brasil, 2020.

Estudo	País de origem	Tipo de estudo	População do estudo	Ambiente do estudo	Tipo de intervenção
Goldfeld et al., 2019 ³⁰	Austrália	Ensaio clínico	Mulheres grávidas e crianças	Residência	Visita domiciliar
Worku et al., 2018 ⁴²	Etiópia	Ensaio clínico	Mães e crianças.	Residência	Visita domiciliar
Sawyer et al., 2018 ³³	Austrália	Ensaio clínico	Mães	Residência	Visita domiciliar
Fracolli et al., 2018 ⁴¹	Brasil	Relato de experiência	Adolescentes grávidas em situação de vulnerabilidade	Residência	Visita domiciliar
Henkemans et al., 2018 ⁴⁶	Países Baixos	Métodos mistos	Enfermeiro(a)s e famílias.	Residência	App
Stubs; Achat, 2016 ³⁴	Austrália	Estudo de antes e depois	Famílias	Residência	Visita domiciliar
Catherine et al., 2016 ⁴³	Canadá	Ensaio clínico	Mulheres grávidas pela primeira vez que estejam em situação de vulnerabilidade social.	Residência	Visita domiciliar
Komoto et al., 2015 ²⁶	Japão	Ensaio clínico	Mães	Serviço de saúde	Aconselhamento
Reichert et a., 2015 ²⁹	Brasil	Estudo de antes e depois	Enfermeiro(a)s	Serviço de saúde	Treinamento
Prinsloo; Reid, 2015 ²⁸	África do Sul	Qualitativo exploratório	Pais (mãe e pai)	Residência	Visita domiciliar
Mejdoubi et al., 2015 ²⁷	Países Baixos	Ensaio clínico	Mulher grávida e criança em situação de vulnerabilidade social.	Residência	Visita domiciliar

Quadro 1 – Cont.

Estudo	País de origem	Tipo de estudo	População do estudo	Ambiente do estudo	Tipo de intervenção
Ip et al., 2015 ²⁵	Hong Kong	Estudo de antes e depois	Mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social.	Serviço de saúde	Aconselhamento
Hornor et al., 2015 ²⁴	Estados Unidos	Estudo de antes e depois	Enfermeiro(a)s	Serviço de saúde	Treinamento
Sawyer et al., 2014 ³⁵	Austrália	Ensaio clínico pragmático	Mães e crianças.	Residência e Serviço de saúde	Grupo de apoio online
Kemp et al., 2011 ³⁶	Austrália	Ensaio clínico	Mães e crianças.	Residência	Visita domiciliar
Glavin et al., 2010 ⁴⁷	Noruega	Ensaio clínico pragmático	Mulheres no período pós-parto	Serviço de saúde	Aconselhamento
Hiscock et al., 2008 ³⁷	Austrália	Ensaio clínico	Mães	Serviço de saúde	Palestras
Olds et al., 2004 ³⁸	Estados Unidos	Ensaio clínico	Mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social	Residência	Visita domiciliar
Percy; Mcintyre, 2001 ³⁹	Estados Unidos	Estudo de antes e depois	Mães adolescentes	Escola	Curso
Letourneau et al., 2001 ⁴⁴	Canadá	Estudo de antes e depois	Mães	Residência	Visita domiciliar
Armstrong et al., 1999 ⁴⁰	Austrália	Ensaio clínico	Mães	Residência	Visita domiciliar
Kerr; Jowett; Smith, 1996 ⁴⁵	Escócia	Ensaio clínico	Pais (mãe e pai)	Residência	Visita domiciliar
Olds et al., 1994 ³¹	Estados Unidos	Ensaio clínico	Mulheres grávidas e crianças	Residência	Visita domiciliar
Bantz; Siktberg, 1993 ³²	Estados Unidos	Estudo de antes e depois	Enfermeiro(a)s	Serviço de saúde	Treinamento

A partir do foco dos estudos selecionados, os desfechos foram categorizados em sete temáticas principais:

- a. criança: desenvolvimento infantil (linguagem, habilidades sociais e emocionais), prontidão escolar, visitas à emergência em decorrência de acidentes, matrícula em instituição educacional formal e tempo de aleitamento materno;
- b. saúde materna: saúde física e mental, intervalo entre filhos e número de gestações;
- c. competências parentais: ambiente doméstico seguro, autoconfiança, sensibilidade à criança, resposta melhorada ao estresse, práticas diversificadas, vínculo com a criança e rotina doméstica;
- d. relação enfermeiro(a)/mãe ou pai: comunicação com o enfermeiro(a), satisfação com serviço, visitas ao serviço;

- e. uso de benefícios sociais: tempo de utilização de benefícios sociais;
- f. prática profissional: habilidades do enfermeiro para realizar a vigilância do desenvolvimento (pergunta a mães e/ou pais sobre o desenvolvimento da criança, orienta sobre brinquedos e brincadeiras apropriados para a idade, desencoraja uso de punições físicas);
- g. violência familiar: uso de punições físicas, hostilidade entre mãe/pai e criança e violência intrafamiliar.

O Quadro 2 apresenta impactos positivos, negativos ou ausência de impactos, de acordo com a classificação realizada.

Quadro 2 – Benefícios das intervenções segundo a categoria dos desfechos dos estudos selecionados. Recife, PE, Brasil, 2020.

Estudo	Criança	Saúde materna	Competências parentais	Relação enfermeiro(a) /mãe ou pai	Benefícios sociais	Prática profissional	Violência familiar
Goldfeld et al., 2019 ³⁰	√(+)		√(+)				
Worku et al., 2018 ⁴²	√(+)		√(+)				
Sawyer et al., 2018 ³³	√(=)		√(=)				
Fracolli et al., 2018 ⁴¹	√(+)		√(+)				
Henkemans et al., 2018 ⁴⁶				√(+)			
Stubs; Achat, 2016 ⁴⁰			√(+)	√(+)			
Catherine et al., 2016 ⁴³	√	√					√
Komoto et al., 2015 ²⁶			√(+)				
Reichert et al., 2015 ²⁹				√(+)		√(+)	
Prinsloo; Reid, 2015 ²⁸	√(+)		√(+)				
Mejdoubi et al., 2015 ²⁷			√(+)				√(+)
Ip et al., 2015 ²⁵		√(+)		√(+)			
Hornor et al., 2015 ²⁴						√(+)	√(+)
Sawyer et al., 2014 ³⁵	√	√	√	√			
Kemp et al., 2011 ³⁶	√(=)(+)	√(+)	√(=)				
Glavin et al., 2010 ⁴⁷		√(+)					
Hiscock et al., 2008 ³⁷		√(=)	√(=)				√(+)

Quadro 2 – Cont.

Estudo	Criança	Saúde materna	Competências parentais	Relação enfermeiro(a) /mãe ou pai	Benefícios sociais	Prática profissional	Violência familiar
Olds et al., 2004 ³⁸	✓ (+)	✓ (+)			✓ (+)		✓ (=)
Percy; Mcintyre, 2001 ³⁹			✓ (+)				
Letourneau et al., 2001 ⁴⁴			✓ (+)				
Armstrong et al., 1999 ³²		✓ (+)	✓ (+)	✓ (+)			
Kerr; Jowett; Smith, 1996 ⁴⁵	✓ (+)		✓ (+)				
Olds et al., 1994 ³¹	✓ (+)(=)		✓ (+)				✓ (-)
Bantz; Siktberg, 1993 ³²	✓		✓			✓	

Nota: ✓ era um desfecho intervenção; (+) a intervenção teve impacto positivo naquele desfecho; (-) a intervenção teve impacto negativo naquele desfecho; (=) a intervenção não teve impacto naquele desfecho.

O Quadro 3 apresenta os componentes do modelo PPCT, considerando seus diferentes elementos nas intervenções.

Quadro 3 – Descrição dos estudos quanto ao objetivo e componente abordado do modelo PPCT. Recife, PE, Brasil, 2020.

Estudo	Objetivo do estudo	Componentes do Modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
Goldfeld et al., 2019 ³⁰	Testar a eficácia de um programa de visita domiciliar por enfermeiro(a)s (right@home), oferecido a mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade, cujo objetivo era melhorar o cuidado oferecido pelos pais, a responsividade dos pais e o ambiente doméstico de aprendizado.	Pessoa: mulheres grávidas em adversidade; crianças até dois anos. Processo: Relações parentais afetuosas e cuidado responsivo. Contexto: domicílio. Tempo: gravidez-dois anos.
Worku et al., 2018 ⁴²	Investigar o efeito de um programa intensivo de estimulação assistida de brincadeiras no ambiente domiciliar, sobre o desempenho de crianças que vivem com famílias adotivas em extrema pobreza.	Pessoa: crianças adotivas de três meses-59 meses, vivendo em extrema pobreza na Etiópia. Processo: brincadeiras assistidas entre enfermeiras, mães adotivas, outras crianças da casa ou vizinhança. Contexto: domicílio. Tempo: seis meses.
Sawyer et al., 2018 ³³	Determinar se os filhos de mães que participaram de um programa visitação domiciliar por enfermeiro(a)s durante dois anos apresentam melhores resultados, incluindo saúde mental, qualidade do relacionamento e prontidão escolar, aos 5 anos de idade, do que crianças cujas mães não participaram.	Pessoa: crianças de zero a cinco anos; mães em região metropolitana na Austrália; mães em área rural. Processo: intervenção por enfermeiras. Contexto: domicílio. Tempo: dois anos.

Quadro 3 – Cont.

Estudo	Objetivo do estudo	Componentes do Modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
Fracolli et al., 2018 ⁴¹	Relatar a experiência de implementação do Programa de visita domiciliar Jovens Mães Cuidadoras.	Pessoa: gestantes adolescentes de 14-19 anos que viviam em regiões de vulnerabilidade social em São Paulo, Brasil; crianças de 0 a 18 meses. Processo: Relações entre mães e crianças; bem-estar materno; relações familiares. Contexto: domicílio. Tempo: da 8a a 16a semana de gestação até os 18 meses da criança.
Henkemans et al., 2018 ⁴⁶	Descrever o processo de desenvolvimento de um app para uso no programa de visita domiciliar StartingTogether e avaliar sua eficácia na melhoria da qualidade do atendimento às visitas domiciliares.	Pessoa: Cuidadores de crianças de zero a quatro anos; Enfermeira. Processo: construção iterativa do app; escolha de pictogramas pelos cuidadores para trabalharem sentimentos e resolução de problemas. Contexto: Grupos de discussão para construção do aplicativo (app); visitas domiciliares com app. Tempo: um ano.
Stubs; Achat, 2016 ³⁴	Descrever as intervenções de enfermagem e os resultados de um programa piloto de visita domiciliar para famílias que vivem em um subúrbio externo altamente desfavorecido de Sydney.	Pessoa: famílias vivendo em adversidade em subúrbio em Sidney. Austrália. Processo: suporte emocional para as famílias e informações sobre saúde e desenvolvimento infantil. Contexto: domicílio. Tempo: seis meses.
Catherine et al., 2016 ⁴³	Descrever um protocolo de ensaio clínico destinado a avaliar a efetividade do programa <i>Nurse-Family Partnership's</i> , um programa de visita domiciliary realizado por enfermeiro(a)s.	Pessoa: mulheres primíparas vivendo em situações de adversidade no Canadá; crianças até dois anos. Processo: suporte às mães pelas enfermeiras, relações entre mães e crianças, fortalecendo competências individuais de acordo com a família. Contexto: domicílio. Tempo: 28 semanas de gestação até dois anos da criança.
Komoto et al., 2015 ²⁶	Investigar os efeitos do <i>Japanese Early Promotion Program (JEPP)</i> , baseado no programa Saúde Mental Infantil (IMH). O JEPP visa promover interações mãe-bebê, aprimorando a capacidade da mãe de responder adequadamente ao seu filho.	Pessoa: binômio mãe e crianças de zero a três meses no Japão. Processo: Suporte de enfermeiras para melhorar relação mãe-bebê em respostas às necessidades da criança de forma prática. Contexto: Clínica. Tempo: 12 meses.
Reichert et al., 2015 ²⁹	Avaliar a efetividade de uma ação educativa em vigilância do desenvolvimento infantil, por enfermeiro(a)s que atuam na atenção primária à saúde.	Pessoa: enfermeiros da atenção primária e mães acompanhadas em João Pessoa, Brasil. Processo: conhecimentos e avaliação do desenvolvimento pelos enfermeiros; orientações às mães para vigilância do desenvolvimento infantil. Contexto: serviço de atenção primária em grupos. Tempo: seis meses.
Prinsloo; Reid, 2015 ²⁸	Compreender as experiências dos pais em relação a uma intervenção para promover a prontidão escolar para crianças em idade pré-escolar, facilitada por estudantes de enfermagem.	Pessoa: cuidadores de crianças para apoio na entrada das crianças na escola na África do Sul. Processo: Grupos focais entre estudantes de enfermagem e familiares para melhorar competências familiares em relação à prontidão escolar das crianças. Contexto: comunidade. Tempo: não relatado.

Quadro 3 – Cont.

Estudo	Objetivo do estudo	Componentes do Modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
Mejdoubi et al., 2015 ²⁷	Estudar o efeito de um programa de visitas domiciliares de enfermeiro(a)s a jovens famílias desfavorecidas na Holanda, em diminuir os maus-tratos a crianças.	Pessoa: mães com idade inferior a 26 anos em condições de adversidade; crianças de zero a dois anos na Holanda. Processo: Relações parentais entre mães e crianças para prevenção de situações de violência. Contexto: domicílio. Tempo: 20 semanas de gestação até dois anos da criança.
Ip et al., 2015 ²⁵	Avaliar um Serviço Integral de Desenvolvimento Infantil conduzido por enfermeiro(a)s, com o objetivo de reduzir a depressão e aumentar a satisfação com o atendimento entre um grupo de gestantes de alto risco.	Pessoas: gestantes com história de mal humor, separadas de seus parceiros ou com histórico de uso de drogas ilícitas em Hong Kong. Processo: suporte às gestantes para redução de depressão e satisfação com serviço. Contexto: Clínica. Tempo: não relatado.
Hornor et al., 2015 ²⁴	Avaliar as atitudes e crenças de profissionais e estudantes de saúde em relação à punições corporais antes e após a implementação de uma intervenção educacional conduzida por um enfermeiro(a) pediátrico.	Pessoa: profissionais de saúde (estudantes de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais) nos Estados Unidos, em diferentes estados. Processo: treinamento sobre desencorajamento de práticas parentais punitivas em grupos. Contexto: Universidades e hospitais. Tempo: não relatado.
Sawyer et al., 2014 ³⁵	Comparar a eficácia de uma intervenção em grupo baseada na Internet liderada por enfermeira.	Pessoa: mães de crianças de zero a seis meses na Austrália. Processo: fortalecimento de competências parentais, como autoeficácia, relação mãe-bebê e satisfação com papel parental. Contexto: intervenção em grupo mediado por tecnologia e plataforma online com situações que envolvem o cuidado com as crianças. Tempo: um grupo nos primeiros seis meses da criança.
Kemp et al., 2011 ³⁶	Investigar o impacto de um programa intervenção de visitas domiciliares de enfermagem de longo prazo.	Pessoa: gestantes adolescentes com menos de 19 anos, sofrimento mental ou em outras condições adversas em Sydney na Austrália; crianças até 18 meses. Processo: interações entre mãe e bebês. Contexto: domicílio. Tempo: 26 semanas de gestação até dois anos da criança.
Glavin et al., 2010 ⁴⁷	Examinar o efeito de um aconselhamento de apoio de enfermeiras de saúde pública na depressão pós-parto.	Pessoa: mulheres no pós-parto, residentes em dois municípios noruegueses. Processo: aconselhamento de suporte para prevenção da depressão pós-parto. Contexto: clínica. tempo: seis semanas pós-parto até três meses pós-parto.
Hiscock et al., 2008 ³⁵	Determinar se um programa de parentalidade, oferecido universalmente na atenção primária, pode evitar problemas comportamentais em crianças e melhorar a parentalidade e a saúde mental da mãe.	Pessoa: mães e crianças de 8-15 meses, de forma universal, em Vitória, Austrália. Processo: estratégias para aumentar o comportamento desejado e estratégias para reduzir o comportamento indesejado da criança. Contexto: domicílio (visita aos oito meses da criança) e duas sessões em grupo. Tempo: dois anos.

Quadro 3 – Cont.

Estudo	Objetivo do estudo	Componentes do Modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
Olds et al., 2004 ³⁴	Testar, com uma amostra urbana predominantemente de pessoas negras, os efeitos de visitas domiciliares pré-natais e infantis realizadas por enfermeiras sobre a fertilidade e a autossuficiência econômica das mães e a adaptação escolar e o comportamental de seus filhos à medida que eles terminavam o jardim de infância por volta de seis anos.	Pessoa: mulher negras gestantes com menos de 29 semanas de gestação; crianças de zero a seis anos com um ou dois fatores de risco (desemprego e solteiras). Processo: bem-estar materno e relação mãe-criança. Contexto: domicílio. tempo: 29ª semana de gestação até seis anos da criança.
Percy; McIntyre, 2001 ³³	Descrever um pequeno projeto piloto utilizando a abordagem <i>Touchpoints</i> para ensinar desenvolvimento infantil para mães adolescentes.	Pessoa: mulheres adolescentes gestantes. Processo: ênfase na fortaleza das famílias a partir dos medos e expectativas. Apoio para relação de amor entre mãe e bebês. Contexto: grupos de discussão. Tempo: não relatado.
Letourneau et al., 2001 ⁴⁴	Relatar os resultados de dois estudos piloto de ensaios clínicos randomizados de intervenções de apoio aos pais, visando melhorar o relacionamento pais-filhos e indiretamente aumentar a capacidade de resiliência de crianças em risco.	Pessoa: mães de crianças de sete a nove semanas de vida; crianças até 13 semanas de vida. Processo: relações de responsividade entre mães e crianças. Contexto: domicílio. Tempo: não relatado.
Armstrong et al., 1999 ³²	Avaliar o impacto de um programa de visitas domiciliares que visava famílias em que a criança, por razões ambientais, apresentava grande risco de problemas de saúde e desenvolvimento.	Pessoa: mulher no pós parto imediato. Processo: relação mãe-bebê e bem-estar materno. Contexto: domicílio. Tempo: seis semanas.
Kerr; Jowett; Smith, 1996 ⁴⁵	Avaliar a eficácia da educação em saúde na redução da incidência de problemas do sono.	Pessoa: cuidadores e crianças de três meses. Processo: conhecimentos e habilidades para lidar com rotina de sono. Contexto: domicílio. Tempo: seis meses.
Olds et al., 1994 ³¹	Examinar durante o 3º e 4º ano de vida, a saúde, o desenvolvimento, a taxa de maus-tratos infantil e as condições de vida de crianças participantes de um ensaio clínico de um programa de visitas domiciliares por enfermeiro(a)s durante a gravidez e até 2 anos de vida.	Pessoa: famílias em comunidade semirural em Nova Iorque, Estados Unidos; crianças de 3-4 anos. Processo: relações parentais e prevenção de maus tratos. Contexto: domicílio. Tempo: gravidez aos dois primeiros anos.
Bantz; Siktberg, 1993 ³²	Descrever uma proposta de programa de educação em serviço que permita aos enfermeiro(a)s auxiliar as famílias jovens na escolha adequada de brinquedos para cada faixa etária.	Pessoa: cuidadores e crianças de zero a três anos. Processo: uso de brinquedos apropriados para idade na relação cuidadores-crianças. Contexto: domicílio. Tempo: não relatado.

DISCUSSÃO

As intervenções de enfermagem, conduzidas por enfermeiros, focaram, particularmente, nas mães em situações de adversidade, com fatores de risco como gravidez na adolescência, pobreza, uso de drogas^{25, 27,33-34,36,39,40-43}. Os enfermeiros(as) têm atuado de forma relevante em diferentes intervenções, com impactos diretos e indiretos para aumentar indicadores relacionados ao desenvolvimento infantil, baseando-se em estratégias educativas voltadas, principalmente, para fortalecer as competências parentais, em visitas domiciliares.

Quase metade dos estudos teve como população mulheres^{26,28-29,32-33,35,37,44-46}. A mãe ainda é percebida como principal responsável pelos cuidados à criança nas interações proximais, porém é necessário compreender que o seu papel e suas competências parentais dependem do suporte oferecido por outros adultos, como pai, vizinhos e outros membros da sua rede.

De acordo com a TBDH, a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais variam sistematicamente em função das características da pessoa em desenvolvimento³. Quando as características biopsicológicas dos participantes são ignoradas, as chances de que a intervenção não seja efetiva aumentam.

Os estudos com maiores desfechos positivos foram aqueles cuja população foi caracterizada por, pelo menos, mais de uma característica além do sexo, como por exemplo, a idade (mãe adolescentes), o número de gestações (primiparidade) e tipo de laço familiar (crianças adotivas).

Crianças mais jovens, desde o período pré-natal até os dois primeiros anos de vida, foram as mais consideradas. Apenas um dos estudos²⁸ focou na prontidão escolar e a necessidade de engajamento familiar para participação conjunta com a escola.

Os processos, segundo componente do modelo PPCT, abordam, particularmente, as relações parentais, por meio de estratégias de aconselhamento em clínicas e visitas domiciliares. A visita domiciliar foi a estratégia mais utilizada (15 estudos), por proverem orientações compatíveis com as necessidades familiares, relação de confiança entre provedores e mães, além de demonstrações práticas de ações a serem realizadas no dia a dia.

As interações de pais/mães com enfermeiro(a)s (profissionais de saúde), vizinhos e empregadores também influenciam no desenvolvimento infantil, uma vez que o indivíduo está em desenvolvimento durante todo seu ciclo de vida e os processos nos quais as mães ou pais participam, a exemplo do trabalho, interferem no seu bem-estar e nas relações que eles terão com seus filhos³.

O principal contexto, no qual se deram as intervenções, foi o domicílio. Outros contextos, como ambientes comunitários em clínicas^{25-26,47}, grupos de discussão^{24,28-29,39,46,48} e uso de estratégias mediadas por tecnologias^{35,46}, foram menos frequentes.

Pontua-se que, mesmo o foco sendo o domicílio, há necessidade de se considerar fatores como vizinhança, status socioeconômico, nacionalidade, cultura dos indivíduos, além dos processos proximais existentes no âmbito domiciliar, pois eles compõem o contexto em que as interações ocorrem³. Os estudos que abordaram o componente contexto focaram no bairro e no status socioeconômico dos participantes.

Diferentes culturas poderão ter diferentes formas de expressão na relação entre pais/mães e crianças. A demonstração de afeto poderá ser mais ou menos estimulada. Conseqüentemente, o afeto entre mãe e bebê deve ser avaliado à luz daquela cultura. Os contextos não são entidades fixas e imutáveis, ao mesmo tempo influenciam e podem ser modificados pelos processos³.

Essa capacidade dos processos influenciarem o contexto pode ser exemplificada em um dos estudos, caracterizado por programa de visita domiciliar com mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade. Um de seus desfechos foi a redução do tempo de uso de benefícios sociais³⁸.

O tempo, enquanto mediador nos processos de desenvolvimento da criança apareceu de forma diversificada nos estudos, sendo mais frequente as intervenções que contemplaram desde a

gestação até os dois primeiros anos de vida da criança. A mensuração dos desfechos ocorreu em mais de um momento, geralmente aos seis meses e 12 meses. Em seis estudos, o elemento tempo não foi relatado.

O tempo também influencia os processos proximais, visto que pessoas e ambiente sofrem alterações causadas pelo tempo, como, por exemplo, crise econômica afetando a parentalidade³.

Quanto ao impacto que as intervenções tiveram nos desfechos, apenas dois estudos não tiveram impacto em nenhum de seus desfechos ou em apenas um⁵ deles^{33,37}. Ambos foram realizados na Austrália e abordaram três componentes do modelo PPCT: o processo, realizado por meio do ensino de práticas parentais positivas; o contexto, determinado pelo status socioeconômico alto e o bairro dos participantes; e, por último, o tempo, no qual os desfechos foram medidos aos 18 meses, 24 meses e 60 meses da criança.

As intervenções voltadas para mulheres grávidas^{25,27,30-31,38,41,43} tiveram, de forma geral, mais impactos positivos, em contraste com aquelas voltadas para mães de maneira geral^{26,33,35-37,39-40,42-44}. Esse achado sugere que a gravidez é um momento de grande necessidade de suporte pela gestante e que, após o nascimento, a mãe terá maior autoconfiança para aplicar com a criança as práticas parentais positivas aprendidas desde a gravidez⁴⁸. Outro elemento relevante é a consideração quanto ao fortalecimento de competências de indivíduos em situações de vulnerabilidade, como a primiparidade e questões econômicas menos favoráveis.

Outras três categorias dos desfechos que merecem destaque são a violência familiar, a relação entre enfermeiro(a) e mãe/pai e a prática profissional. Esses desfechos se relacionam simultaneamente com dois componentes do modelo PPCT: o processo e o contexto. Uma das intervenções que teve impacto positivo no desfecho violência familiar foi a que investigou as crenças e atitudes de enfermeiro(a)s em relação ao uso de punições físicas em crianças, em que, durante a intervenção, constatou-se que muitos profissionais acreditavam que algum grau de punição física poderia ser usado, porém, após a intervenção, essas crenças haviam sido modificadas.

A categoria violência familiar merece destaque por causar impacto negativo no desenvolvimento infantil⁴⁹. A violência contra a criança está ligada ao componente contexto, ou seja, a cultura e crenças sociais. O enfermeiro(a) não será capaz de formar um processo positivo com as mães se suas crenças também compartilham que punições são educativas.

Em sua maior parte, as intervenções tiveram impacto positivo nos desfechos, em especial na categoria criança e práticas parentais, elementos primariamente envolvidos nos processos proximais. Parte desse sucesso talvez possa ser atribuída à estratégia de intervenção da visita domiciliar. As visitas domiciliares tiveram caráter educativo, voltado para o empoderamento dos indivíduos, incluindo conversas com os pais, suporte social, compartilhamento de pensamentos e sentimentos, encorajamento e motivação, reflexão, *feedback* positivo, engajamento e orientação antecipada^{30,42}.

Esses dados reforçam a importância de práticas educativas horizontais que, além de considerar os aspectos cognitivos, valorizem as dimensões subjetivas, incluindo os sentimentos nas relações entre adultos e entre adultos e crianças.

Os programas de visita domiciliar por enfermeiro(a)s, desde a gravidez, permitem a formação de um vínculo entre enfermeiro(a) e mãe (cuidador em geral). A base desses programas é a parceria entre família e enfermeiro(a), por meio de uma relação empática e de confiança¹⁷. O foco de intervenções que visam fortalecer as habilidades parentais dos cuidadores foram apoiadas por estratégias de aconselhamento, suporte e encorajamento, para o alcance de resultados.

Essa influência direta de uma terceira pessoa sobre a interação entre pais e filhos está fundamentada na TBDH, que declara que para bons padrões de apego emocional entre pais e filhos sejam estabelecidos e mantidos, é preciso o envolvimento do terceiro responsável, capaz de auxiliar e incentivar a criança e os pais³.

Esse terceiro responsável não é necessariamente um indivíduo singular, mas pode assumir a figura de parentes próximos, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos, profissionais de saúde, ou seja, pessoas com a capacidade de compor uma rede de apoio social para a mãe e/ou pai da criança em desenvolvimento, como o enfermeiro(a). Mas, para que isso ocorra de forma eficaz, o enfermeiro(a) precisa de constante capacitação e estímulo²⁹.

A partir da revisão de estudos com foco em intervenções de enfermagem voltadas para promover o desenvolvimento infantil, de uma forma complexa e bioecológica, corrobora-se o entendimento do modelo pessoa-processo-contexto-tempo, trabalhado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, além de compreendermos que fatores socioculturais, econômicos e políticos estão presentes no cuidado ofertado às crianças.

Há necessidade de intervenções mais amplas, com abordagens intersetoriais, que considerem a importância dos “cuidados nutritivos” tanto como responsabilidade das mães quanto por meio de redes de proteção à família, em abordagens coordenadas, contemplando o cuidado centrado à família ao invés do cuidado à criança, de forma isolada¹.

Fatores relacionados à vulnerabilidade social dos cuidadores, destacados em uma revisão integrativa sobre a temática, foram também corroborados nos achados: falta de autonomia das adolescentes, situações de violência, precariedades nos domicílios, dificuldades na garantia de direitos sociais, dificuldades financeiras e no trabalho são condições que impactam diretamente nos cuidadores e na qualidade do cuidado a ser ofertado à criança⁵⁰.

Como limitações do estudo, destaca-se a diversidade em relação aos instrumentos e tempo de mensuração de resultados para verificação de impactos. Ressalta-se a necessidade de mais investigações que explorem o tema na realidade brasileira, considerando as potencialidades de ações de promoção da saúde da criança, lideradas por enfermeiras.

CONCLUSÃO

As intervenções de enfermagem apresentaram impactos em diferentes desfechos, principalmente ligados a criança e práticas parentais. Abordar todos os componentes do PPCT é essencial, para que as intervenções de promoção do desenvolvimento infantil sejam mais eficazes.

A visita domiciliar foi a estratégia de intervenção mais utilizada e também a que apresentou mais benefícios na promoção do desenvolvimento infantil. As visitas tiveram como principal foco o fortalecimento de competências parentais, como a autoconfiança, redução do estresse e melhora na vinculação com a criança, agregando conhecimentos, habilidades práticas e sentimentos.

Outras intervenções que merecem destaque foram aquelas voltadas à educação profissional de enfermeiro(a)s, o que contribui de forma indireta para fortalecer as competências parentais, reduzir indicadores negativos, como a violência contra a criança, e potencializar o desenvolvimento infantil nas questões sociais, emocionais e cognitivas.

Há necessidade de contribuições de processos educativos com enfermeiro(a)s na realidade brasileira, tanto na formação e educação permanente desses profissionais como em ações concretas relacionadas às necessidades das famílias, particularmente as crianças que vivem em contextos de maior vulnerabilidade, considerando as dimensões bioecológicas que afetam o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Out 14];389(10064):91-102. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
2. Kappel DB. Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2007 [acesso 2020 Out 14];12(35):232-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782007000200004>
3. Bronfenbrenner U. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2012.
4. Condon EM, Sadler LS. Toxic stress and vulnerable mothers: a multilevel framework of stressors and strengths. *West J Nurs Res* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 14];41(6):872-900. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945918788676>
5. Thomas RM. *Comparing theories of child development*. Comparing theories of child development, 5th ed. Belmont, CA(US): Wadsworth/Thomson Learning; 2000.
6. Bucx F. Child Development: theories and critical perspectives. *J Fam Theory Rev* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];10(1):304-8. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jftr.12251>
7. Tudge JRH, Mokrova I, Hatfield BE, Karnik RB. Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *J Fam Theory Rev* [Internet]. 2009 [acesso 2020 Out 14];1(4):198-210. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x>
8. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 14];389(10064):77-90. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
9. Heckman JJ, Mosso S. The economics of human development and social mobility. *Annu Rev Econom* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Jul 25];6(1):689-733. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-080213-040753>
10. Moreira RS, Magalhães LDC, Siqueira CM, Alves CRL. Cross-cultural adaptation of the child development surveillance instrument "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" in the Brazilian context. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 14];29(1):28-38. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.145001>
11. Lima L, Nobre C, Lopes AC, Rolim K, Albuquerque C, Araújo MA. The use of the child's health handbook for healthcare follow-up. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Out 14];20(2):167-74. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.12>
12. Vieira GO, Bastos MC, Reis MR, Moreira ISS, Martins CC, Gomes DR, et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 14];22(6):1943-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.07752016>
13. Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];36(2):97-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>
14. Munhoz Gaíva MA, Coutinho Monteschio C, Souza Moreira M, Marques Salge A. Child growth and development assessment in nursing consultation. *Av Enfermería* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];36(1):9-21. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
15. Silva DI, Veríssimo MLÓR, Mazza VDA. Vulnerability in the child development: influence of public policies and health programs. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];25(1):11-18. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.96760>

16. Goldfeld S, Price A, Bryson H, Bruce T, Mensah F, Orsini F, et al. 'Right@home': a randomised controlled trial of sustained nurse home visiting from pregnancy to child age 2 years, versus usual care, to improve parent care, parent responsivity and the home learning environment at 2 years. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 14];7(3):e013307. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013307>
17. Dawley K, Beam R. "My nurse taught me how to have a healthy baby and be a good mother:" nurse home visiting with pregnant women 1888 to 2005. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2005 [acesso 2020 Out 14];40(4):803-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2005.08.011>
18. Sandvik BM, Dybdahl R, Hauge S. Public health nurses make active use of a parental guidance programme in their practice. *Sykepl Forsk* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];13(71217):e-71217. Disponível em: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217en>
19. Monteiro FPM, Araújo TL de, Ximenes LB, Vieira NFC. Nursing health promotion actions in the assessment of child growth and development. *Cienc Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Out 14];20(1):97-110. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000100009>
20. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Stimulus to child development: knowledge production in nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2020 Out 14];65(1):148-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>
21. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 2019 Out 20];52(5):546-53. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
22. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Out 17];35(1):29-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
23. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 17];349:g7647. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
24. Hornor G, Bretl D, Chapman E, Chiocca E, Donnell C, Doughty K, et al. Corporal punishment: evaluation of an intervention by PNPs. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];29(6):526-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.016>
25. Ip LS, Chau JPC, Thompson DR, Choi KC. An evaluation of a nurse-led comprehensive Child Development Service in Hong Kong. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];33(1):88-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.970150>
26. Komoto K, Hirose T, Omori T, Takeo N, Okamitsu M, Okubo N, et al. Effect of early intervention to promote mother - infant interaction and maternal sensitivity in Japan: A parenting support program based on infant mental health. *J Med Dent Sci* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];62(4):77-89. Disponível em: <https://doi.org/10.11480/jmnds.620401>
27. Mejdoubi J, Van Den Heijkant SCCM, Van Leerdam FJM, Heymans MW, Crijnen A, Hirsing RA. The effect of VoorZorg, the dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];10(4):e0120182. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>
28. Prinsloo M, Reid M. Experiences of parents regarding a school-readiness intervention for pre-school children facilitated by Community Health Nursing students. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];3:94-101. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.09.003>
29. Reichert AP S, Collet N, Eickmann SH, Lima MCMC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Out 14];23(5):954-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>

30. Goldfeld S, Price A, Smith C, Bruce T, Bryson H, Mensah F, et al. Nurse home visiting for families experiencing adversity: a randomized trial. *Pediatrics* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 14];143(1):e20181206. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1206>
31. Olds DL, Henderson CRJ, Kitzman H, et al. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* [Internet]. 1994 [acesso 2020 Out 14];93(1):89-98. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/93/1/89>
32. Bantz DL, Siktberg L. Teaching families to evaluate age-appropriate toys. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 1993 [acesso 2020 Out 14];7(3):111-4. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0891-5245\(93\)90089-z](https://doi.org/10.1016/0891-5245(93)90089-z)
33. Sawyer AC, Kaim ALE, Mittinity MN, Jeffs D, Lynch JW, Sawyer MG. Effectiveness of a 2-year post-natal nurse home-visiting programme when children are aged 5 years: Results from a natural experiment. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];55(9):1091-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.14348>
34. Stubbs JM, Achat HM. Sustained health home visiting can improve families' social support and community connectedness. *Contemp Nurse* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Out 14];52(2-3):286-99. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2016.1224124>
35. Sawyer AC, Lynch J, Bowering K, Jeffs D, Clark J, Mpundu-Kaambwa C, et al. An equivalence evaluation of a nurse-moderated group-based internet support program for new mothers versus standard care: a pragmatic preference randomised controlled trial. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Out 14];14(1):119. Disponível em: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-119>
36. Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* [Internet]. 2011 [acesso 2020 Out 14];96(6):533-40. Disponível em: <https://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/adc.2010.196279>
37. Hiscock H, Bayer JK, Price A, Ukoumunne OC, Rogers S, Wake M. Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ* [Internet]. 2008 [acesso 2020 Out 14];336(7639):318-21. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.39451.609676.AE>
38. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* [Internet]. 2004 [acesso 2020 Out 14];114(6):1550-9. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0962>
39. Percy MS, McIntyre L. Using touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2001 [acesso 2020 Out 14];16(3):180-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/jpnd.2001.24181>
40. Armstrong K, Fraser J, Dadds M, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 1999 [acesso 2020 Out 14];35(3):237-44. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-1754.1999.00348.x>
41. Fracolli LA, Reticena KDO, Abreu FCP de, Chiesa AM. The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];52:e03361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044003361>
42. Worku BN, Abessa TG, Wondafrash M, Lemmens J, Valy J, Bruckers L, et al. Effects of home-based play-assisted stimulation on developmental performances of children living in extreme poverty: a randomized single-blind controlled trial. *BMC Pediatr* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];18(1):29. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1023-0>

43. Catherine NLA, Gonzalez A, Boyle M, Sheehan D, Jack SM, Hougham KA, et al. Improving children's health and development in British Columbia through nurse home visiting: a randomized controlled trial protocol. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Out 14];16(1):349. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1594-0>
44. Letourneau N, Drummond J, Fleming D, Kysela G, McDonald L, Stewart M. Supporting Parents: Can Intervention Improve Parent-Child Relationships? *J Fam Nurs* [Internet]. 2001 [acesso 2020 Out 14];7(2):159–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/107484070100700203>
45. Kerr SM, Jowett SA, Smith LN. Preventing sleep problems in infants: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996 [acesso 2020 Out 14];24(5):938–42. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02929.x>
46. Blanson Henkemans OA, Keij M, Grootjen M, Kamphuis M, Dijkshoorn A. Design and evaluation of the starting together app for home visits in preventive child health care. *BMC Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];17(1):41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0310-2>
47. Glavin K, Smith L, Sørum R, Ellefsen B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [acesso 2020 Out 14];66(6):1317-27. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x>
48. Missler M, Beijers R, Denissen J, van Straten A. Effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent postpartum parental distress and enhance infant well-being: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 14];19(1):4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2348-y>
49. Jeong J, Adhia A, Bhatia A, McCoy DC, Yousafzai AK. Intimate Partner Violence, Maternal and Paternal Parenting, and Early Child Development. *Pediatrics* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Out 14];145(6):e20192955. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2019-2955>
50. Silva DI, Mello DF, Mazza VA, Toriyama ATM, Veríssimo MLÓR. Dysfunctions in the socio emotional development of infants and its related factors: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 14];8:e20170370. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0370>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação em andamento – Educação Permanente com profissionais da atenção primária sobre a promoção do desenvolvimento infantil, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Sousa RCR, Coriolano-Marinus MWL.

Coleta de dados: Sousa RCR, Coriolano-Marinus MWL.

Análise e interpretação dos dados: Sousa RCR, Coriolano-Marinus MWL.

Discussão dos resultados: Sousa RCR, Monteiro EMLM, Albuquerque GA, de Paula WKA, Coriolano-Marinus MWL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Sousa RCR, Monteiro EMLM, Albuquerque GA, de Paula WKA, Coriolano-Marinus MWL.

Revisão e aprovação final da versão final: Sousa RCR, Monteiro EMLM, Albuquerque GA, de Paula WKA, Coriolano-Marinus MWL.

FINANCIAMENTO

Edital PPSUS PE 2017- FACEPE/CNPq/Ministério da Saúde. Processo número APQ-0670.4.04/17.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 05 de fevereiro de 2021.

Aprovado: 12 de abril de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus
mariawanderleya.coriolano@ufpe.br