

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

GABRIELA MIRANDA MOTTA

CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE O
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO
TRANSVERSAL

CRICIÚMA

2026

GABRIELA MIRANDA MOTTA

**CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE O
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde.

orientadora: Profa. Dra. Cinara Ludvig Gonçalves

CRICIÚMA

2026

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M921c Motta, Gabriela Miranda.

Conhecimento parental sobre o
desenvolvimento neuropsicomotor : um estudo
transversal / Gabriela Miranda Motta. - 2026.
101 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2026.
Orientação: Cinara Ludvig Gonçalves.

1. Desenvolvimento infantil. 2.
Parentalidade. 3. Destreza motora. 4.
Intervenção precoce. I. Título.

CDD. 22. ed. 612.65

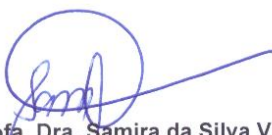
Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 512

Com início às 14 (quatorze) horas do dia 31 (trinta e um) de agosto de 2026 (dois mil e vinte e seis), realizou-se, na Sala 307 do Bloco R2, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **GABRIELA MIRANDA MOTTA**, sob a orientação da **Profa. Dra. Cinara Ludvig Gonçalves**, intitulada **“CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO TRANSVERSAL”**. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. Bruno Kluwe Schiavon (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, Profa. Dra. Josiane Budni (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Prof. Dr. Willians Cassiano Longen (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: APROVADA, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Os trabalhos foram concluídos às 16h (dezesesseis) horas, dos quais eu, Henrique Manenti Felisberto, Secretário do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori, Coordenadora Adjunta do Programa. Criciúma, 31 (trinta e um) de agosto de 2026 (dois mil e vinte e seis).


Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori
Coordenadora Adjunta do PPGCS


Henrique Manenti Felisberto
Secretário do PPGCS

FOLHA INFORMATIVA

A dissertação (ou tese) foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. Este trabalho foi realizado nas instalações do Laboratório de pesquisa em Autismo e Neurodesenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNESC.

Dedicatória: Dedico esta dissertação à minha família, ao meu noivo e aos meus amigos, pelo apoio e carinho em cada etapa desta jornada. Esta conquista também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra Cinara Ludvig Gonçalves, pela orientação cuidadosa, pela confiança depositada e pelas valiosas contribuições em cada etapa deste trabalho. Por fim, agradeço à minha família, pelo apoio incondicional, amor e paciência durante toda esta caminhada.

“A educação não transforma o mundo. A educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.” — Paulo Freire

RESUMO

A parentalidade atua como um mediador central em muitas intervenções para o neurodesenvolvimento saudável, principalmente na infância e na adolescência. Sabe-se que a plasticidade cerebral atinge seu pico em janelas de tempo específicas durante os primeiros anos de vida, conhecidas como períodos críticos. Nesses períodos, as experiências sensoriais são essenciais para que as crianças compreendam o ambiente ao seu redor, o que ressalta a importância de intervenções precoces e orientações adequadas aos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos. No entanto, o Brasil carece de estudos sobre a parentalidade e seu impacto no desenvolvimento de seus filhos. Este estudo avaliou o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor típico por meio da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar e de um Questionário sobre Marcos Motores e sua relação com indicadores sociodemográficos como renda, idade dos pais, escolaridade, número de filhos, estado civil e ocupação. Os questionários foram aplicados presencialmente a uma amostra recrutada no Centro Especializado em Reabilitação (CER II), localizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e em um consultório de fisioterapia pediátrica. O mapeamento dos achados entre os grupos de pais de crianças com desenvolvimento típico ($n = 59$) e atípico ($n = 61$) evidenciou diferenças nas variáveis investigadas. O Grupo de pais de crianças com desenvolvimento atípico, registraram-se médias de postos significativamente superiores em quatro subescalas parentais: ajustamento parental ($p < 0,001$), consistência ($p = 0,021$), práticas coercitivas ($p = 0,023$) e encorajamento positivo ($p = 0,004$), aliadas a piores patamares de renda ($p = 0,002$), escolaridade ($p = 0,003$) e conhecimento sobre marcos motores ($p = 0,022$). Por outro lado, o estudo identificou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os domínios de relacionamentos familiares ($p = 0,057$), trabalho em equipe parental ($p = 0,317$) e relação pais-filho ($p = 0,210$), sinalizando domínios de estabilidade relacional na dinâmica familiar. As análises de correlação indicaram que menor escolaridade e menor renda associaram-se significativamente a maior estresse no ajustamento parental ($r = -0,288$, $p = 0,0015$; $r = -0,2757$, $p = 0,0023$), maior inconsistência ($r = -0,3086$, $p = 0,0006$; $r = -0,2297$, $p = 0,0116$) e maior uso de práticas coercitivas ($r = -0,3223$, $p = 0,0003$; $r = -0,3001$, $p = 0,0009$). Esses resultados evidenciam que pais de crianças com desenvolvimento atípico vivenciam maior vulnerabilidade emocional e desafios no manejo diário. Os maiores escores na PAFAS indicam menor consistência em regras, menor encorajamento positivo, maior recurso a práticas coercitivas e níveis elevados de estresse no ajustamento parental. Tais achados reforçam a necessidade de intervenções que ofereçam suporte e orientação contínua a esses cuidadores, além de evidenciar a importância de futuras pesquisas sobre o perfil sociodemográfico dessas famílias para fundamentar ações mais alinhadas às suas realidades.

Palavras-chave: Pais; Parentalidade; Habilidades Motoras; Desenvolvimento infantil; Intervenção precoce.

ABSTRACT

It is essential to recognize that parenting serves as a central mediator in many successful preventive interventions that have been investigated from infancy through adolescence. Brain plasticity is known to reach its peak during specific time windows in the early years of life, referred to as critical periods. During these periods, sensory experiences are essential for children to understand the environment around them, highlighting the importance of early interventions and appropriate parental guidance regarding child development. This study assessed parental knowledge of typical neuropsychomotor development using the Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS) and a Motor Milestones Questionnaire. The questionnaires were administered in person to a sample recruited at the Specialized Rehabilitation Center (CER II) located at the Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), as well as through convenience sampling at a pediatric physical therapy clinic. Comparison of findings between parents of children with typical development ($n = 59$) and atypical development ($n = 61$) demonstrated an impact of atypical development on the investigated dimensions. Parents of children with atypical development presented significantly higher mean rank scores in four parenting subscales: parental adjustment ($p < 0.001$), consistency ($p = 0.021$), coercive parenting ($p = 0.023$), and positive encouragement ($p = 0.004$). They also exhibited lower income levels ($p = 0.002$), lower educational attainment ($p = 0.003$), and poorer knowledge of motor milestones ($p = 0.022$). In contrast, no statistically significant differences were found between the groups in the domains of family relationships ($p = 0.057$), parental teamwork ($p = 0.317$), and the parent-child relationship ($p = 0.210$), suggesting relative stability in these aspects of family functioning. Correlation analyses indicated that lower educational attainment and lower family income were significantly associated with greater parental adjustment stress ($r = -0.288$, $p = 0.0015$; $r = -0.2757$, $p = 0.0023$), greater inconsistency in parenting practices ($r = -0.3086$, $p = 0.0006$; $r = -0.2297$, $p = 0.0116$), and more frequent coercive parenting practices ($r = -0.3223$, $p = 0.0003$; $r = -0.3001$, $p = 0.0009$). These results demonstrate that parents of children with atypical development experience greater emotional vulnerability and daily management challenges. The higher PAFAS scores reflect lower consistency in rule enforcement, less positive encouragement, greater reliance on coercive practices, and elevated stress levels in parental adjustment. These findings reinforce the need for interventions that offer continuous support and guidance to these caregivers, while highlighting the importance of future research on the sociodemographic profile of these families to inform actions tailored to their realities.

Keywords: Parents; Parenting; Motor Skills; Child Development; Early Intervention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Percentual de pessoas de 25 a 64 anos de idade que não concluíram o ensino médio, segundo os países membros ou associados à OCDE selecionados – 2022.....	8
Figura 2: Diferentes trajetórias do desenvolvimento cerebral e comportamental como função da exposição a fatores de risco e de proteção.....	25
Figura 3: O modelo da CIF e as ‘Minhas Palavras Favoritas’	32
Figura 4: Correlações entre os escores do Questionário estruturado sobre marcos motores e dados sociodemográficos.....	49
Figura 5: Correlações entre os escores da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Parentalidade.....	51
Figura 6: Correlações entre os escores da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Ajustamento familiar.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da amostra.....	38
Tabela 2: Comparação da pontuação do questionário estruturado sobre marcos motores entre os grupos	41
Tabela 3: Comparação da pontuação da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Parentalidade.....	43
Tabela 4: Comparação da pontuação da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Ajustamento parental.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDNF - Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (do inglês, *Brain-Derived Neurotrophic Factor*)

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PCA - Pais de crianças com o neurodesenvolvimento atípico

PCT - Pais de crianças com o neurodesenvolvimento típico

PAFAS- Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar, do inglês Parenting and Family Adjustment Scales

PDMS-2 - Escala de Desenvolvimento Motor Peabody – Segunda Edição (do inglês, *Peabody Developmental Motor Scales – Second Edition*)

QEMM - Questionário Estruturado de Marcos Motores

TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância (do inglês, *United Nations Children's Fund*)

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	15
1.2 DESAFIOS E LACUNAS NO CONHECIMENTO PARENTAL	18
1.3 INTERVENÇÃO PRECOCE.....	25
1.4 CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.....	28
2. OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3. MATERIAL E MÉTODOS	32
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
3.3 LOCAL E AMOSTRA.....	33
3.4 COLETA DE DADOS	33
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	34
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	34
3.7 RISCOS	34
3.8 BENEFÍCIOS	34
3.9 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	35
3.9.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	35
3.9.2 QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES	35
3.9.3 ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR	36
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
4. RESULTADOS	39
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA	40
4.2 QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES	45
4.3 SUBESCALA DE PARENTALIDADE DA ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR (PAFAS).....	45
4.4 SUBESCALA DE AJUSTAMENTO FAMILIAR DA ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR (PAFAS)	46
4.5 CORRELAÇÕES ENTRE O QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES E OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	47

4.6 CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DAS DIMENSÕES DA SUBESCALA DE PARENTALIDADE DA PAFAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	49
4.7 CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DAS DIMENSÕES DA SUBESCALA DE AJUSTAMENTO FAMILIAR DA PAFAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	51
5. DISCUSSÃO.....	53
6. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES .	71
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS.....	74
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
APÊNDICE D – CARTAS DE ACEITE	80
APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	82
ANEXO A- ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR.....	84
ANEXO B- PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	86

1. INTRODUÇÃO

1.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

O desenvolvimento durante o primeiro ano de vida é um processo complexo, influenciado pela gravidade das condições de nascimento, morbidades associadas e práticas parentais, que desempenham um papel crucial na formação do cérebro em desenvolvimento (Hass *et al*, 2023). Sendo que, o desenvolvimento do cérebro é um processo prolongado que começa cerca de 2 semanas após a concepção e continua na idade adulta jovem 20 anos depois (Tierney; Nelson, 2009). A neuroplasticidade, ou plasticidade cerebral, é uma capacidade do cérebro de mudar e se adaptar, com os neurônios se diferenciando por meio da ativação de genes específicos (Mustard, 2006). Esse processo implica em alterações fisiológicas no cérebro resultantes da interação do organismo com o ambiente, sendo fundamental tanto para o aprendizado quanto para a adaptação a novas experiências e contextos, o que é vital para a construção de habilidades cognitivas e sociais (Lin; Hsu; Chang, 2019).

A neuroplasticidade é especialmente eficaz durante a infância, quando o cérebro está em seu estado mais sensível a mudanças e as funções cerebrais operam em sinergia. Isso explica por que as crianças conseguem aprender novos idiomas ou adquirir habilidades motoras complexas, como tocar instrumentos musicais, de forma mais rápida e eficiente (Guzzetta *et al*, 2019; Mustard, 2006). De modo semelhante, estudos longitudinais com jovens entre 8 e 30 anos mostram que o volume da substância cinzenta cortical é mais alto durante a infância (Mills *et al*, 2016). As crianças pequenas aprendem sua língua materna de maneira rápida e sem esforço, passando de balbúcias aos seis meses a frases completas aos 3 anos. Estudos mostram que crianças que desenvolvem habilidades verbais deficitárias durante os primeiros três anos tendem a ter um desempenho ruim em linguagem e alfabetização na escola (Kuhl, 2004).

Assim, durante os primeiros 3 anos de vida, período crítico do neurodesenvolvimento, as interações sociais, especialmente entre cuidadores e bebês, são fundamentais na modulação das experiências da criança, moldando seus circuitos neurais segundo essas influências ambientais (Guzzetta *et al*, 2019). Os períodos críticos representam janelas de desenvolvimento em que a plasticidade cerebral atinge seu auge, permitindo que experiências sensoriais e ambientais otimizem as representações corticais do ambiente ao redor. Porém, o crescimento e a maturação são assíncronos, algumas regiões, como as sensoriais, que se desenvolvem cedo e rapidamente, enquanto regiões associativas, como as frontais, se

desenvolvem mais tarde e lentamente até o fim da adolescência (Dubois et al, 2014). O desenvolvimento ocorre com o pico da densidade sináptica mais cedo no córtex auditivo, aos três meses, e mais tarde no giro frontal médio, aos 15 meses, o córtex pré-frontal parece ser uma das últimas regiões do cérebro a amadurecer (Casey; Giedd; Thomas, 2000). Dados sugerem que essas janelas de plasticidade não são determinadas apenas por uma sequência genética predeterminada, mas resultam de uma interação dinâmica entre genes e experiências vividas (Cisneros-franco *et al*, 2020). Sendo assim, é um período de desenvolvimento durante o qual o cérebro é particularmente responsivo, onde nossas capacidades podem ser modificadas e talvez aprimoradas (Fox; Levitt; Nelson, 2010).

A plasticidade do cérebro durante esses períodos é influenciada por fatores externos, como o ambiente familiar e social, e por mudanças biológicas internas, como o surgimento de células positivas para parvalbumina e a superexpressão de Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (do inglês, Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF), que aceleram o desenvolvimento neural (Hensch, 2005).

Um exemplo dessa dinâmica é o desenvolvimento das capacidades sensoriais; para que as áreas cerebrais responsáveis pela visão se desenvolvam, é necessário o estímulo luminoso. Experimentos com ratos mostram que aqueles criados em ambientes empobrecidos, como em escuridão ou isolamento social, apresentam desenvolvimento cerebral prejudicado (Kolb; Gibb, 2011). Em contrapartida, animais expostos a ambientes enriquecidos, com estímulo sensorial e social, demonstram melhorias significativas nas funções motoras e sensoriais, além de aumento no tamanho do cérebro, espessura cortical e maior ramificação dendrítica e densidade sináptica (Kolb; Gibb, 2011). As interações precoces entre mãe e bebê influenciam o desenvolvimento cerebral a longo prazo, especialmente durante períodos críticos em que os circuitos neuronais são moldados pela experiência. Embora o aprendizado ocorra ao longo da vida, iniciar cedo oferece vantagens claras (Hensch, 2005).

Outro campo que vem sendo amplamente pesquisado é o da linguagem. Com apenas 6 meses, o bebê balbucia; aos 3 anos, já produz frases completas e coerentes. Como uma habilidade tão complexa de ser compreendida é aprendida de maneira tão fenomenal pelos pequenos? Essa pergunta originou estudos como o de Patricia K. Kuhl, pesquisadora da Universidade de Washington, que descreve como os bebês são verdadeiros "cientistas da linguagem", capazes de distinguir sons de todas as línguas do mundo nos primeiros meses de vida. No entanto, por volta dos 6 a 12 meses, ocorre uma "especialização perceptual", os bebês

passam a focar nos sons da língua à qual estão expostos, perdendo gradualmente a sensibilidade a sons que não fazem parte dela. De fato, a aquisição desse complexo sistema já mobiliza habilidades nos bebês antes mesmo que a experiência tenha influência significativa. Pesquisas com lactentes de apenas 4 meses, por exemplo, mostram que eles já são capazes de reconhecer os sons da língua nativa, mesmo quando expostos a dois idiomas desde o nascimento. Enquanto bebês de ambientes monolíngues demonstram preferência por sua língua materna, os de contextos bilíngues conseguem distinguir os dois idiomas com precisão, revelando uma plasticidade neural extraordinária (Bosch; Sebastián-Gallés, 1997).

Assim como o interesse por compreender a área da linguagem, outro vasto interesse de diversos estudos também vem mostrando a integração entre a cognição e desenvolvimento motor grosso. Sistemas os quais são ditos inseparáveis ao ponto de vista do desenvolvimento infantil. Um estudo realizado na Austrália em 2019 com 335 crianças, com idade entre 16 e 24 meses, mostrou por meio da avaliação utilizando a escala Bayley III para avaliar os aspectos cognitivos, e a escala Peabody Developmental Motor Scales– 2nd Edition (PDMS-2) para avaliar as habilidades motoras grossas, uma associação positiva significativa entre as habilidades motoras grossas e o desenvolvimento cognitivo, mesmo após o controle pelo tipo de creche, sexo, idade, índice de massa corporal (IMC) e nível socioeconômico (Veldman et al., 2018). O estudo piloto desenvolvido por Borioni et al (2022) analisou por meio da escala Peabody Developmental Motor Scale e testes de função executiva, os efeitos da natação para bebês no desenvolvimento motor e cognitivo. A amostra foi composta por bebês do grupo intervenção com uma média de idade de 13 meses, e do grupo controle com uma média de idade de 22 meses. Após 10 semanas os bebês foram avaliados, e foram notados benefícios notáveis para o desenvolvimento motor (grossa e fina), além de mostrar um potencial de impacto positivo em aspectos específicos do desenvolvimento cognitivo (funções executivas).

Howe e Lewis (2005) destacam a importância da abordagem de sistemas dinâmicos para compreender o desenvolvimento. A integração entre os sistemas vem sendo abordada por meio da teoria dos sistemas dinâmicos. Esta teoria reconhece a criança como um sistema emergente auto-organizado, que está continuamente mudando ou se estabilizando em interação com o ambiente, ao invés de uma trajetória programada pela genética, estágios normativos ou qualquer outra variável estática. Assim, o sistema é marcado pela transição de diversas fases, que advém dos estímulos e mudanças recebidas pelos componentes do sistema. À medida que

um ou mais componentes do sistema em desenvolvimento mudam, o sistema inteiro pode ser reorganizado em uma aparente mudança qualitativa.

Uma das grandes mudanças que esta teoria conduziu foi o olhar individualizado levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, dentro deste complexo sistema que muda ao longo de tempo, com complexas interações (Lewis, 2011; Perone; Simmering, 2017; Spencer; Perone ; Buss, 2012). Estas interações, em conjunto com a rotina e os hábitos de cada criança pode impactar os sistemas e o desenvolvimento deste ser. Tornando cada desenvolvimento único e composto por muitas variáveis (Smith;Thelen, 2003).

Segundo Thelen (2003), à medida que o desenvolvimento avança, o sistema nunca está no mesmo lugar duas vezes. O desenvolvimento é visto como uma intercalação de eventos no tempo, tanto internos como externos (Thelen, 2003).

1.2 DESAFIOS E LACUNAS NO CONHECIMENTO PARENTAL

Conforme amplamente estabelecido, os primeiros anos de vida de uma criança são de grande importância para seu pleno desenvolvimento durante a infância (Nelson,2000). Esse desenvolvimento é influenciado não apenas por fatores como condições de nascimento e morbidades associadas, mas também pelas práticas parentais (Hass et al., 2023). Por meio de interações diárias, os pais moldam o desenvolvimento de seus filhos direta e indiretamente (An; Libertus, 2025). Por exemplo, quando uma mãe amamenta seu bebê, a criança está recebendo boa nutrição e experimentando a estimulação do tato, visão, audição, paladar, respiração e olfato, através das vias sensoriais (Mustard, 2006). A pesquisa de Castro et al. (2024) mostrou que a interação parental, como ler ou brincar juntos, pode estar associada a um melhor desenvolvimento da cognição, linguagem e aspectos socioemocionais da criança.

No âmbito socioemocional, algumas atitudes parentais podem estar associadas a efeitos positivos no comportamento e nas competências sociais da criança. Entre elas, destacam-se o uso de disciplina adequada, menos severa, e a resposta contingente (“serve and return”), que consiste em comportamentos do adulto em resposta imediata às ações da criança, de acordo com o foco de atenção dela — por exemplo, quando um pai ou mãe sorri de volta para a criança (Gadsden, Ford e Breiner,2016). Além disso, o envolvimento dos pais na aprendizagem de crianças pequenas está associado a melhorias na alfabetização, no comportamento e no bem-estar socioemocional das crianças. (Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina, 2016). As relações responsivas entre pais e filhos e o apoio

dos pais à aprendizagem durante os primeiros anos de vida são cruciais para promover o desenvolvimento da primeira infância, sendo que os cuidadores que têm mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil são mais propensos a utilizar estratégias de estimulação (Belcher et al, 2007).

Apesar de saber que os pais são um fator determinante no desenvolvimento das habilidades motoras de uma criança (Pedersen; Stougaard.; Ibsen, 2021) estudos indicam que há uma falta de conhecimento adequado entre os pais sobre o desenvolvimento motor típico, e outro estudo esclarece que mesmo quando esses pais possuem educação universitária e têm acesso a diversos recursos de saúde essas dúvidas persistem (Alghamdi *et al.*, 2023; Alhwoaimel *et al.*, 2023). No estudo de Leung e Suskind (2019), observou-se que um maior conhecimento parental na primeira semana de vida do bebê contribuiu significativamente para uma maior frequência de estímulos voltados ao crescimento cognitivo aos 9 meses, independentemente do nível educacional dos pais. Assim como outras evidências com pais mostrou que a maioria dos entrevistados apresentou um conhecimento consideravelmente fraco em relação aos marcos do desenvolvimento (Nagaria *et al.*, 2024; Kumar et al, 2024), ou não consideravam os primeiros 3 anos de vida uma importante fase de aprendizado (Rizzoli-Córdoba et al, 2025).

O conhecimento, as atitudes e as práticas parentais são influenciadas tanto pelas experiências pessoais dos pais quanto pelas expectativas e aprendizados adquiridos com familiares, amigos e redes sociais, assim como pelas crenças transmitidas por sistemas culturais e sociais. Além disso, fatores externos, como a disponibilidade de apoios comunitários, institucionais e políticas de suporte, também desempenham papel importante. Esses elementos combinados moldam a qualidade das interações entre pais e filhos e contribuem para o desenvolvimento infantil saudável (Gibbons *et al.*, 2018; Academias Nacionais de Ciências, Engenharia, e Medicina, 2016). Entre as preocupações mais frequentemente expressas pelos pais estão questões relacionadas ao sono, autocuidado, alimentação dos filhos, comportamento e, especialmente, ao desenvolvimento das habilidades de comunicação infantil, que tendem a preocupar tanto os pais quanto os educadores mais do que outros aspectos do desenvolvimento (Thornton *et al.*, 2023). A orientação antecipatória fornecida aos pais nos primeiros 6 meses geralmente focava no crescimento físico, e os pais raramente solicitavam orientações adicionais sobre desenvolvimento cognitivo ou linguagem (Leung; Suskind, 2019). Os pais começam a

ter preocupações sobre seus filhos por meio de dois mecanismos: o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e a comparação com outras crianças (Cuomo; Joosten; Vaz, 2021).

Entre 13 e 32% das crianças em nações desenvolvidas estão em risco de atrasos no desenvolvimento. Sob uma ótica mais abrangente, cerca de 3% das crianças e de 5% a 10% dos bebês de alto risco (incluindo 7% dos prematuros) no mundo têm graus variados de transtornos do neurodesenvolvimento (Cuomo; Joosten; Vaz, 2021; Nong *et al.*, 2024). Para crianças de risco, as evidências apoiam a combinação de intervenção mediada pelos pais e implementada diretamente pelo médico para maximizar os ganhos de desenvolvimento infantil (Lin *et al.*, 2020). Apesar dessas evidências, uma pesquisa que entrevistou profissionais da saúde constatou que existem dois tipos de profissionais: aqueles que perguntavam proativamente sobre o desenvolvimento da criança, utilizavam ferramentas para facilitar as conversas e faziam encaminhamentos, e aqueles que não perguntavam sobre o desenvolvimento, diziam para aguardar e não forneciam informações sobre serviços e apoios (Raspa *et al.*, 2015).

Entre diversas características que podem influenciar a dinâmica de uma família e o desenvolvimento infantil, estão os fatores de risco e os fatores de proteção.

Os fatores de risco são características que podem aumentar a probabilidade de vivenciar experiências adversas na infância. No entanto, eles podem ou não ser causas diretas. Alguns exemplos são: estimulação cognitiva ou oportunidades de aprendizado da criança, sensibilidade e responsividade do cuidador, depressão materna, exposição à violência, famílias com cuidadores que possuem compreensão limitada das necessidades ou do desenvolvimento infantil, famílias com adultos com baixos níveis de escolaridade e famílias que enfrentam altos níveis de estresse parental ou estresse econômico (Crouche *et al.*, 2019; Hugues *et al.*, 2017; Wade *et al.*, 2014; Walker *et al.*, 2007).

Já os fatores de proteção são características que podem diminuir a probabilidade de vivenciar experiências adversas na infância. Alguns exemplos são: famílias onde os cuidadores podem atender às necessidades básicas de alimentação, abrigo e serviços de saúde para criança, Famílias onde os cuidadores têm diploma universitário ou superior e a educação materna (CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2024; Walker, 2011).

O estudo realizado por Eickmann *et al.* (2003) promoveu workshops para as mães residentes em cidades do interior do Pernambuco, Brasil. O objetivo foi o de orientar sobre a importância do brincar e das interações, e mostrar as mães como elas poderiam estimular a parte cognitiva e motora dos seus filhos. As crianças passaram por avaliação com 12 e 18 meses no

hospital da Fundação Nacional de Saúde, Palmares, utilizando duas subescalas da Escala Bayley do desenvolvimento. O resultado desta intervenção demonstrou uma melhora significativa no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças, e mostrou como uma população pode se beneficiar de programas voltados a estimulação psicossocial. Além das dificuldades com os serviços de saúde, podemos abordar os problemas de stress enfrentados por muitos pais. Em pesquisa realizada por Craig et al. (2016) pais de crianças com transtornos do desenvolvimento neurológico, apresentam mais estresse parental do que pais de crianças com desenvolvimento típico. Sendo os pais de crianças no Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) apresentaram os maiores níveis de stress. Além disso, pais de crianças com TEA apresentam uma qualidade de vida reduzida, sendo a gravidade do diagnóstico o principal fator de risco, enquanto o nível de escolaridade dos pais se mostra como o principal fator de proteção para o bom desenvolvimento infantil (Turnage; Connor, 2022).

A saúde mental parental tem se mostrado um fator central na qualidade das práticas educativas e na dinâmica familiar. Evidências recentes indicam que pais com ansiedade e/ou depressão apresentam níveis mais elevados de estresse parental quando comparados a pais sem essas condições. Além disso, observa-se que quadros depressivos e ansiosos estão associados ao uso de práticas disciplinares menos eficazes, maior aversividade, retraimento, menor calor parental, pior qualidade no relacionamento entre pais e filhos e menor autoeficácia parental (Bennett et al., 2026). De maneira complementar, estudos apontam que melhor adaptação emocional está associada a práticas parentais mais positivas e responsivas, sugerindo que intervenções voltadas ao fortalecimento da capacidade dos pais de lidar com as demandas do papel parental podem favorecer práticas de cuidado mais nutritivas (LaMonica *et al.*, 2025). Ainda nesse contexto, pais com condições de saúde precárias apresentam maior esgotamento parental, menor resiliência e pior funcionalidade familiar (Yildirim *et al.*, 2025), e o estresse psicológico impacta de maneira complexa a qualidade de vida familiar de pais de crianças com deficiência intelectual (Cheng *et al.*, 2025).

O esgotamento parental também tem sido relacionado a fatores contextuais e culturais. Estudos demonstram que o conflito trabalho–família, o enriquecimento entre trabalho e família, as rotinas familiares e o significado ritualístico estão significativamente associados ao burnout parental, com padrões semelhantes entre países, embora com especificidades

culturais. No Reino Unido, o conflito trabalho-família emergiu como principal preditor do esgotamento parental, enquanto, no Vietnã, as rotinas familiares desempenharam papel mais proeminente. Além disso, o significado ritual familiar mostrou-se associado à qualidade de vida parental de forma direta e indireta, mediado pelo esgotamento parental (Nguyen *et al.*, 2025). Esses achados ressaltam a importância de considerar o contexto sociocultural na compreensão do estresse e da exaustão associados à parentalidade.

Para além dos fatores individuais e contextuais, a qualidade da coparentalidade tem sido apontada como elemento crucial no desenvolvimento infantil. Evidências indicam que a sensibilidade paterna está positivamente associada à qualidade do relacionamento de coparentalidade (Zhu *et al.*, 2023). Ademais, a qualidade da coparentalidade desempenha papel crítico na formação das habilidades de regulação emocional e do comportamento pró-social das crianças, evidenciando trajetórias distintas conforme diferentes perfis coparentais (Pan *et al.*, 2025). Estudos conduzidos em países em desenvolvimento também demonstram que crianças apresentam melhores desfechos de desenvolvimento quando ambos os pais oferecem elevada estimulação conjunta, reforçando a importância do envolvimento paterno e materno integrado (Chi *et al.*, 2025).

O apoio social surge como importante fator protetivo nesse cenário. Observa-se que o aumento da percepção de apoio social está associado à redução do estresse parental, especialmente entre mães, famílias nucleares e pais com menor escolaridade e renda, indicando a necessidade de fortalecimento das redes de suporte formais e informais (Battha *et al.*, 2026).

Voltando a ótica sobre a educação no Brasil, Figura 1, segundo documento do IBGE de 2024 na Síntese de Indicadores Sociais em 2022, 40,1% dos brasileiros de 25 a 64 anos de idade não concluíram o ensino médio, ficando mais do que o dobro acima da média de outros países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico).

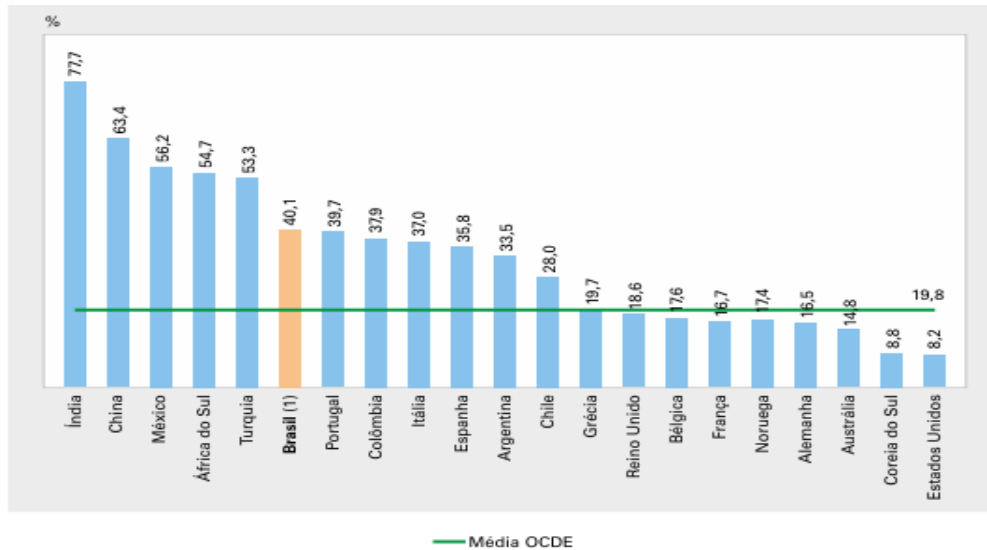


Figura 1. Percentual de pessoas de 25 a 64 anos de idade que não concluíram o ensino médio, segundo os países membros ou associados à OCDE selecionados – 2022. Síntese de Indicadores Sociais- IBGE, 2024, pag 84 (apud Education at a glance: OECD indicators, 2023). (1) Dado referente ao segundo trimestre da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuas 2023, do IBGE.

Apesar dos dados, o Brasil juntamente com outros 193 estados componentes da ONU, se comprometeram com as ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável). Os ODS compreendem 17 objetivos e 169 metas, e entre elas, está promover uma sociedade mais inclusiva e oferecer educação de qualidade até 2030 (UNICEF, 2015). Segundo pesquisa desenvolvida por Emerson, Savage e Llewellyn (2018) por meio da análise de dados da UNICEF, o estudo demonstra que a educação materna atua como um mediador crítico entre pobreza e desenvolvimento infantil. Em países de baixa e média renda, onde a prevalência de atraso cognitivo é maior, a limitação de acesso à educação para mulheres contribui para ciclos

de desvantagem, afetando diretamente a capacidade de cuidado, nutrição e estimulação cognitiva das crianças. Neste cenário, é de extrema importância oferecer informações adicionais sobre a relevância da intervenção precoce e como implementá-la, além de compartilhar informações sobre o neurodesenvolvimento para essas famílias. O avanço da tecnologia pode ser favorável na divulgação de informação as famílias, assim como gerar empoderamento e conexão (Maitre *et al*, 2025). Programas voltados para a educação e o treinamento de pais podem exercer efeitos benéficos na redução do estresse e da depressão, podendo até mesmo melhorar a relação entre mãe e filho. Mesmo as intervenções mais curtas para pais obtiveram um efeito positivo (Baransi; Scharf, 2025). Estes estudos demonstram que a redução de fatores de risco e aumento de fatores de proteção, além das intervenções durante o período sensível podem mudar o desfecho de uma realidade (Figura 2).

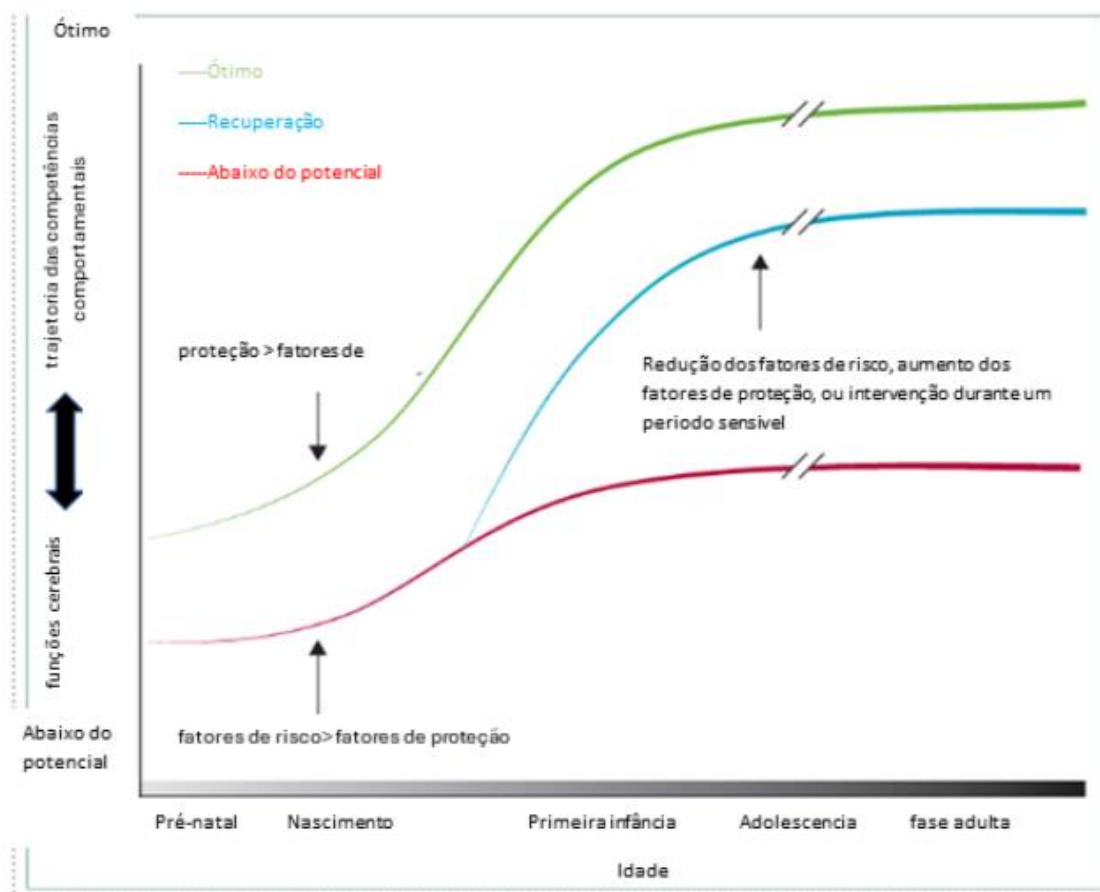


Figura 2. Diferentes trajetórias do desenvolvimento cerebral e comportamental como função da exposição a fatores de risco e de proteção. O efeito cumulativo dos fatores é ilustrado pela progressão da largura das linhas (linhas mais escuras) da trajetória ao longo do tempo. Walker et al (2011). Imagem traduzida pela autora.

Durante o período preconcepção, o aconselhamento sobre nutrição materna e infantil, saúde mental materna e práticas parentais pode contribuir para reduzir as desigualdades na exposição a riscos e otimizar as trajetórias de desenvolvimento. Nesse contexto, a promoção e a proteção da saúde mental materna e dos cuidadores são componentes fundamentais para favorecer um cuidado acolhedor e responsivo, essencial ao desenvolvimento saudável da criança (UNICEF,2023).

Por outro lado, o apoio social insuficiente pode representar um risco para a saúde mental dos pais e levar a práticas parentais abaixo do ideal (Hosokawa;Katsura, 2024). Considerando o aumento dos casos de TEA e seu impacto na saúde global, torna-se imprescindível promover a conscientização dos pais sobre essas questões e promover apoio a esta população (Ni; Tong; Stanley, 2025; Gong *et al*, 2025; Issac *et al*; 2025).

1.3 INTERVENÇÃO PRECOCE

De acordo com o relatório “Nascido Muito Cedo: Relatório de Ação Global sobre Nascimento Prematuro” (no inglês, “Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth”) da Organização Mundial da Saúde, de 2012, o Brasil ocupa a 10ª posição entre os países com o maior número de nascimentos prematuros. Crianças nascidas prematuramente (menos de 37 semanas de idade gestacional), têm um risco maior de apresentar deficiências no que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicomotor comparados a crianças nascidas a termo (Delorey; Graham; Scott, 2007). É fundamental reconhecer que a parentalidade atua como um mediador central em muitas intervenções preventivas bem-sucedidas, que têm sido examinadas desde a infância até a adolescência (Elliott, 1998).

As desigualdades no desenvolvimento infantil começam no período pré-natal e nos primeiros anos de vida, sendo que, o momento mais eficaz e custo-eficiente para prevenir desigualdades é no início da vida, antes que as trajetórias estejam firmemente estabelecidas (Walker et al., 2011). De acordo com Raghupathy *et al* (2025), algumas famílias encontram dificuldades com os bebês ao chegarem em casa por terem medo de movimentá-los devido ao baixo peso, e tendo dificuldade de gerenciar o tempo. A ação ou a falta dela terá consequências para toda a vida no funcionamento do adulto, no cuidado da próxima geração e no bem-estar das sociedades (Walker et al., 2011). Como exemplo disso, em um estudo feito por Nelson, Fox e Zeanah (2007), crianças que viviam em instituições na Romênia e foram realocadas para famílias substitutas ainda na primeira infância apresentaram melhor desempenho em testes de

QI quando comparadas às que permaneceram institucionalizadas. Esses ganhos cognitivos se mantiveram até a adolescência, demonstrando que a qualidade e o tempo do cuidado recebido nos primeiros anos de vida exercem impacto duradouro sobre o desenvolvimento intelectual.

Olhando pelo aspecto cultural, a vivência das crianças e das famílias diverge em muitos sentidos devido as inúmeras culturas existentes, cada uma constrói uma definição de infância contextualizada (Rizzini; Pereira; Thapliyal, 2007), sendo que o contexto cultural pode ser um dos maiores preditores das crenças parentais sobre o desenvolvimento motor infantil (van Schaik, Oudgenoeg-Paz e Atun-Einy, 2019). A forma de exercer a parentalidade varia entre culturas, influenciada por fatores como as condições e oportunidades do ambiente, as normas sociais que orientam os comportamentos esperados e as distintas configurações de cuidadores responsáveis pelas crianças (Lansford, 2022). Mas não só fatores externos tem impacto no ato de maternar, estudos com modelo animal já mostram como a epigenética influencia neste ato. Em especial os neurotransmissores: dopamina, oxitocina e serotonina (Mileva-Seitz, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2015).

Estudos indicam que 50% dos bebês nascidos muito prematuramente (com menos de 28 semanas de gestação) terão algum grau de disfunção neurológica, limitando sua capacidade de acompanhar seus pares em desenvolvimento típico (Johnson; Hack, 2009). De acordo com a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª edição (CID-11), os transtornos do neurodesenvolvimento correspondem a alterações de natureza comportamental e cognitiva que se manifestam ao longo do período do desenvolvimento e acarretam prejuízos significativos na aquisição e na execução de habilidades intelectuais, motoras, linguísticas ou sociais. A etiologia desses transtornos é considerada complexa e frequentemente não completamente elucidada. Essa categoria diagnóstica abrange os transtornos do desenvolvimento intelectual, os transtornos do desenvolvimento da fala ou da linguagem, o transtorno do espectro autista (TEA), o transtorno do desenvolvimento da aprendizagem, o transtorno do desenvolvimento da coordenação motora, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno de movimentos estereotipados.

Os transtornos do desenvolvimento neurológico resultam de anomalias na estrutura e maturação cerebral que se iniciam na primeira infância e se manifestam como comprometimentos funcionais de longo prazo. Apesar dos avanços na compreensão da etiologia, dos mecanismos patogénéticos e das bases biológicas dos transtornos do

Neurodesenvolvimento, o diagnóstico e o início da intervenção frequentemente ocorrem vários meses após o surgimento dos primeiros sinais clínicos. Embora esses transtornos muitas vezes sejam diagnosticados tardiamente, evidências crescentes sugerem que sinais precoces podem ser detectados ainda na primeira infância (Novak et al., 2017).

Estudos recentes sobre o Transtorno do espectro autista (também conhecido como TEA) mostra que a maioria das crianças com idade pré escolar com TEA pode enfrentar atrasos no desenvolvimento motor grosso e fino, e aquelas com atraso motor apresentam maiores déficits nas habilidades sociais. Sendo que, crianças com atrasos motores tendem a ser avaliadas mais cedo para autismo, o que pode contribuir para uma identificação precoce e intervenções mais eficazes (Long et al., 2025; Pokoski et al., 2025). A intervenção precoce baseada nos princípios da ABA pode melhorar o funcionamento de crianças com TEA ao abordar déficits e excessos comportamentais, além de também ajudar no desenvolvimento da linguagem (Kodak; Bergmann, 2020). E pode-se salientar que as recomendações devem atender às necessidades exclusivas de cada criança, e às prioridades da família (Franz et al., 2022).

A reabilitação por meio de intervenções precoces baseia-se fortemente no conceito de neuroplasticidade do cérebro jovem. Atualmente, é possível realizar diagnósticos precisos das principais deficiências infantis de forma precoce, permitindo intervenções específicas que aproveitam a neuroplasticidade e melhoram os resultados para a criança (Heinrich; Grenz; Lynch, 2018). Os princípios que fundamentam as intervenções precoces no desenvolvimento de bebês prematuros visam melhorar as conexões cerebrais durante períodos críticos, em vez de esperar pelo comprometimento após a formação de conexões neurais alteradas. É importante ressaltar que o treinamento deve ser ativo, permitindo que o bebê aprenda e desenvolva circuitos neurais por meio de suas experiências (Spittle; Treyvaud, 2016).

As intervenções precoces podem ser realizadas em casa, em clínicas ambulatoriais, hospitalares ou na comunidade. O papel das intervenções precoces é promover melhores resultados de desenvolvimento utilizando metodologias centradas na família (Bernabe-Zuñiga et al., 2020) além disso, influenciar os resultados neurocomportamentais de crianças nascidas prematuras, considerando que, em uma estrutura ecológica, os pais e o ambiente familiar exercem a influência mais forte e duradoura no desenvolvimento infantil (Bronfenbrenner, 1986). Este tipo de intervenção voltada na família permite que os pais adquiram o conhecimento da implementação desses princípios utilizados com os profissionais, facilitando sua realização muito além do prazo da intervenção, estendendo assim o impacto desses estímulos (De Bruyn

et al, 2025). Intervenções que se concentram principalmente na parentalidade responsiva têm o maior efeito sobre os resultados cognitivos (Van wassenaer-leemhuis et al., 2016). Sendo que, atitudes tomadas pelos pais para promover o desenvolvimento do seu bebê terão efeitos não só imediatos, mas também amplos e duradouras (Lobo; Gallowey, 2012). Um ambiente enriquecido com oportunidades de estimulação sensorial e social tem efeitos rápidos e significativos nos mecanismos de reorganização da neuroplasticidade dependentes da experiência. (Chorna; Cioni; Guzzetta, 2020). Além de que, atividades de baixo custo, como contar histórias, cantar e brincar com objetos domésticos, expõem as crianças pequenas a experiências que promovem o desenvolvimento inicial (Black *et al*, 2017). Esses achados sugerem que intervenções baseadas nos pais podem influenciar positivamente o desenvolvimento de crianças muito prematuras (Bronfenbrenner, 1986; Wassenaer-leemhuis *et al.*, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida constitui uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a identificação precoce de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Esse monitoramento favorece o acesso oportuno à avaliação, ao diagnóstico diferencial, ao tratamento, à reabilitação e às ações de estimulação precoce para crianças que necessitam de cuidados especializados. Além disso, a articulação entre a atenção básica e a atenção especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para maior funcionalidade, autonomia e inclusão social das crianças com deficiência (Ministério da Saúde, 2016).

1.4 CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

O cuidado centrado na família pressupõe que toda criança deve ser vista não apenas do ponto de vista de sua questão de saúde, mas como um indivíduo único, parte de um grupo maior de pessoas, sua família, que também possui uma realidade única. A família é o primeiro refúgio da criança, de onde ela encontra forças e onde se sente acolhida. Todas essas características fazem com que este grupo de pessoas que cercam este paciente sejam grandes conhecedores deste indivíduo e de suas necessidades, já que passam a maior parte do tempo com eles. Sendo assim, a prática centrada na família compreende que a opinião cuidadores é muito importante e deve ser considerada em todas as tomadas de decisões (Committee on Hospital Care, 2003; Shields, 2015).

Com essas informações, a literatura nos mostra a importância do empoderamento da família para que com as melhores evidências, eles sejam capazes de tomar as melhores decisões para esta criança. Em uma pesquisa realizada por Galpin *et al.* (2017) para saber o suporte que pais de criança com TEA precisavam e que seriam mais significativos para a vida da família, um dos elementos mais citados pelos pais foi uma melhor compreensão sobre quem está trabalhando com seu filho. Para que o cuidado centrado na saúde aconteça, é importante que ocorra a comunicação do profissional com as famílias, de forma clara e com uma linguagem de fácil entendimento, pois a prática educativa é o processo mais importante no envolvimento de pacientes e familiares (Anvisa, 2017; Kokorelias *et al.*, 2019). A educação parental é compreendida como uma iniciativa educativa voltada para promover ou apoiar comportamentos dos pais que contribuam para resultados positivos no desenvolvimento de seus filhos. Estudos recentes mostram como as orientações passadas para pais de crianças em tratamento, aumentam a efetividade do tratamento e o engajamento da família no plano de tratamento para crianças com atrasos do desenvolvimento (Kokorelias *et al.*, 2019).

Segundo a American Academy of Pediatrics (2012), o cuidado centrado na família fundamenta-se em princípios que priorizam a escuta ativa e o respeito à criança e à sua família, considerando e valorizando suas origens raciais, étnicas, culturais e socioeconômicas, bem como suas experiências e preferências no planejamento e na oferta do cuidado em saúde. Esse modelo também pressupõe flexibilidade nas políticas institucionais, nos procedimentos e nas práticas profissionais, a fim de adaptar os serviços às necessidades, crenças e valores de cada família. Além disso, recomenda-se o compartilhamento contínuo de informações completas, claras e imparciais, em formato acessível e sensível às diferenças culturais, linguísticas e ao letramento em saúde, de modo a possibilitar a participação ativa da família nas decisões relativas ao cuidado.

O modelo enfatiza ainda a importância da oferta de apoio formal e informal ao longo de todas as fases da vida da criança, em consonância com as diretrizes éticas e legais vigentes. A colaboração entre profissionais, pacientes e familiares deve ocorrer em todos os níveis da atenção à saúde, incluindo o cuidado individual, a formação profissional, a formulação e avaliação de políticas e programas, o planejamento de serviços e o desenvolvimento de pesquisas. Por fim, o cuidado centrado na família reconhece e valoriza os pontos fortes das crianças e de seus familiares, promovendo sua autonomia, autoconfiança e participação ativa nas decisões relacionadas à saúde.

Assim como o cuidado centrado na família, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), considera a criança como pertencente a um contexto biopsicossocial. Onde leva-se em consideração não só fatores corporais e estruturais, mas também o indivíduo como um todo, e o indivíduo pertencente a um ambiente. Os componentes da CIF são: Funções corporais, Estruturas corporais, Atividades, Participação, Fatores ambientais e Fatores pessoais (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2013).

Esta possibilidade de não ter uma hierarquia entre os domínios da CIF, e sim visualizar como um sistema onde os fatores se complementam em uma relação multidirecional, deu origem a trabalhos como o das F-words (Figura 3), onde cada palavra iniciado em “F” no idioma americano foi adicionada ao esquema originário da CIF. As palavras representadas pelas F-words são: Function (Funcionalidade), Family (Família), Fitness (saúde), Fun (diversão), Friends (amigos) e Future (futuro). O complemento família foi usado para reforçar a prática centrada na família, como parte importante para que todos os outros fatores trabalhem juntos. (Brugnaro; Lima; Campos; Rocha, 2021; Rosenbaum; Gorter, 2012).

A Família, assim como todos os outros componentes que fazem parte da vida de um indivíduo, possui uma grande importância e deve ser vista como componente central de uma boa prática.

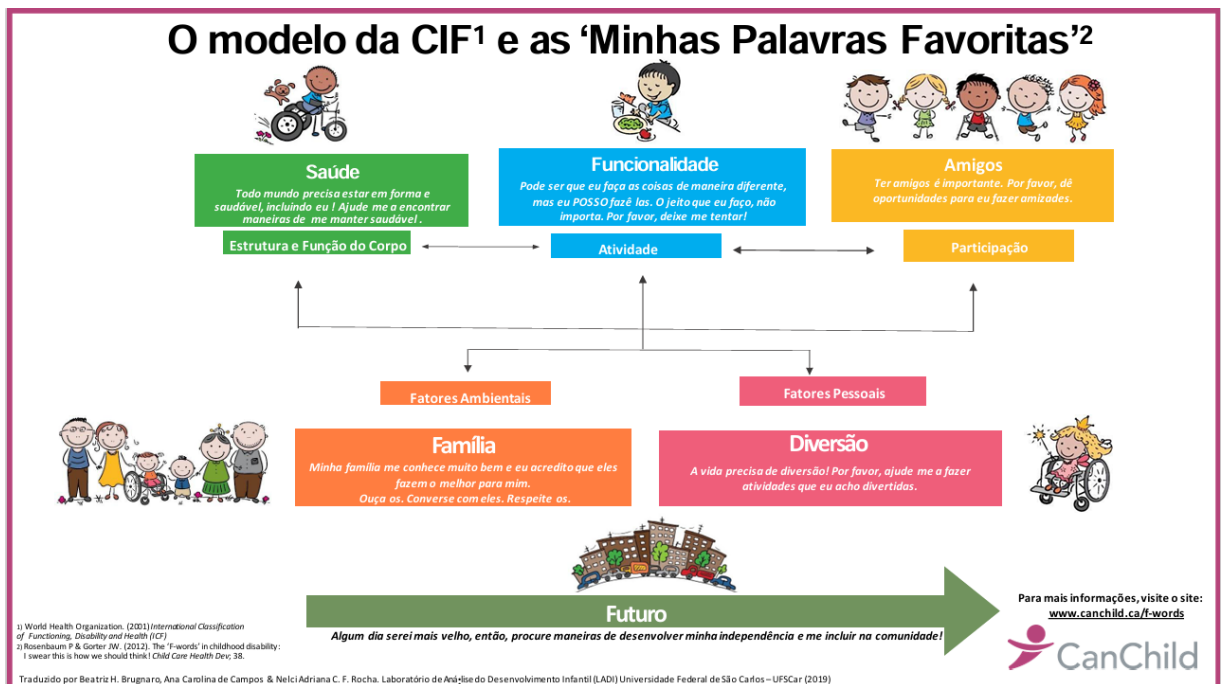


Figura 3. O modelo da CIF¹ e as 'Minhas Palavras Favoritas'². 1) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (World Health Organization, 2001). 2) (Rosenbaum P; Gorter JW, 2012) (Beatriz H *et al*, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e comparar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, o ajustamento emocional e as práticas disciplinares entre cuidadores de crianças com desenvolvimento típico (PCT) e atípico (PCA), verificando a influência do perfil sociodemográfico sobre essas dinâmicas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sociodemográfico dos cuidadores nos grupos de pais de crianças típicas (PCT) e atípicas (PCA), considerando variáveis de renda, escolaridade, sexo, idade, ocupação laboral e estrutura familiar;
- Verificar o nível de conhecimento dos cuidadores sobre os marcos do desenvolvimento motor infantil, por meio do Questionário Estruturado sobre Marcos Motores (QEMM), comparando os grupos PCT e PCA;
- Analisar o ajustamento parental e a dinâmica familiar (estresse emocional, práticas disciplinares coercitivas/positivas, consistência parental e coparentalidade), por meio da Escala de Ajustamento Parental e Familiar (PAFAS), comparando os grupos PCT e PCA;
- Verificar as correlações entre o perfil sociodemográfico (renda, escolaridade, idade e número de filhos), as dimensões de ajustamento e práticas parentais (PAFAS) e o conhecimento sobre o desenvolvimento motor (QEMM).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, além de quantitativo e com abordagem transversal.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa só foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, parecer 8.314.559 (ANEXO B). Sendo conduzida nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 LOCAL E AMOSTRA

Os participantes foram pais de crianças com idades entre 0 e 3 anos, residentes na cidade de Criciúma, localizada no sul de Santa Catarina/Brasil. Para inclusão no estudo, os pais foram convidados a participarem da pesquisa, e os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pais ou responsáveis que não forneceram o consentimento informado ou que não completaram os questionários. Os questionários foram respondidos presencialmente através de entrevistas com os participantes. A amostra foi recrutada por meio do Centro Especializado em Reabilitação (CER II), localizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e por uma amostra de conveniência da pesquisadora em um consultório de fisioterapia pediátrica situado em Criciúma/SC.

3.4 COLETA DE DADOS

O preenchimento dos questionários foi realizado de maneira anônima e confidencial. A coleta de dados foi realizada de julho de 2025 a junho de 2026, no período da tarde, no CER II e em um consultório de fisioterapia infantil, por meio de amostra por conveniência. As escalas que foram usadas são: Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar

e Questionário estruturado sobre marcos motores (ANEXO A e Apêndice A, respectivamente). Também foi usado um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico dos progenitores (Apêndice B). Esses questionários tiveram o objetivo de avaliar o conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e os marcos motores de seus filhos, sendo os resultados expressos na forma de pontuação. As entrevistas não foram gravadas.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pais de crianças de até 3 anos de idade;

Ambos os sexos.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pais que não quiserem participar da pesquisa;

Pais que atuarem na área da saúde infantil;

Pais que já foram orientados pelo Centro Especializado em Reabilitação ou pela clínica sobre Parentalidade eficaz e Marcos Motores.

3.7 RISCOS

Perda de confidencialidade dos dados. Estes riscos foram minimizados com a não identificação do paciente na pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores (APÊNDICE E); A participação na pesquisa podia levar a um aumento da conscientização por parte dos responsáveis quanto às condições de desenvolvimento de seus filhos, o que poderá gerar desconforto emocional. Esses riscos foram minimizados por meio de uma abordagem acolhedora durante toda a aplicação dos instrumentos, com orientação clara sobre os objetivos da pesquisa e a disponibilização de escuta ativa do pesquisador;

O preenchimento do questionário podia causar cansaço ou fadiga, em razão de sua extensão e da necessidade de concentração contínua. Esses riscos foram minimizados por meio da conscientização que a participação é totalmente voluntária, e o responsável pôde se retirar da pesquisa a qualquer momento.

3.8 BENEFÍCIOS

A avaliação do conhecimento sobre os marcos motores nos primeiros três anos permitiu aos pais identificarem lacunas de informação e aprimorar a estimulação precoce no ambiente doméstico. Ao comparar cuidadores de crianças típicas e atípicas (PCT e PCA), este estudo fornece evidências concretas para embasar programas de apoio parental e intervenção precoce centrados na família. Ademais, o mapeamento do estresse, das práticas disciplinares e das influências socioeconômicas subsidia profissionais de saúde e políticas públicas no direcionamento de orientações assertivas às fases de maior vulnerabilidade, fortalecendo a rede de cuidado infantil.

3.9 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

3.9.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário desenvolvido pela pesquisadora com perguntas de múltipla escolha para análise dos dados sociodemográficos da população estudada. Os quais são: idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, ocupação atual, renda familiar mensal, número de filhos, idade dos filhos e quem é o principal cuidador da/das criança.

3.9.2 QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES

A Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley foi criada originalmente pela psicóloga norte-americana Nancy Bayley, nos Estados Unidos, com a publicação de sua primeira versão formal em 1969 (Balasundaram; Avulakunta, 2022). Considerada padrão-ouro e amplamente utilizada mundialmente na avaliação do desenvolvimento infantil, a escala Bayley destina-se a avaliar detalhadamente o perfil de desenvolvimento global de bebês e crianças pequenas na faixa etária de 1 a 42 meses, permitindo identificar precocemente atrasos ou déficits no neurodesenvolvimento e planejar intervenções terapêuticas direcionadas (Balasundaram; Avulakunta, 2022). Em sua terceira edição (Bayley-III), a estrutura do instrumento é composta por cinco domínios fundamentais: Cognitivo, Linguagem (subdividido em comunicação receptiva e expressiva) e Motor (subdividido em motricidade fina e grossa), os quais são avaliados diretamente com a criança mediante tarefas padronizadas, além dos

domínios Socioemocional e Comportamento Adaptativo, aferidos por meio de questionários respondidos pelos pais ou cuidadores responsáveis (Madaschi et al., 2016). Posteriormente, a terceira edição do instrumento (Bayley-III) passou pelo processo de tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa no Brasil no ano de 2016, no qual os testes psicométricos evidenciaram alta consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,90), além de adequada estabilidade teste-reteste para a escala motora fina e forte validade convergente com outros instrumentos padronizados de avaliação infantil (Madaschi et al., 2016). Diante disso, destaca-se que a pesquisadora responsável por este estudo possui a capacitação específica para a aplicação e interpretação da escala Bayley-III, tendo concluído o curso promovido pela Pearson Clinical, multinacional que detém os direitos autorais e de distribuição global do instrumento.

O Questionário Estruturado sobre Marcos Motores (QEMM) foi elaborado pela pesquisadora a partir da adaptação do domínio motor da escala Bayley-III, ajustando seus parâmetros de avaliação para o formato de questionário de autorrelato. Essa adaptação teve como objetivo mensurar o nível de conhecimento dos cuidadores acerca das etapas do desenvolvimento motor infantil até os 3 anos de idade, facilitando a identificação de dúvidas e lacunas informacionais no ambiente familiar sendo o resultado expresso por pontuação, o objetivo do questionário foi avaliar o conhecimento dos pais sobre os marcos motores e as práticas relacionadas ao desenvolvimento motor. Este questionário foi dividido em 4 faixas etárias: 0 a 9 meses; 10 a 18 meses; 19 a 27 meses e 28 a 36 meses. As afirmações são de múltipla escolha, com duas opções de resposta: “sim” ou “não”. Os participantes deviam assinalar a alternativa correta. Cada resposta correta valia um ponto, respostas incorretas ou em branco valiam zero.

3.9.3 ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR

A PAFAS (Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar ~~do~~ do inglês *Parenting and Family Adjustment Scales*), é uma escala desenvolvida para avaliar as práticas parentais, bem como o ajustamento dos pais e da família. O instrumento é composto por duas escalas principais: PAFAS parentalidade e PAFAS ajustamento familiar. A escala PAFAS parentalidade é formada por quatro subescalas: consistência parental (5 itens), parentalidade coercitiva (5 itens), encorajamento positivo (3 itens) e relacionamento pais-filho (5 itens). Já a escala PAFAS ajustamento familiar compreende três subescalas: ajustamento emocional parental (5 itens), relacionamentos familiares (4 itens) e trabalho em equipe parental (3 itens).

Cada item é respondido em uma escala do tipo de quatro pontos, variando de 0 (“nem um pouco”) a 3 (“a maior parte do tempo”). Alguns itens apresentam pontuação invertida. Para cada subescala, os itens são somados para compor os escores das dimensões do PAFAS parentalidade e do PAFAS ajustamento familiar, sendo que escores mais elevados indicam maiores níveis de disfunção (Sanders *et al.*, 2014).

A interpretação dos escores da PAFAS baseia-se em uma lógica inversamente proporcional à funcionalidade; ou seja, quanto maior a pontuação obtida na subescala, maior é o nível de disfunção ou de dificuldade apresentado pelo cuidador naquele domínio. Na dimensão de parentalidade, escores mais elevados indicam menor consistência nas regras, maior frequência de práticas coercitivas, menor uso de encorajamento positivo e maior prejuízo na relação entre pais e filhos. De forma equivalente, na dimensão de ajustamento familiar, valores mais altos refletem pior ajustamento emocional do próprio cuidador, maior índice de conflitos nas relações familiares e maior dificuldade no trabalho em equipe/coparentalidade.

As propriedades psicométricas da PAFAS foram avaliadas também em relação ao uso da escala para famílias com crianças com deficiências, e o estudo indicou que a escala demonstra potencial como uma medida breve de múltiplos domínios do funcionamento familiar relevantes para famílias que possuem uma criança com deficiência do desenvolvimento (Mazzucchelli *et al.*, 2018).

No Brasil, a PAFAS passou, em 2024, por processo de tradução para o português e adaptação cultural para a população brasileira, por meio de um estudo conduzido com 315 mães. Ainda em 2024, o instrumento teve suas propriedades psicométricas avaliadas em um estudo

de coorte realizado na região Sul do país, apresentando evidências favoráveis de validade e confiabilidade (Correia *et al.*,2024; Martins *et al.*,2024).

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Iniciou-se a análise dos dados com a correção e tabulação dos escores do Questionário sobre Marcos Motores (QEMM) e da Escala de Ajustamento Parental e Familiar (PAFAS). Em seguida, utilizou-se o software Microsoft Excel para a construção do banco de dados e subsequente exportação aos programas analíticos. As análises estatísticas descritivas foram realizadas com o auxílio do software SPSS (versão 22.0, IBM Corp.). Inicialmente, conduziu-se a caracterização descritiva da amostra e a verificação da normalidade da distribuição dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk. Diante da constatação da assimetria na distribuição das variáveis, empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e o teste do Qui-Quadrado de Pearson para a comparação entre as variáveis dos grupos de pais de crianças típicas (PCT) e atípicas (PCA). Adicionalmente, utilizou-se o software GraphPad Prism (versão 11.0.2) para a condução das análises de correlação não paramétrica de Spearman e para a confecção dos gráficos de correlação entre os indicadores sociodemográficos, o conhecimento dos marcos motores e as dimensões de ajustamento e práticas parentais.

4. RESULTADOS

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 120 pais ou cuidadores, sendo 59 (49,2%) pertencentes ao grupo de PCT e 61 (50,8%) ao grupo de PCA. A idade média dos participantes foi de $33,07 \pm 3,78$ anos, variando de 23 a 41 anos. Na comparação entre os grupos, não foi observada diferença significativa na idade dos pais entre o grupo típico ($33,10 \pm 3,40$ anos) e o grupo atípico ($33,05 \pm 4,14$ anos; $p = 0,992$). Em ambos os grupos, houve predominância de participantes do sexo feminino, correspondendo a 57 (97,1%) no grupo típico e 61 (100%) no grupo atípico, sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,147$) (Tabela 1)

Tabela 1- Perfil sociodemográfico da amostra

Variáveis	Categoria	PCT	PCA	p
N (participantes)	Amostra	59 (49,2%)	61(50,8%)	
Idade	Média (DP)	33,10 (3,40)	33,05(4,14)	0,992
Sexo	Feminino	57 (97,1%)	61(100%)	0,147
	Masculino	2 (2,9%)	-	
Estado civil	Solteiro	3 (5,1%)	10(16,4%)	0,166
	Casado	55 (93,2%)	49 (80,3%)	
	Divorciado	1 (1,7%)	1 (1,6%)	
	Viúvo	-	1 (1,6%)	
N filhos	1 filho	46 (78,0%)	41(67,2%)	0,304
	2 filhos	13 (22,0%)	19(31,1%)	
	3 ou mais filhos	-	1 (1,6%)	

Variáveis	Categoria	PCT	PCA	p
Escolaridade	Ensino Fundamental	-	1 (1,6%)	0,003
	Ensino Médio	8 (13,6%)	24 (39,3%)	
	Ensino Superior Incompleto	12 (20,3%)	16 (26,2%)	
	Ensino Superior Completo	35 (59,3%)	17(27,9%)	
	Pós-Graduação	4 (6,8%)	3 (4,9%)	
Ocupação	Trabalha Fora	47 (79,7%)	41(67,2%)	0,167
	Trabalha de casa	12 (20,3%)	18(29,5%)	
	Desempregado	-	2 (3,3%)	
Renda	Até 1 salário-mínimo	1 (1,7%)	2 (3,3%)	0,002
	De 1 a 2 salários-mínimos	1 (1,7%)	7 (11,5%)	
	De 2 a 5 salários-mínimos	17 (28,8%)	31(50,8%)	
	Mais que 5 salários-mínimos	40 (67,8%)	21 (34,4%)	
Idade da criança (anos)	1 ano	34 (57,6%)	18(29,5%)	0,003
	2 anos	10 (16,9%)	15(24,6%)	
	3 anos	15 (25,4%)	28(45,9%)	

Variáveis	Categoria	PCT	PCA	p
Diagnostico	Típicos	59 (100,0%)	-	
	TEA	-	51(83,6%)	
	Atraso do dnpm	-	8(13,1%)	
	Paralisia Cerebral	-	2 (3,3%)	
Principal	Mãe	39 (66,1%)	37(60,7%)	0,171
Cuidador	Pai	11 (18,6%)	8(13,1%)	
	Ambos	7 (11,9%)	15(24,6%)	
	Avós	2 (3,4%)	-	
	outros	-	1(1,6%)	

PCT pais de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor típico; PCA pais de crianças atípicas; DP desvio-padrão; N número de participantes; TEA Transtorno do Espectro Autista; DNPM desenvolvimento neuropsicomotor. Tabela elaborada pelo autor.

Quanto à escolaridade, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,003$). No grupo PCT, predominou o ensino superior completo, com 35 (59,3%) participantes, seguido do ensino superior incompleto (12; 20,3%), ensino médio (8; 13,6%) e pós-graduação (4; 6,8%), não havendo participantes com ensino fundamental. Entre os pais do grupo PCA, a maior frequência foi de ensino médio, com 24 (39,3%) participantes, seguido por ensino superior completo (17; 27,9%), ensino superior incompleto (16; 26,2%), pós-graduação (3; 4,9%) e ensino fundamental (1; 1,6%).

Em relação ao estado civil, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,166$). Em ambos, predominou a categoria casado(a), correspondendo a 55 (93,2%) no grupo típico e 49 (80,3%) no grupo atípico. A categoria solteiro(a) foi composta por 3 (5,1%) participantes do grupo típico e 10 (16,4%) do grupo atípico. Houve ainda um

participante divorciado em cada grupo (1,7% e 1,6%, respectivamente), enquanto apenas o grupo atípico apresentou um participante viúvo (1,6%).

Referente à ocupação, também não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,167$). A maioria dos participantes trabalhava fora de casa, representando 47 (79,7%) no grupo típico e 41 (67,2%) no grupo atípico. O trabalho realizado em casa foi referido por 12 (20,3%) participantes do grupo PCT e 18 (29,5%) do grupo PCA. Apenas o grupo PCA apresentou participantes desempregados, totalizando 2 (3,3%).

Na renda familiar, foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,002$), sendo que o grupo PCT apresentou renda maior. Entre os pais do grupo PCT, 1 (1,7%) participante possuía renda de até um salário-mínimo, 1 (1,7%) entre um e dois salários-mínimos, 17 (28,8%) entre dois e cinco salários-mínimos e 40 (67,8%) superior a cinco salários-mínimos. No grupo PCA, 2 (3,3%) participantes apresentaram renda de até um salário-mínimo, 7 (11,5%) entre um e dois salários-mínimos, 31 (50,8%) entre dois e cinco salários-mínimos e 21 (34,4%) superior a cinco salários-mínimos.

Quanto ao número de filhos, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,304$). No grupo típico, 46 (78,0%) participantes possuíam um filho e 13 (22,0%) possuíam dois filhos, não sendo observados participantes com três ou mais filhos. Já no grupo atípico, 41 (67,2%) possuíam um filho, 19 (31,1%) dois filhos e 1 (1,6%) três ou mais filhos.

A distribuição da idade das crianças diferiu entre os grupos ($p = 0,003$), sendo que PCT apresentou uma média menor de idade. No grupo PCT, 34 (57,6%) crianças tinham um ano de idade, 10 (16,9%) tinham dois anos e 15 (25,4%) tinham três anos. No grupo PCA, 18 (29,5%) crianças tinham um ano, 15 (24,6%) tinham dois anos e 28 (45,9%) tinham três anos.

Acerca do diagnóstico das crianças, o grupo PCT foi composto exclusivamente por crianças com desenvolvimento típico (59; 100,0%). No grupo PCA, observou-se predominância de crianças com transtorno do espectro autista (TEA), correspondendo a 51 (83,6%), seguido por atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, com 8 (13,1%), e paralisia cerebral, com 2 (3,3%).

Por fim, quanto ao principal cuidador da criança, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,171$). Em ambos, a mãe foi apontada como principal cuidadora, correspondendo a 39 (66,1%) participantes do grupo típico e 37 (60,7%) do grupo atípico. O pai foi referido como principal cuidador por 11 (18,6%) participantes do grupo típico e 8 (13,1%) do grupo atípico, enquanto o cuidado compartilhado entre ambos os pais foi

relatado por 7 (11,9%) e 15 (24,6%), respectivamente. Apenas o grupo PCT apresentou avós como principais cuidadores (2; 3,4%), ao passo que a categoria "outros" foi registrada somente no grupo atípico, com 1 (1,6%) participante.

4.2 QUESTIONARIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES

A análise da distribuição das pontuações no QEMM revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,022$) (Tabela 2). O grupo PCT ($n = 59$) apresentou uma média dos pontos significativamente superior (66,49) em comparação ao grupo PCA ($n = 61$), cuja média dos postos foi de 54,70, evidenciando um desempenho superior e maior consolidação de acertos no domínio de marcos motores por parte dos cuidadores de crianças com desenvolvimento típico.

Tabela 2- Comparação da pontuação do questionário estruturado sobre marcos motores entre os grupos

QEMM	PCT (N=59)	PCA (N=61)	p
Posto médio	66,49	54,70	0,022

PCT pais de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor típico; PCA pais de crianças atípicas; N número de participantes. Tabela elaborada pelo autor.

4.3 SUBESCALA DE PARENTALIDADE DA ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR (PAFAS).

A análise da PAFAS revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,021$). O grupo PCA apresentou uma média dos postos significativamente superior (67,46) em comparação ao grupo PCT (53,31), evidenciando que os cuidadores de crianças com desenvolvimento atípico reportam maiores desafios e variações na manutenção de práticas disciplinares consistentes frente às demandas comportamentais cotidianas (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação da pontuação da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Parentalidade.

PAFAS P	Categoria	PCT (N=59)	PCA (N=61)	p
Consistência parental	Posto médio	53,31	67,46	0,021
Práticas coercitivas	Posto médio	53,34	67,43	0,023
Encorajamento parental positivo	Posto médio	51,53	69,17	0,004
Relação pais e filho	Posto médio	64,38	56,75	0,210

PAFAS P Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar: Escore da subescala de Parentalidade; PCT pais de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor típico; PCA pais de crianças atípicas; N número de participantes. Tabela elaborada pelo autor.

A análise da subescala de práticas coercitivas indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos pesquisados ($p = 0,023$). O grupo PCA ($n = 61$) obteve uma média dos postos significativamente mais elevada (67,43) quando comparado ao grupo PCT ($n = 59$), que registrou uma média dos postos de 53,34, indicando uma maior ocorrência ou percepção de estratégias disciplinares de caráter coercitivo no cotidiano dos cuidadores do grupo PCA.

No domínio do encorajamento parental positivo, o teste identificou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,004$). O grupo PCA ($n = 61$) apresentou uma média dos postos significativamente superior (69,17) à observada no grupo PCT ($n = 59$), que registrou uma média dos postos de 51,53, indicando que os cuidadores do grupo PCA reportam escores mais elevados nessa dimensão de comportamento parental, evidenciando o menor uso de encorajamentos positivos.

Na subescala de relação pais-filho, a análise não revelou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,210$). O grupo PCA ($n = 61$) obteve uma média dos postos de 56,75, enquanto o grupo PCT ($n = 59$) apresentou uma média dos postos de 64,38, indicando equivalência estatística na percepção dessa qualidade relacional entre as duas amostras investigadas.

4.4 SUBESCALA DE AJUSTAMENTO FAMILIAR DA ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR (PAFAS)

A análise da PAFAS, na subescala de ajustamento parental, revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$) (Tabela 4). O grupo PCA ($n = 61$) obteve uma média dos postos expressivamente superior (72,35) em comparação ao grupo PCT ($n = 59$), que registrou uma média dos postos de 48,25, indicando que os cuidadores do grupo PCA reportam níveis substancialmente maiores de estresse emocional e dificuldades no ajustamento parental.

Tabela 4- Comparação da pontuação da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS): Escore da subescala de Ajustamento parental

PAFAS P	Categoria	PCT (N=59)	PCA (N=61)	p
Ajustamento parental	Posto médio	48,25	72,35	<0,001
Relacionamentos familiares	Posto médio	54,81	66,01	0,057
Trabalho Em equipe parental	Posto médio	57,73	63,18	0,317

PCT pais de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor típico; PCA pais de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor atípico; N número de participantes. Tabela elaborada pelo autor.

Na subescala de relacionamentos familiares, a análise não identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos investigados ($p = 0,057$). O grupo PCA ($n = 61$) obteve uma média dos postos de 66,01, enquanto o grupo PCT ($n = 59$) registrou uma média dos postos de 54,81, demonstrando que a percepção sobre a qualidade das relações e interações no ambiente familiar se manteve estatisticamente equivalente entre ambas as amostras.

Por fim, a subescala de trabalho em equipe parental não revelou diferença estatisticamente significativa entre as amostras ($p = 0,317$). O grupo PCA ($n = 61$) apresentou uma média dos postos de 63,18, valor estatisticamente equivalente ao registrado pelo grupo PCT ($n = 59$), que obteve uma média dos postos de 57,73, sugerindo que a percepção de suporte mútuo e alinhamento na coparentalidade é similar entre os grupos de cuidadores.

4.5 CORRELAÇÕES ENTRE O QUESTIONARIO ESTRUTURADO SOBRE MARCOS MOTORES E OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A análise de correlação de Spearman entre os escores do QEMM e as características sociodemográficas dos participantes ($n = 120$) é apresentada no Figura 4. Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e a pontuação no questionário ($r = 0,049$; $p = 0,597$). Por outro lado, identificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de filhos e a pontuação obtida ($r = -0,226$; $p = 0,013$). Sendo assim, quanto maior o número de filhos, menor foi a pontuação obtida. Além disso, foram observadas correlações positivas estatisticamente significativas entre a pontuação no questionário e a escolaridade ($r = 0,229$; $p = 0,012$), bem como entre a pontuação e a renda familiar mensal ($r = 0,189$; $p = 0,039$). Sugerindo que quanto maior o número de acertos no QEMM maior a escolaridade e a renda familiar mensal.

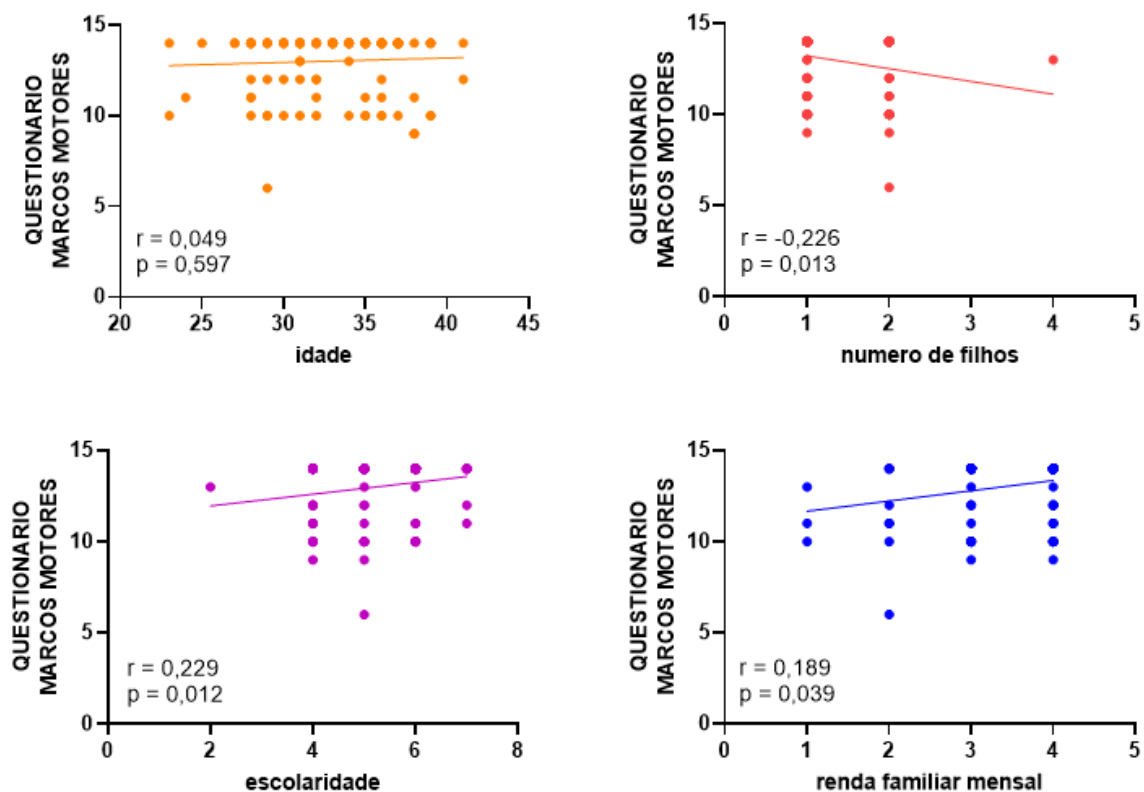


Figura 4: Correlações entre os escores do Questionário estruturado sobre marcos motores e os dados sociodemográficos. Teste de correlação de Spearman ($n = 120$).

4.6 CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DAS DIMENSÕES DA SUBESCALA DE PARENTALIDADE DA PAFAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A análise de correlação de Spearman entre os escores das dimensões da subescala de parentalidade da PAFAS e as características sociodemográficas dos participantes é apresentada na Figura 5. Quanto à idade dos participantes, não foi observada correlação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões avaliadas: consistência parental ($r = -0,140$; $p = 0,127$), práticas coercitivas ($r = -0,072$; $p = 0,435$), encorajamento parental positivo ($r = 0,037$; $p = 0,692$) e relação pai-filho ($r = 0,031$; $p = 0,738$).

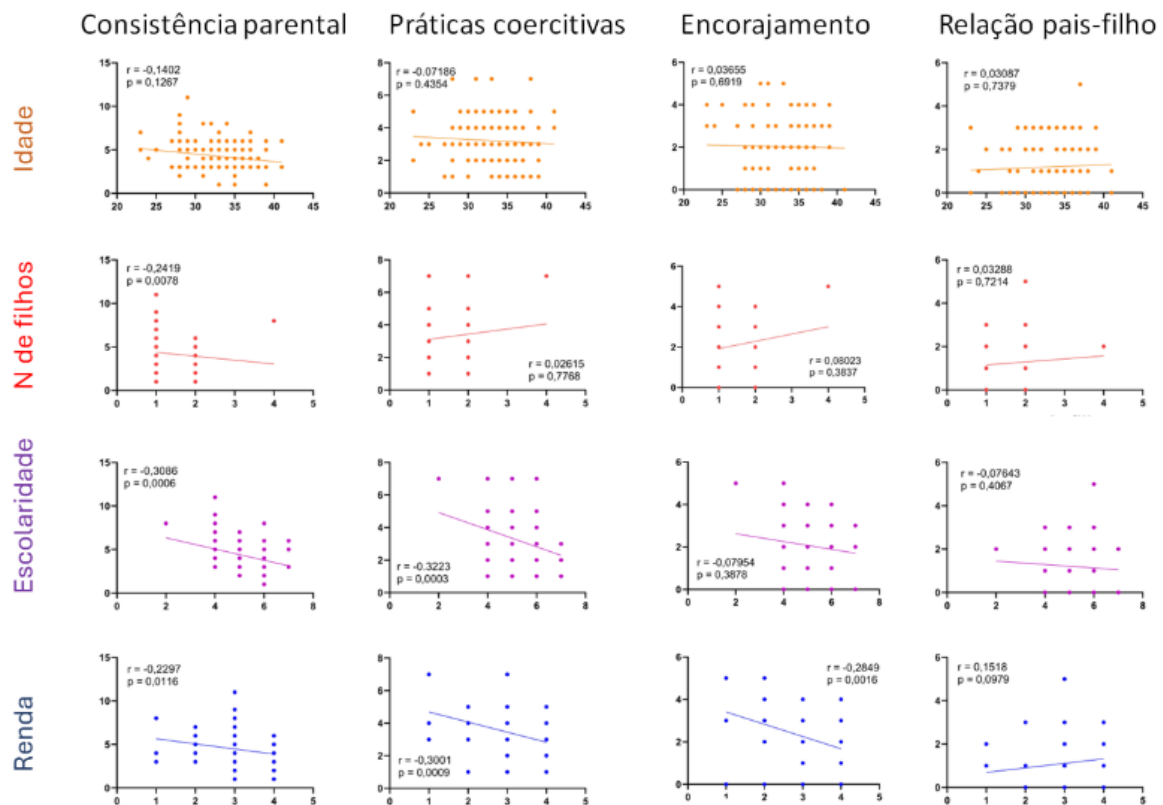


Figura 5. Correlações entre o escore da subescala de Parentalidade da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS) e os dados sociodemográficos. N número; Teste de correlação de Spearman ($n = 120$).

Em relação ao número de filhos, identificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão de consistência parental ($r = -0,242$, $p = 0,0078$), indicando que quanto maior o número de filhos, menor tende a ser o escore na subescala de consistência parental. Este resultado sugere que quanto maior o número de filhos, mais consistente tende a

ser o comportamento dos pais no cotidiano. Não foram observadas correlações significativas entre o número de filhos e as práticas coercitivas ($r = 0,026$; $p = 0,777$), o encorajamento parental positivo ($r = 0,080$; $p = 0,384$) ou a relação pai-filho ($r = 0,033$; $p = 0,721$).

Com relação à escolaridade, observaram-se correlações negativas estatisticamente significativas com a consistência parental ($r = -0,309$; $p < 0,001$) e com as práticas coercitivas ($r = -0,322$; $p < 0,001$), demonstrando que níveis mais elevados de escolaridade associam-se a menores pontuações nessas duas dimensões. Indicando que cuidadores com maior nível de escolaridade apresentam menor inconsistência nas práticas disciplinares e menor recurso a estratégias coercitivas no cotidiano. A escolaridade não apresentou correlação estatisticamente significativa com o encorajamento parental positivo ($r = -0,080$; $p = 0,388$) nem com a relação pai-filho ($r = -0,076$; $p = 0,407$).

Por fim, no que tange à renda familiar mensal, identificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com a consistência parental ($r = -0,230$; $p = 0,012$), com as práticas coercitivas ($r = -0,300$; $p < 0,001$) e com o encorajamento parental positivo ($r = -0,285$; $p = 0,002$). Indicando que quanto maior a renda familiar mensal, menores são os escores de inconsistência parental e de práticas coercitivas, bem como menor é a dificuldade no encorajamento parental positivo, o que evidencia que famílias com maior suporte financeiro tendem a adotar práticas disciplinares mais consistentes, menos punitivas e com maior reforço positivo no desenvolvimento da criança. Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre a renda familiar mensal e a dimensão de relação pai-filho ($r = 0,152$; $p = 0,098$).

4.7 CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DAS DIMENSÕES DA SUBESCALA DE AJUSTAMENTO FAMILIAR DA PAFAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A análise de correlação de Spearman entre os escores das dimensões da subescala de ajustamento familiar da PAFAS e as características sociodemográficas dos participantes (n = 120) é apresentada na Figura 6.

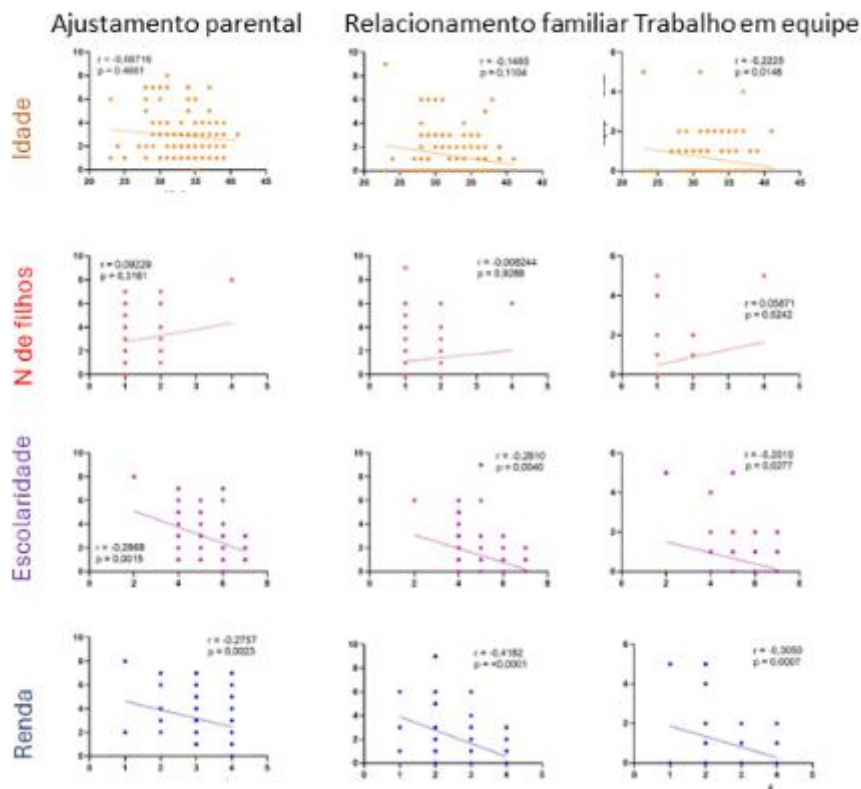


Figura 6. Correlações entre o escore da subescala de Ajustamento familiar da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS) e os dados sociodemográficos. Teste de correlação de Spearman (n = 120).

Em relação à idade dos participantes, observou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão de trabalho em equipe parental ($r = -0,223$; $p = 0,015$), indicando que idades mais avançadas se associam a maior trabalho em equipe parental. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões de ajustamento parental ($r = -0,067$; $p = 0,466$) ou relacionamentos familiares ($r = -0,147$; $p = 0,110$).

Quanto ao número de filhos, não foi identificada correlação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões avaliadas: ajustamento parental ($r = 0,092$; $p = 0,316$), relacionamentos familiares ($r = -0,008$; $p = 0,929$) e trabalho em equipe parental ($r = 0,059$; $p = 0,524$).

Com relação à escolaridade, foram observadas correlações negativas estatisticamente significativas com todas as dimensões da subescala: ajustamento parental ($r = -0,286$; $p = 0,0015$), relacionamentos familiares ($r = -0,261$; $p = 0,0040$) e trabalho em equipe parental ($r = -0,201$; $p = 0,0277$). Esses achados demonstram que níveis mais elevados de escolaridade associam-se a menores pontuações no ajustamento parental, nos relacionamentos familiares e no trabalho em equipe parental. Sugerindo que cuidadores com maior nível de escolaridade apresentam menor estresse pessoal, maior estabilidade nas relações familiares e maior cooperação no trabalho em equipe parental.

Por fim, no que se refere à renda familiar mensal, também foram identificadas correlações negativas estatisticamente significativas com todas as dimensões avaliadas: ajustamento parental ($r = -0,276$; $p = 0,002$), relacionamentos familiares ($r = -0,418$; $p < 0,001$) e trabalho em equipe parental ($r = -0,305$; $p < 0,001$). Observa-se que aumentos na renda familiar mensal se associam a menores pontuações no ajustamento parental, nos relacionamentos familiares e no trabalho em equipe parental. Sugerindo que famílias com maiores rendas apresentam melhor ajustamento emocional dos cuidadores, maior harmonia nos relacionamentos familiares e melhor alinhamento na coparentalidade.

5. DISCUSSÃO

Ao contrastar PCT e PCA, os resultados indicam que a atipicidade gera repercussões significativas no ajustamento emocional dos cuidadores, no conhecimento do desenvolvimento infantil e no repertório de práticas disciplinares, em um contexto também marcado por desvantagens socioeconômicas de renda e escolaridade. Especificamente, o grupo PCA apresentou maior estresse pessoal, menor consolidação no conhecimento de marcos motores e maior variabilidade disciplinar, pois, embora recorram mais a estratégias coercitivas, também utilizam em maior proporção o encorajamento positivo. Contudo, os pilares afetivos e colaborativos da família demonstraram resiliência, mantendo-se equivalentes entre ambos os grupos nos domínios de trabalho em equipe parental, relacionamentos familiares e qualidade da relação entre pais e filhos.

A variabilidade disciplinar identificada no grupo de PCA, alternando entre o uso de estratégias coercitivas e o encorajamento positivo, reflete os desafios cotidianos de manejo comportamental enfrentados por pais de crianças no espectro do autismo. Investigações sobre programas de intervenção mediada pelos pais apontam que a oscilação nas práticas parentais costuma emergir da busca por respostas imediatas a comportamentos atípicos complexos (Kuhn et al., 2025). Contudo, a presença simultânea de encorajamento positivo demonstra o potencial de engajamento dessas famílias, evidenciando que, quando capacitados por meio do treinamento focado na parentalidade, os cuidadores reorganizam seu repertório disciplinar de forma mais consistente (Frost e Ingersoll., 2025).

O perfil sociodemográfico da amostra do presente estudo indicou que as 120 famílias participantes apresentaram um nível socioeconômico com média de renda familiar observada de 3,39 salários-mínimos. Na análise por grupos, a maior parte concentrou-se na faixa de mais de 5 salários-mínimos no grupo de pais de crianças típicas (PCT: 67,8%) e entre 2 e 5 salários-mínimos no grupo de pais de crianças atípicas (PCA: 50,8%). Esses achados mostram-se ligeiramente superiores aos dados gerais do Censo Demográfico de 2022 para o município de Criciúma. De acordo com o IBGE, o salário médio mensal dos trabalhadores formais no município em 2022 foi de 2,6 salários-mínimos, valor abaixo da média de 3,39 salários-mínimos observada na amostra geral deste estudo.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador sintético elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com o objetivo de avaliar

o nível de desenvolvimento humano de uma população. O índice é composto por três dimensões fundamentais: saúde, medida pela expectativa de vida ao nascer; educação, avaliada pelos anos médios e esperados de escolaridade; e renda, representada pela renda nacional bruta per capita ajustada ao poder de compra. Os valores do IDH variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento humano (PNUD, 2023).

Segundo a síntese dos indicadores sociais do IBGE, publicada em 2025, em 2021 o estado de Santa Catarina apresentava um IDH de 0,792, ocupando a terceira posição entre os estados brasileiros, atrás apenas do Distrito Federal e de São Paulo. O índice de Gini também contribui para a compreensão do contexto socioeconômico da amostra. O Coeficiente de Gini (G) é uma medida estatística amplamente utilizada para indicar o grau de concentração de renda em uma determinada região. Trata-se de um dos principais indicadores de desigualdade na distribuição de rendimentos, frequentemente empregado para orientar políticas públicas. Seus valores variam de 0 a 1, sendo 0 a igualdade perfeita e 1 a desigualdade máxima.

De acordo com os dados do IBGE de 2024, obtidos por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, o índice de Gini de Santa Catarina é 0,430, o melhor do país, sugerindo uma distribuição de renda relativamente equilibrada em comparação aos demais estados brasileiros. Este contexto socioeconômico reflete um cenário específico que pode não representar a realidade de cuidadores inseridos em outros cenários socioeconômicos.

Como exemplo destas diferenças, em diversas regiões do Brasil, ainda se enfrentam problemas básicos de acesso à saúde, como a distância geográfica entre gestantes e unidades de atendimento (Pinho Neto et al., 2024). Além disso, dificuldades na rede psicossocial impactam os aspectos psicológicos de mães atípicas, cujas necessidades são frequentemente invisibilizadas e negligenciadas em meio aos cuidados dedicados aos filhos (Souza et al., 2025).

Essas disparidades socioeconômicas desempenham um papel crucial na dinâmica familiar. De fato, as análises correlacionais do presente estudo revelaram que a renda familiar mensal correlacionou-se significativamente a menores índices de dificuldades avaliadas pelo PAFAS, destacando-se a redução de conflitos nos relacionamentos familiares ($r = -0,418$, $p < 0,001$), menor uso de práticas coercitivas ($r = -0,300$, $p = 0,0009$), menores problemas no trabalho em equipe parental ($r = -0,305$, $p = 0,0007$), menor dificuldade no encorajamento positivo ($r = -0,285$, $p = 0,0016$), menor estresse no ajustamento parental ($r = -0,276$, $p = 0,0023$) e menor inconsistência parental ($r = -0,230$, $p = 0,0116$). Tais resultados corroboram

meta-análises recentes que confirmam que a classe social é um preditor robusto da qualidade das práticas parentais (Ayoub *et al.*, 2025).

A renda familiar afeta o desenvolvimento infantil e a parentalidade de forma direta e indireta. Por um lado, famílias em contextos de maior vulnerabilidade social e menor renda estão significativamente mais expostas a eventos de vida estressantes (Lessa *et al.*, 2025). Esse acúmulo de estressores diários e financeiros pode prejudicar a saúde mental materna, reduzindo a capacidade da mãe de responder às necessidades do filho com afeto e atenção (Dal'Ava Dos Santos *et al.*, 2025). Por outro lado, a condição social molda o acesso a recursos educativos e de lazer, influenciando o foco, a memória e o rendimento escolar das crianças (Waters *et al.*, 2025). No presente estudo, essa relação é reforçada pela correlação positiva entre a renda familiar mensal e o melhor desempenho no questionário de marcos motores ($r = 0,189$, $p = 0,0392$), indicando que maiores recursos financeiros podem facilitar o acesso a estímulos e cuidados essenciais ao desenvolvimento infantil. Contudo, essa relação não é uma regra absoluta; práticas de pais que conversam, brincam e estimulam a autonomia conseguem proteger o desenvolvimento infantil, funcionando como um escudo mesmo diante das restrições orçamentárias dessa faixa de renda (Alper *et al.*, 2025).

No cenário do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o impacto da vulnerabilidade financeira estende-se para além dos estímulos diários, condicionando a própria intensidade do suporte terapêutico recebido. Estudos de análise interseccional revelam que crianças autistas oriundas de famílias de menor renda e em situação de pobreza recebem uma média significativamente menor de horas semanais de intervenção precoce em comparação àquelas de níveis socioeconômicos mais altos, demonstrando que a limitação orçamentária atua como uma barreira estrutural para a equidade do tratamento (Portillo *et al.*, 2024). Essa influência da renda manifesta-se desde as fases mais precoces do neurodesenvolvimento em bebês com sinais de autismo. A literatura indica que o nível socioeconômico da família e a cobertura do plano de saúde determinam a agilidade com que lactentes que apresentam atipicidades motoras ou sociais iniciais conseguem encaminhamento para programas preventivos, reforçando que o suporte financeiro familiar viabiliza um ambiente mais responsivo e com maior acesso a cuidados especializados (Chericoni *et al.*, 2026).

A média de idade dos participantes foi de aproximadamente 33 anos em ambos os grupos (PCT = 33,10; PCA = 33,05), assemelhando-se à mediana da idade da população geral do município de Criciúma, que foi de 35 anos. Embora a faixa etária seja homogênea, a análise

correlacional indicou que a idade avançada do cuidador está associada a menores dificuldades especificamente no trabalho em equipe parental ($r = -0,223$; $p = 0,015$). As demais dimensões do PAFAS e o questionário de marcos motores não apresentaram correlação significativa com a idade ($p > 0,05$). Esse achado específico sugere que a maturidade e a experiência de vida podem atuar de forma positiva na regulação emocional e no manejo compartilhado da rotina familiar, promovendo ambientes domésticos mais estáveis.

Em relação à distribuição por sexo, destaca-se que a amostra foi composta majoritariamente por mulheres (98,3% do total da amostra), evidenciando a predominância feminina na participação em pesquisas relacionadas ao cuidado e ao desenvolvimento infantil. Embora o Censo de Criciúma aponte que a população local é majoritariamente feminina (109.952 mulheres de um total de 214.493 habitantes), a quase totalidade de respondentes mulheres neste estudo reforça que o viés de gênero no preenchimento de pesquisas de parentalidade supera a mera distribuição demográfica local. Outros estudos também demonstram essa maciça participação feminina, como o de Awad et al. (2025), no qual, dos 619 pais participantes, 514 eram mulheres.

Além disso, a presente pesquisa demonstrou que a mãe continua sendo apontada como a principal cuidadora em ambos os grupos, correspondendo a 66,1% no grupo PCT e 60,7% no grupo PCA. Esses dados vão ao encontro de outras pesquisas que mostram o papel de destaque da mãe no cuidado dos filhos (Ferronato; Graciosa; Manoel, 2024). Diante dessa centralização do cuidado, a sobrecarga gerada pelo tamanho da família torna-se um fator relevante; no presente estudo, o maior número de filhos correlacionou-se negativamente ao desempenho no QEMM ($r = -0,226$, $p = 0,0131$) e à consistência parental ($r = -0,242$, $p = 0,0078$). Esse resultado sinaliza potenciais desafios decorrentes da fragmentação da atenção materna e da sobrecarga física e de tempo em núcleos familiares maiores, mas que também sugere que a rotina com múltiplos filhos exige dos cuidadores o estabelecimento de limites mais claros e rotinas mais estruturadas, resultando em maior consistência na manutenção das regras disciplinares da casa.

Também merece destaque o fato de que o compartilhamento do cuidado (representado como a opção "Ambos" no questionário sociodemográfico) foi reportado por 24,6% dos participantes do grupo PCA, indicando uma possível rede de apoio conjugal mais expressiva frente às demandas do neurodesenvolvimento. Em relação à ocupação laboral, observa-se que 20,3% das mães/pais do grupo PCT e 29,5% do grupo PCA desempenham suas

atividades profissionais trabalhando em casa, realidade também discutida na literatura sobre dinâmicas de famílias com crianças pequenas (Thyen; Kuhlthau; Perrin, 1999).

No que diz respeito ao nível de instrução, os dados do Censo de Criciúma indicam que 15,64% da população possui ensino fundamental completo/médio incompleto, 35,51% apresentam ensino médio completo/superior incompleto, e 22,72% possuem ensino superior completo. Ao analisarmos a amostra deste estudo, identificou-se uma diferença estatisticamente significativa no nível de escolaridade entre os grupos ($p = 0,003$). No grupo PCT, observa-se um perfil altamente instruído, onde 59,3% dos participantes possuem ensino superior completo e 6,8% pós-graduação. Já no grupo PCA, o perfil mostrou-se mais distribuído, com destaque para 39,3% com ensino médio completo e 27,9% com ensino superior completo. Apesar dessa diferença interna, ambos os grupos superam os percentuais de alta escolaridade da população geral do município, o que configura uma amostra com elevado acesso à instrução formal.

Essa elevada escolaridade atua de forma decisiva na dinâmica de cuidado. A análise de correlação demonstrou que maiores níveis de instrução do cuidador associam-se a melhores pontuações no QEMM ($r = 0,229$, $p = 0,012$) e a uma expressiva redução de dificuldades no PAFAS, incluindo menor uso de práticas coercitivas ($r = -0,322$, $p = 0,0003$), menor inconsistência parental ($r = -0,309$, $p = 0,0006$), menor estresse no ajustamento parental ($r = -0,286$, $p = 0,0015$), menor incidência de conflitos familiares ($r = -0,261$, $p = 0,0040$) e menores problemas no trabalho em equipe parental ($r = -0,201$, $p = 0,0277$).

Esses achados alinham-se à literatura sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), a qual aponta que a escolaridade e o nível socioeconômico dos cuidadores são determinantes centrais para o seu grau de conhecimento sobre os sinais precoces do autismo. Maior instrução formal reflete-se em um elevado letramento em saúde, capacitando os pais a compreenderem o comportamento atípico da criança autista com menor sobrecarga emocional, o que justifica a menor dependência de práticas disciplinares coercitivas ou inconsistentes no ambiente familiar (Kumari *et al.*, 2026). Além disso, cuidadores mais instruídos tendem a identificar mais cedo as atipicidades motoras e sociais do TEA, enriquecendo o ambiente domiciliar com estímulos direcionados e garantindo a entrada da criança em terapias preventivas dentro da janela de maior neuroplasticidade (Chericoni *et al.*, 2026).

Quanto à participação no mercado de trabalho, embora a maioria dos participantes trabalhe fora (PCT: 79,7%; PCA: 67,2%), uma parcela relevante do grupo PCA trabalha em casa (29,5%) ou encontra-se desempregada (3,3%). Cuidadores que desempenham suas funções

laborais em casa ou que abdicam do mercado de trabalho para se dedicar integralmente aos cuidados de filhos com demandas específicas de saúde, englobando atividades básicas como alimentação, vestuário e higiene, frequentemente enfrentam uma sobrecarga severa. Esse cenário pode impossibilitar a inserção em atividades remuneradas externas, gerando invisibilização, sentimento de impotência e prejuízos à saúde física e psicológica do cuidador (Ranehov; Håkansson, 2019). Os achados da literatura corroboram essa disparidade de gênero, apontando que as mães renunciam com maior frequência a oportunidades de emprego fora do lar em comparação aos pais para gerenciar a rotina de cuidados de filhos com diagnósticos, como o de TEA (Zhao *et al.*, 2024).

A quase exclusividade de mães na amostra avaliada (98,3%) reflete um viés amplamente consolidado na literatura científica, em que a investigação da parentalidade apoia-se predominantemente no relato materno. Phares e Compas (1992), ressaltam que a exclusão dos pais das pesquisas de desenvolvimento infantil limita a compreensão sistêmica da dinâmica familiar. Da mesma forma, Phares *et al.* (2005) apontam que os pais permanecem sub-representados em pesquisas e intervenções de psicologia pediátrica não por falta de interesse pessoal, mas devido a barreiras culturais, metodológicas e institucionais históricas que delegam o cuidado primário quase que exclusivamente à figura materna.

Ao comparar o desempenho entre os grupos de participantes no questionário de marcos motores, o Teste U de Mann-Whitney revelou uma diferença estatisticamente significativa na distribuição das pontuações do QEMM entre o grupo PCT (N = 59, classificação média de posto = 66,49) e o grupo PCA (N = 61, classificação média de posto = 54,70; $p = 0,022$). Esses achados indicam que o grupo PCT demonstrou um nível significativamente superior de acertos sobre os marcos motores do desenvolvimento em comparação ao grupo PCA.

Essa disparidade pode ser compreendida, em primeiro lugar, pela diferença no nível de escolaridade formal entre os dois grupos ($p = 0,003$), uma vez que o grupo de pais de crianças típicas apresentou maior proporção de nível superior completo e pós-graduação. A literatura aponta que uma maior escolaridade parental está diretamente associada à facilidade de acesso, busca e processamento de informações científicas sobre o desenvolvimento infantil (Rezaeizadeh *et al.*, 2024; Steiner *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2011).

Em segundo lugar, a rotina de cuidadores de crianças atípicas é atravessada por demandas complexas de estimulação, intervenções terapêuticas e manejo comportamental

(Zhao *et al.*, 2024). Em contextos de desenvolvimento atípico, as preocupações imediatas dos pais tendem a se concentrar em aspectos subjetivos, comportamentais e socioemocionais (Guzman *et al.*, 2018). Como as trajetórias de crianças atípicas frequentemente fogem do padrão de desenvolvimento motor linear esperado para a idade, os cuidadores podem ter menor familiaridade com as tabelas de marcos padronizados para a população geral, uma vez que suas dinâmicas familiares exigem uma adaptação contínua e individualizada das expectativas em relação ao filho (Frosch, Schoppe-Sullivan e O'Banion, 2019).

Destaca-se um contraste expressivo entre o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e a dinâmica familiar de ambos os grupos. Por um lado, o QEMM evidenciou um desempenho significativamente superior e maior consolidação de acertos no grupo PCT ($p = 0,022$). Por outro lado, a PAFAS revelou que, embora haja equivalência nas relações e na coparentalidade, os pais do grupo PCA enfrentam disparidades estatisticamente significativas e desafiadoras, caracterizadas por maior instabilidade na consistência parental ($p = 0,021$), uso mais frequente de práticas coercitivas ($p = 0,023$) e, de maneira mais acentuada, um nível substancialmente maior de estresse emocional e dificuldades no ajustamento parental ($p < 0,001$).

Os achados deste estudo sugerem que cuidadores de crianças neuroatípicas apresentam um nível substancialmente maior de estresse emocional e dificuldades no ajustamento pessoal ($p < 0,001$). Na literatura, o comprometimento do ajustamento emocional dos pais tem sido diretamente associado ao aumento de práticas parentais negativas e à dificuldade na manutenção de rotinas consistentes. De acordo com LaMonica *et al.* (2025), o adequado ajustamento emocional e o bem-estar psicológico dos cuidadores funcionam como preditores cruciais para o uso de práticas parentais positivas, como afeto, atenção e encorajamento, enquanto o esgotamento e o estresse dificultam essa capacidade regulatória.

Quando o estresse parental atinge níveis limiares, a literatura aponta para um efeito cascata na dinâmica familiar. Zhang *et al.* (2025) demonstram que o esgotamento parental prediz de forma significativamente negativa a qualidade da relação pais-filhos, atuando frequentemente por meio do aumento de práticas educativas severas ou coercitivas. Esse mecanismo ajuda a explicar por que os cuidadores do grupo PCA deste estudo, sob severo desgaste de ajustamento, reportaram maior uso de estratégias coercitivas ($p = 0,023$) e maior variabilidade na consistência de suas práticas disciplinares ($p = 0,021$) frente às demandas diárias.

A literatura reforça que a sobrecarga vivenciada por pais de crianças com diagnósticos como o TEA e o TDAH é fortemente influenciada pela intensidade das dificuldades comportamentais e emocionais da criança. Pardo-Salamanca *et al.* (2025) apontam que as características clínicas do comportamento infantil estão diretamente associadas a níveis elevados de estresse parental, mesmo quando outras variáveis demográficas são controladas. Em consonância, Egea-Zerolo *et al.* (2026) evidenciam que a presença de problemas comportamentais em crianças com distúrbios de desenvolvimento gera um impacto severo no cotidiano, resultando em tamanhos de efeito de moderados a grandes no estresse dos cuidadores.

Essa dinâmica estabelece uma relação bidirecional de vulnerabilidade: de um lado, as barreiras de regulação e comportamento da criança atípica elevam o estresse dos pais; de outro, o estresse dos cuidadores retroalimenta as dificuldades do filho. Aral, Gerdan e Gürlük (2025) demonstraram que o estresse parental elevado pode exacerbar a irritabilidade de crianças com TDAH, agindo por meio da evitação experiencial dos pais e da deterioração da relação parental. Ademais, Ma, Tellegen e Sanders (2026) corroboram que pais com pior ajustamento emocional individual tendem a adotar perfis parentais desengajados ou desregulados, o que impacta negativamente o ajustamento socioemocional e a conduta da própria criança.

Embora os desafios disciplinares e de ajustamento parental sejam evidentes no grupo PCA, as subescalas do PAFAS voltadas à relação pais-filho ($p = 0,210$) e ao trabalho em equipe parental ($p = 0,317$) mantiveram equivalência estatística entre os grupos. Isso sugere que, apesar da sobrecarga, os cuidadores de crianças neuroatípicas buscam ativamente preservar a qualidade do vínculo e a coparentalidade. Trew (2025) aponta que, mesmo diante de comportamentos desafiadores e estresse severo, as famílias frequentemente desenvolvem soluções proativas, estabelecimento de limites e rotinas para manter a coesão familiar e mitigar os impactos da rotina atípica. A manutenção da equivalência na qualidade da relação pais-filho entre os grupos reforça a premissa central das intervenções precoces mediadas pelos pais. Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados evidenciam que o engajamento direto dos cuidadores como agentes de estimulação não apenas favorece o desenvolvimento da criança no espectro, mas também fortalece a sensibilidade e a reciprocidade parental, consolidando o vínculo afetivo como um fator de proteção primário (Conti *et al.*, 2026)

No entanto, para que essa resiliência seja sustentada, o suporte formal e informal é indispensável. Pesquisas qualitativas indicam que o isolamento, os custos elevados, as

alterações drásticas na carreira e a falta de serviços coordenados reduzem significativamente a qualidade de vida dessas famílias (Tsagkli *et al.*, 2026; Veseli *et al.*, 2025). Conforme demonstrado por Dijkstra-de Neijs *et al.* (2024), o estresse crônico de pais de crianças pequenas com autismo afeta negativamente múltiplos domínios do bem-estar social e emocional, reforçando que o suporte às famílias deve ir além das intervenções focadas exclusivamente na criança.

Para mitigar esses impactos, intervenções multidisciplinares e programas de empoderamento parental que integrem treinamento de habilidades e suporte psicossocial têm se mostrado altamente eficazes para aumentar a autoeficácia dos pais, reduzir o estresse e promover práticas de cuidado responsivas (Büyük e Özmen, 2025; Li *et al.*, 2025). Assim, os dados deste estudo reforçam que políticas públicas e programas de intervenção clínica devem priorizar a saúde mental e o ajustamento dos cuidadores como um pilar essencial para o pleno desenvolvimento infantil.

Além disso, A intervenção precoce no autismo aproveita o pico da neuroplasticidade nos primeiros anos de vida para promover ganhos significativos no desenvolvimento social, cognitivo e de linguagem. Com este objetivo, a identificação ágil dos primeiros sinais viabiliza um diagnóstico precoce que direciona o suporte adequado ainda no início do neurodesenvolvimento. Essa agilidade diagnóstica permite desenhar planos de cuidado precisos, reduzindo o tempo de espera e maximizando as janelas de oportunidade terapêutica antes que os prejuízos se consolidem. Quando aliada à capacitação familiar, as estratégias terapêuticas se integram à rotina diária, reduzindo barreiras no cuidado e fortalecendo a motivação dos cuidadores. Essa combinação de diagnóstico ágil, estímulo intensivo e engajamento parental transforma o ambiente doméstico, assegurando melhores prognósticos e a sustentabilidade das conquistas ao longo do tempo (Frost e Ingersoll, 2026; Conti *et al.*, 2026; Kuhn *et al.*, 2025; Tokish *et al.*, 2026).

Apesar dos achados expressivos, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra investigada é predominantemente caracterizada por famílias de elevada renda e instrução formal, o que limita a generalização dos dados para contextos socioeconômicos de maior vulnerabilidade social e econômica. Em segundo lugar, a utilização exclusiva de questionários de autorrelato parental introduz a possibilidade de viés de recordação e de desejabilidade social nas respostas, ressaltando a relevância do uso futuro de ferramentas objetivas e tecnológicas de

mensuração do desenvolvimento. Outro fator de atenção é o potencial viés de gênero, uma vez que a amostra foi composta em sua maioria por mulheres. Adicionalmente, ressalta-se a ausência de controle sobre variáveis clínicas fundamentais da população com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), tais como o nível de suporte exigido pela criança e o uso de medicação contínua, fatores que sabidamente modulam os níveis de estresse parental e o perfil comportamental infantil. Por fim, o delineamento transversal da pesquisa impede o estabelecimento de relações de causalidade direta ao longo do tempo.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu alcançar o objetivo de contrastar a dinâmica familiar e o ajustamento de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico. Os achados revelam diferenças marcantes entre os grupos: embora os pilares afetivos e o trabalho em equipe parental tenham demonstrado notável resiliência ao manterem-se equivalentes, a atipicidade impõe desafios severos aos cuidadores. O grupo de pais de crianças atípicas apresentou níveis significativamente mais elevados de estresse emocional, maior inconsistência disciplinar, maior recurso a estratégias coercitivas e um menor domínio sobre os marcos motores infantis.

Nesse cenário, as análises de correlação evidenciaram que variáveis socioeconômicas e demográficas atuam como preditoras cruciais da dinâmica parental. Maiores níveis de renda, de escolaridade e a maturidade dos cuidadores correlacionaram-se de forma consistente com a redução de conflitos, menores índices de estresse e o uso de práticas educativas mais positivas.

Diante disso, conclui-se que os resultados refletem demandas políticas e sociais. Constata-se que intervenções clínicas, políticas públicas de saúde mental e redes de apoio devem expandir o foco para além da criança, priorizando também a família no cuidado. Por fim, os achados também sugerem que investigações futuras ampliem o escopo para contextos de maior vulnerabilidade e incluam ativamente as figuras paternas na literatura de parentalidade.

REFERÊNCIAS

- ALPER, Rebecca M. et al. Beyond socioeconomic status: A strengths-focused structural equation modeling study of collaboration-focused parenting beliefs, interaction quality, and language outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, v. 68, n. 8, p. 4031–4048, 2025.
- ARAL, Armagan; GERDAN, Gizem; GÜRLÜK, Yılmaz Orhun. Parental stress and child irritability in ADHD: A two-wave longitudinal serial mediation model via experiential avoidance and negative parent-child relationship. *Journal of Attention Disorders*, v. 30, n. 3, p. 342–353, 2026.
- AYOUB, Mona; BACHIR, Maya. A meta-analysis of the relations between socioeconomic status and parenting practices. *Psychological Reports*, v. 128, n. 6, p. 332941231214215, 2023.
- BALASUNDARAM, Palanikumar; AVULAKUNTA, Sreekanth. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- BELCHER, Harolyn M. E.; WATKINS, Katara; JOHNSON, Elizabeth; IALONGO, Nicholas. Early Head Start: factors associated with caregiver knowledge of child development, parenting behavior, and parenting stress. *NHSA Dialog*, v. 10, n. 1, p. 6–19, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/15240750701301639>.
- BELLIZZI, Saverio; NAPODANO, Catello M. P.; MURGIA, Paola. Family-centered care for newborns: a global perspective and review. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 70, n. 5, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmae026>.
- BERNABE-ZÚÑIGA, J. E.; RODRIGUEZ-LUCENILLA, M. I.; ALIAS-CASTILLO, A. J.; RUEDA-RUZAFÁ, L.; ROMÁN, P.; SÁNCHEZ-JOYA, M. del M. Early interventions with parental participation and their implications on the neurodevelopment of premature children: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02528-1>.
- BLACK, Maureen M.; WALKER, Sue P.; FERNALD, Lia C. H.; ANDERSEN, Christopher T.; DIGIROLAMO, Ann M.; LU, Chunling; McCOY, Dana C.; FINK, Günther; SHAWAR, Yusra R.; SHIFFMAN, Jeremy; DeVERCELLI, Amanda E.; WODON, Quentin T.; VARGAS-BARÓN, Emily; GRANTHAM-McGREGOR, Sally. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, v. 389, n. 10064, p. 77–90, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, v. 22, n. 6, p. 723–742, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>.
- CONTI, E. et al. Parent-mediated early intervention in infants and toddlers at elevated likelihood for autism: a systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, v. 17, n. 1676968, p. 1676968, 2026.

CHERICONI, Natasha et al. Clinical and sociodemographic characteristics associated with access to early intervention programs for infants with prodromes of autism. *Journal of Clinical Medicine*, v. 15, n. 3, p. 1044, 2026.

CHORNA, Olena; CIONI, Giovanni; GUZZETTA, Andrea. Principles of early intervention. In: GALLAGHER, Anne; BULTEAU, Christine; COHEN, David; MICHAUD, Jacques L. (eds.). *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 174: Neurocognitive Development: Disorders and Disabilities. Amsterdam: Elsevier, 2020. p. 333–341. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00024-7>.

CORREIA, Luciana Leonetti et al. Parenting and Family Adjustment Scales: Brazilian cultural adaptation. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 41, 2024

CUOMO, Belinda; JOOSTEN, Annette; VAZ, Sharmila. Scoping review on noticing concerns in child development: a missing piece in the early intervention puzzle. *Disability and Rehabilitation*, v. 43, n. 18, p. 2663–2672, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1707296>.

DAL'AVA DOS SANTOS, Laura M. T. et al. Socioeconomic and maternal mental health factors associated with the parenting and development of children in an early childhood promotion program: analysis via structural equation modeling. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 3997, 2025.

DIJKSTRA-DE NEIJS, Leanne et al. Parental stress and quality of life in Parents of young children with autism. *Child Psychiatry and Human Development*, v. 57, n. 1, p. 226–240, 2024.

DE BRUYN, Nele; HANSSSEN, Britta; MAILLEUX, Lisa; VAN DEN BROECK, Christine; SAMIJN, Bieke. Early intervention including an active motor component in preterms with varying risks for neuromotor delay: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 4, art. 1364, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm14041364>.

DUBOIS, Jessica; DEHAENE-LAMBERTZ, Gilbert; KULIKOVA, Svetlana; POUPON, Christophe; HÜPPI, Petra S.; HERTZ-PANNIER, Laure. The early development of brain white matter: a review of imaging studies in fetuses, newborns and infants. *Neuroscience*, v. 276, p. 48–71, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.12.044>.

EGEA-ZEROLO, Blanca et al. Psychosocial impact and parental stress in families of children with severe neurological disorders and intellectual disabilities: A cross-sectional study. *Nursing Open*, v. 13, n. 2, p. e70470, 2026.

EMERSON, Eric; SAVAGE, Amber; LLEWELLYN, Gwynnyth. Significant cognitive delay among 3- to 4-year-old children in low- and middle-income countries: prevalence estimates and potential impact of preventative interventions. *International Journal of Epidemiology*, v. 47, n. 5, p. 1465–1474, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy161>.

FERRONATO, Priscilla A. M.; GRACIOSA, Maylli D.; MANOEL, Edison J. Parental knowledge and expectations on early manual movements: A note on the possible impacts of

social distancing on infant stimulation practices during COVID-19 pandemic. *Brazilian Journal of Motor Behavior*, v. 18, n. 1, p. e421, 2024.

FOX, Sharon E.; LEVITT, Pat; NELSON, Charles A. III. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, v. 81, n. 1, p. 28–40, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>.

FRANZ, Lauren; GOODWIN, Cara D.; RIEDER, Amber; MATHEIS, Maya; DAMIANO, Diane L. Early intervention for very young children with or at high likelihood for autism spectrum disorder: an overview of reviews. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 64, n. 9, p. 1063–1076, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.15258>.

FROSCH, Cynthia A.; SCHOPPE-SULLIVAN, Sarah J.; O'BANION, D. David. Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 15, n. 1, p. 45–59, 2021.

FROST, Kyle M.; INGERSOLL, Brooke. Theory of change of caregiver coaching for an early parent-mediated autism intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 56, n. 7, p. 2815–2831, 2026.

GUZZETTA, A.; MURRAY, L.; MONTIROSSO, R.; FERRARI, P. F. The role of the social environment on adaptive neuroplasticity in early development. *Neural Plasticity*, v. 2019, p. 1–2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/5375849>.

HASS, Júlia Vicente; PANCERI, Carolina; PROCIANOY, Renato Soibelman; SILVEIRA, Rita de Cássia dos Santos; VALENTINI, Nadia Cristina. Risk factors for cognitive, motor and language development of preterm children in the first year of life. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, e2021165, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021165>.

HENSCH, Takao K. Critical period plasticity in local cortical circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 6, n. 11, p. 877–888, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn1787>.

HENSCH, Takao K. Critical period regulation. *Annual Review of Neuroscience*, v. 27, p. 549–579, 2004. DOI: [10.1146/annurev.neuro.27.070203.144327](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144327).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Estimativas da população residente no Brasil em 1º de julho de 2024: 212,6 milhões de habitantes. Rio de Janeiro: IBGE, 29 ago. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.

JEONG, J.; FRANCHETT, E. E.; RAMOS DE OLIVEIRA, C. V.; REHMANI, K.; YOUSAFZAI, A. K. 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, 2021. DOI: [10.1371/journal.pmed.1003602](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602).

JIA-YUAN, Zhang et al. Parental burnout and parent-child relationship: the role of harsh parenting in couples. *Psychology, Health & Medicine*, v. 30, n. 5, p. 957–970, 2025.

JOHNSON, Sara B.; KUEHN, Molly; LAMBERT, Jennifer O.; SPIN, J. Paul; KLEIN, Lauren M.; HOWARD, Barbara; STURNER, Raymond; PERRIN, Eliana M. Developmental milestone attainment in US children before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Pediatrics*, v. 178, n. 6, p. 586–594, 2024. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.0683.

KOLB, Bryan; GIBB, Robbin. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 20, n. 4, p. 265–276, 2011. DOI: 10.1177/070674371102000406.

KODAK, Tiffany; BERGMANN, Samantha. Autism Spectrum Disorder: Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. *Pediatric Clinics of North America*, v. 67, n. 3, p. 525–535, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.007>.

KULH, Patricia K. Early language acquisition: cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 5, p. 831–843, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn1533>.

KUHN, Jocelyn et al. Parent use and perceptions of problem-Solving Education in the context of parent-implemented intervention for toddlers with early signs of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2025.

KUMARI, Muskan; BHANDARI, Samrat S.; DUTTA, Sudip. Determinants of parental knowledge of autism in early childhood: A cross-sectional study from northeast India. *Eastern Journal of Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 18–23, 2026.

LAMONICA, Haley M. et al. Parental emotional adjustment as a primary target for parenting programs: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, v. 13, n. 1, p. 601, 2025.

LESSA, Ingrid Medeiros et al. Stressful events throughout the life cycle and social inequalities in a cohort study. *Cadernos de saude publica*, v. 41, n. 11, p. e00052125, 2025.

LI, Si Ni et al. Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 114, n. 102389, p. 102389, 2024.

LEWIS, Marc D. Dynamic Systems Approaches: Cool Enough? Hot Enough? *Child Development Perspectives*, v. 5, n. 4, p. 279–285, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00190.x>.

LIANG, Wong Siea; TAHAR, Mohd Mokhtar. Parenting stress: Comparison between parents of atypical children and typical children. *Special Education [SE]*, v. 2, n. 1, p. e0021, 2024.

LOBO, Michele A.; GALLOWAY, James C. Enhanced handling and positioning in early infancy advances development throughout the first year. *Child Development*, v. 83, n. 4, p. 1290–1302, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01772.x>.

LONG, Dan; YANG, Ting; CHEN, Jie; ZHANG, Jie; DAI, Ying; CHEN, Li; JIA, Feiyong; WU, Lijie; HAO, Yan; LI, Ling; KE, Xiaoyan; YI, Mingji; HONG, Qi; CHEN, Jinjin; FANG, Shuanfeng; WANG, Yichao; WANG, Qi; JIN, Chunhua; LI, Tingyu. Motor developmental

delay in preschoolers with autism spectrum disorders in China and its association with core symptoms and maternal risk factors: a multi-center survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 19, art. 18, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00858-9>.

MA, Tianyi et al. Understanding the interplay among parental involvement, parental self-regulation, and child adjustment: A latent profiles analysis and cross-validation. *Journal of School Psychology*, v. 115, n. 101526, p. 101526, 2026.

MADASCHI, Vanessa et al. Bayley-III Scales of Infant and Toddler Development: Transcultural Adaptation and Psychometric Properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 26, n. 64, p. 189-197, 2016.

MARTINS, Rafaela Costa et al. The Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS) questionnaire: psychometric qualities of the parenting scale in two large Brazilian birth cohorts. *medRxiv: The Preprint Server for Health Sciences*, 2024.

MAZZUCHELLI, Trevor G. et al. Parenting and family adjustment scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use with families who have a child with a developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, v. 72, p. 140–151, 2018.

MILLS, Kathryn L.; GODDINGS, Anne-Lise; HERTING, Megan M.; MEUWESE, Rosa; BLAKEMORE, Sarah-Jayne; CRONE, Eveline A.; DAHL, Ronald E.; GÜROĞLU, Berna; RAZNAHAN, Armin; SOWELL, Elizabeth R.; TAMNES, Christian K. Structural brain development between childhood and adulthood: convergence across four longitudinal samples. *NeuroImage*, v. 141, p. 273–281, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.07.044>.

MUSTARD, Jf. Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. ***Paediatrics & Child Health***, v. 11, n. 9, p. 571–572, 2006.

NELSON, Charles A. III; ZEANAH, Charles H.; FOX, Nathan A.; MARSHALL, Peter J.; SMYKE, Anna T.; GUTHRIE, Donald. Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, v. 318, n. 5858, p. 1937–1940, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1143921>

NOVAK, Iona; MCCONNELL, Deborah; MORRISON, Gillian; et al. Early, intensive, upper-limb training for children with unilateral cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, CD010910. DOI: 10.1002/14651858.CD010910.pub3.

PARDO-SALAMANCA, Ana et al. Parenting stress in autistic and ADHD children: Implications of social support and child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 55, n. 7, p. 2284–2293, 2025.

PORTILLO, Nora L. et al. Disparities in receipt of Early Intervention services by toddlers with autism diagnoses: An intersectional latent class analysis of demographic factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 56, n. 3, p. 1098–1114, 2026.

POKOSKI, Olivia M.; FURNIER, Sarah M.; GANGNON, Ronald E.; HOWERTON, Ellen M.; KIRBY, Anne V.; PROTHO, Tyra; SCHWEIZER, Marin L.; TRAVERS, Brittany G.; DURKIN, Maureen S. Prevalence of motor milestone delays in autistic children. *JAMA Pediatrics*, v. 179, n. 7, p. 756, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.0216>.

PERONE, Sammy; SIMMERING, Vanessa R. Applications of dynamic systems theory to cognition and development: new frontiers. In: BENSON, Janette B. (ed.). *Advances in Child Development and Behavior*, v. 52, p. 43–80. Amsterdam: Elsevier, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2016.10.002>.

PHARES, V.; COMPAS, B. E. The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. *Psychological Bulletin*, v. 111, n. 3, p. 387–412, 1992.

PHARES, Vicky et al. Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, v. 30, n. 8, p. 631–643, 2005.

PINHO NETO, Valdemar et al. Inequalities in the geographic access to delivery services in Brazil. *BMC Health Services Research*, v. 24, n. 1, p. 1598, 2024.

RANEHOV, Louise; HÅKANSSON, Carita. Mothers' experiences of their work as healthcare assistants for their chronic disabled child. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 26, n. 2, p. 121–134, 2019.

RASPA, Melissa; LEVIS, Denise M.; KISH-DOTO, Julia; WALLACE, Ina; RICE, Catherine; BARGER, Brian B.; GREEN, Katie K.; WOLF, Rebecca B. Examining parents' experiences and information needs regarding early identification of developmental delays: qualitative research to inform a public health campaign. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, v. 36, n. 8, p. 575–585, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000205>.

REZAEIZADEH, Golnaz et al. Maternal education and its influence on child growth and nutritional status during the first two years of life: a systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine*, v. 71, n. 102574, p. 102574, 2024.

RIZZINI, Irene; PEREIRA, Luciléia; THAPLIYAL, Nisha. Percepções e experiências de participação cidadã de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro. *Revista Katálysis*, v. 10, n. 2, p. 164–177, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000200004>.

SANDERS, Matthew R. et al. The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, v. 34, n. 4, p. 337–357, 2014a.

SANDERS, Matthew R. et al. Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. *Child Psychiatry and Human Development*, v. 45, n. 3, p. 255–272, 2014b.

ŞAHİN BÜYÜK, Damla; ÖZMEN, Dilek. Effectiveness of a parent empowerment program for parents of children with autism: A randomized controlled trial. *Child: Care, Health and Development*, v. 51, n. 5, p. e70148, 2025.

SOUZA, Danton Matheus de et al. “The caregiver’s life is the uncared-for life”: experiences of mothers of children with cerebral palsy in mental health care in Brazil. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 51, n. 3, p. jsaf044, 2025.

SMITH, Linda B.; THELEN, Esther. Development as a dynamic system. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 7, n. 8, p. 343–348, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00156-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00156-6).

SPENCER, John P.; PERONE, Sammy; BUSS, Aaron T. Twenty years and going strong: a dynamic systems revolution in motor and cognitive development. *Child Development Perspectives*, v. 5, n. 4, p. 260–266, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00194.x>.

SPITTLE, A.; TREYVAUD, K. The role of early developmental intervention to influence neurobehavioral outcomes of children born preterm. *Seminars in Perinatology*, v. 40, n. 8, p. 542–548, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.09.004>.

STEINER, Amanda Mossman et al. Practitioner’s guide to assessment of autism spectrum disorders in infants and toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 42, n. 6, p. 1183–1196, 2012.

THELEN, Esther. Dynamic Systems Theory and the Complexity of Change. *Psychoanalytic Dialogues*, v. 15, n. 2, p. 255–283, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/10481881509348831>.

TOKISH, Hannah; INGERSOLL, Brooke; RISE RESEARCH NETWORK. Predictors of parent engagement in Part C Early Intervention for autism: The role of single

TIERNEY, Adrienne L.; NELSON III, Charles A. Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three*, v. 30, n. 2, p. 9–13, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722610/>.

THYEN, U.; KUHLETHAU, K.; PERRIN, J. M. Employment, child care, and mental health of mothers caring for children assisted by technology. *Pediatrics*, v. 103, n. 6 Pt 1, p. 1235–1242, 1999.

TREW, Sebastian. Our challenges, our solutions: The impact of autism on families. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2025.

TSAGKLI, Efthalia et al. The lived experience of parents raising a child with Autism Spectrum Disorder: “losing your way, being on a rollercoaster with ups and downs”. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, v. 1489, p. 385–401, 2026.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND – UNICEF. Seen, counted, included: using data to shed light on the well-being of children with disabilities. New York: United Nations Children’s Fund, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities>.

VESELI, A. et al. Parental quality of life when raising children with autism spectrum disorder: A narrative review. *Georgian Medical News*, n. 364–365, p. 95–100, 2025.

WALKER, Susan P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1325–1338, 2011.

WALKER, Susan P.; WACHS, Theodore D.; GARDNER, Julie M.; LOZOFF, Betsy; WASSERMAN, Gail A.; POLLITT, Ernesto; CARTER, Julie A.; INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT STEERING GROUP. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, v. 369, n. 9556, p. 145–157, 2007.

WATERS, Nicholas E.; AHMED, Sammy F.; DAVIS-KEAN, Pamela E. Socioeconomic status and academic achievement: Developmental pathways through parenting and children's executive functions. *Journal of Experimental Child Psychology*, v. 260, n. 106335, p. 106335, 2025.

ZHANG, Jun et al. Parenting stress among parents of autistic children: a latent profile analysis. *Psychology, Health & Medicine*, p. 1–17, 2025.

APÊNDICE A- Questionário estruturado sobre marcos motores

Questionário Sobre Marcos motores

Nome:

Queridos pais, o questionário abaixo traz afirmações sobre algumas etapas do desenvolvimento motor de uma criança de 0 a 36 meses. Após ler a afirmativa, por favor assinale A se SIM, acredita que a afirmativa esta correta, ou B se NÃO, não acredita que a afirmativa esta correta.

0-9 meses

Um bebê com 2 meses de vida deve balançar as pernas vigorosamente ao brincar.

(A) Sim (B) Não

Um bebê de 3 meses quando esta no colo do seu cuidador, na vertical, já consegue manter sua cabeça ereta e estável.

(A) Sim (B) Não

Um bebê de 6 meses quando colocado sentado, com suporte da mão do cuidador no tronco, consegue ficar pelo menos 30 segundos nessa posição.

(A) Sim (B) Não

Um bebê de 9 meses enquanto esta sentado consegue girar o tronco e pegar algo mais afastado dele.

(A) Sim (B) Não

10-18 meses

Uma criança de 11 meses consegue passar de quatro apoios para em pé sozinho, utilizando algum móvel para se apoiar.

(A) Sim (B) Não

Uma criança de 13 meses consegue ficar em pé sozinho por pelo menos 5 segundos.

(A) Sim (B) Não

Uma criança de 16 meses consegue jogar uma bola propositalmente para frente.

(A) Sim (B) Não

Uma criança de 18 meses consegue se agachar e pegar algo no chão.

(A) Sim (B) Não

19-27 meses

Com 19 meses uma criança já é capaz de subir o degrau de uma escada, se apoiando no corrimão.

(A) Sim (B) Não

Com 22 meses uma criança já é capaz de dar um passo para traz.

(A) Sim (B) Não

Com 25 meses uma criança já é capaz de correr com coordenação.

(A) Sim (B) Não

28-36 meses

Com 28 meses se você segurar nas mãos de uma criança ela consegue se equilibrar e um pé só.

(A) Sim (B) Não

Com 32 meses uma criança é capaz de andar dois passos lateralmente sem apoio.

(A) Sim (B) Não

Com 36 meses uma criança já é capaz de chutar uma bola.

(A) Sim (B) Não

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS**Questionário Sociodemográfico dos Pais**

1. Idade: ____anos
2. Sexo:
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Outro: _____
3. Grau de escolaridade:
 - ☐ Ensino fundamental incompleto
 - ☐ Ensino fundamental completo
 - ☐ Ensino médio incompleto
 - ☐ Ensino médio completo
 - ☐ Ensino superior incompleto
 - ☐ Ensino superior completo
 - ☐ Pós-graduação
4. Estado civil:
 - ☐ Solteiro(a)
 - ☐ Casado(a)/União estável
 - ☐ Divorciado(a)/Separado(a)
 - ☐ Viúvo(a)
5. Ocupação atual:
 - ☐ Trabalha fora de casa
 - ☐ Trabalha em casa
 - ☐ Desempregado(a)
 - ☐ Aposentado(a)
 - ☐ Estudante
 - ☐ Outro: _____
6. Renda familiar mensal:
 - ☐ Até 1 salário mínimo
 - ☐ De 1 a 2 salários mínimos
 - ☐ De 2 a 5 salários mínimos
 - ☐ Acima de 5 salários mínimos
 - ☐ Prefiro não responder

7. Número de filhos:

☐ 1

☐ 2

☐ 3 ou mais

8. Idade do filho(a) :

_____ meses/anos

9. Quem é o principal cuidador da criança?

☐ Mãe

☐ Pai

☐ Ambos

☐ Avós

☐ Outro: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Conhecimento Parental sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor: um Estudo Transversal

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos

Período da coleta de dados: 01/07/2025 a 01/08/2026

Tempo estimado para cada coleta: 20 minutos

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação (CER II) e Consultório de Fisioterapia Pediátrica Gabriela Motta

Pesquisador/Orientador: Cinara Ludvig Gonçalves

Telefone: 48 996144877

Pesquisador/Acadêmico: Gabriela Miranda Motta

Telefone: 48 996638657

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNESC- Mestrado

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Foi solicitada a Carta de Aceite ao local e o projeto será enviado ao comitê de ética, após o aceite do comitê de ética será realizada a pesquisa. A coleta de dados será realizada no Centro Especializado em Reabilitação (CER II) e no Consultório de Fisioterapia Pediátrica Gabriela Motta situado Em Criciúma/SC, onde os pais dos pacientes da reabilitação serão submetidos a questionários com o objetivo de avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos. Será usado um questionário para definir o perfil sociodemográfico dos progenitores, a Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS) e um questionário Sobre Marcos motores desenvolvido pela pesquisadora baseado na escala Bayley III do desenvolvimento. Esses questionários tem o objetivo de avaliar o conhecimento dos pais sobre práticas de parentalidade eficazes e seguras, e o seu conhecimento sobre marcos motores infantis. Para aplicação do questionário para cada pai/mãe será necessário apenas 20 minutos, porém para a abrangência da amostra serão realizadas visitas durante 5 meses ao Centro Especializado em Reabilitação-CER e no Consultório de Fisioterapia Pediátrica Gabriela Motta, no período da tarde. As entrevistas não serão gravadas.

RISCOS

- Perda de confidencialidade dos dados. Estes riscos serão minimizados com a não identificação do paciente na pesquisa;
- A participação na pesquisa poderá levar a um aumento da conscientização por parte dos responsáveis quanto às condições de desenvolvimento de seus filhos, o que poderá gerar desconforto emocional. Esses riscos serão minimizados por meio de uma abordagem acolhedora durante toda a aplicação dos instrumentos, com orientação clara sobre os objetivos da pesquisa e a disponibilização de escuta ativa do pesquisador;
- O preenchimento do questionário poderá causar cansaço ou fadiga, em razão de sua extensão e da necessidade de concentração contínua. Esses riscos serão minimizados por meio da conscientização que a participação é totalmente voluntária, e o responsável pode se retirar da pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS

- Os pais que participarem do estudo terão seu conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor infantil avaliado, o que poderá ajudá-los a buscar informações mais adequadas e aprimorar as estratégias de estimulação precoce em casa;
- Devido ao tema abordado ser ainda pouco explorado e possuir poucas pesquisas a respeito, o estudo ajudará a guiar projetos e programas de apoio a pais e crianças, identificando em que fase



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

do desenvolvimento neuropsicomotor até os 3 anos de idade as famílias têm mais dúvidas e precisam de maior apoio profissional.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Cinara Ludvig Gonçalves pelo telefone 48 996144877 e/ou pelo e-mail Cinaralg@unesc.net.

Dúvidas ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC. O CEP/UNESC se localiza na Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário, nas dependências do Bloco R1 – Sala 109, Criciúma, SC, com horário de funcionamento das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30, de segunda a sexta-feira. Contato também pode ser feito pelo fone (48) 3431 2606 ou e-mail cep@unesc.net. O endereço da página do CEP/UNESC é www.unesc.net/cep.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

O CEP/UNESC integra o sistema nacional de ética em pesquisa, a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CNS/MS).

Este documento, para ser válido, deve ter todas as páginas rubricadas pelo pesquisador responsável ou pessoa por ele delegada e pelo convidado - participante de pesquisa ou seu responsável legal (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

ASSINATURAS

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Assinatura Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____

APÊNDICE D – CARTAS DE ACEITE

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA,
unesc
EXTENSÃO
SUL CATARINENSE – UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609 de 14.03.2019

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da Instituição Universidade do Extremo sul Catarinense-UNESC, localizada na Avenida Universitária, 1105- Universitário, Criciúma- SC, 88806-000 , para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Conhecimento Parental sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor: um Estudo Transversal " sob a responsabilidade do professor(a) responsável Cinara Ludvig Gonçalves e pesquisador(s) Gabriela Miranda Motta do Curso Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.


Prof. Tatiane Vanessa Rodrigues Macarini
Coordenadora do Centro Especializado em Reabilitação-CER
Assessora de Gabinete da Reitoria

FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (mantenedora)

Av. Universitária, 1105 – Cx. P. 3167 – Fone: (48)3431-2506/Fax: (48)3431-2750 –

CEP 88806-000 Criciúma/SC. www.unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA,  SUL CATARINENSE – UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E
EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar consultório de fisioterapia pediátrica Gabriela Motta, localizado R. João Sônego - Ceará, Criciúma - SC, 88815-190, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Conhecimento Parental sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor: um Estudo Transversal” sob a responsabilidade do professor(a) responsável Cinara Ludvig Gonçalves e pesquisador(s) Gabriela Miranda Motta do Curso Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Documento assinado digitalmente
 GABRIELA MIRANDA MOTTA
Data: 24/02/2026 15:44:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fisioterapeuta Gabriela Miranda Motta

CREFITO 10 366770-F

Responsável técnica do consultório de fisioterapia pediátrica Gabriela Motta

FUCRI – FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (mantenedora)

Av. Universitária, 1105 – Cx. P. 3167 – Fone (48)3431-2500/Fax (48)3431-2750 –

CEP 88806-000 Criciúma/SC. (www.unesc.net)

APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: Conhecimento Parental sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor: um Estudo Transversal

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos

Período da coleta de dados: 01/07/2025 a 01/08/2026

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação (CER II) e Consultório de Fisioterapia Pediátrica Gabriela Motta

Pesquisador/Orientador: Cinara Ludvig Gonçalves

Telefone: 48 996144877

Pesquisador/Acadêmico: Gabriela Miranda Motta

Telefone: 48 996638657

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNESC-Mestrado

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados por meio de questionário respondidos pelos pais dos pacientes do local informado acima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30



Termo de Confidencialidade

- Manter as informações em poder do pesquisador Cinara Ludvig Gonçalves por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)  Documento assinado digitalmente CINARA LUDVIG GONÇALVES Data: 15/01/2026 13:47:42-0300 Verifique em https://validar.jf.gov.br Assinatura Nome: <u>Cinara Ludvig Gonçalves</u> CPF: <u>071 . 006 . 649 - 00</u>	Pesquisador(a)  Documento assinado digitalmente GABRIELA MIRANDA MOTTA Data: 15/01/2026 13:48:13-0300 Verifique em https://validar.jf.gov.br Assinatura Nome: <u>Gabriela Miranda Motta</u> CPF: <u>120 . 598 . 809 - 20</u>
Pesquisador(a) Assinatura Nome: _____ CPF: _____	Pesquisador(a) Assinatura Nome: _____ CPF: _____

Criciúma (SC), 24 de fevereiro de 2026.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2806 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30

ANEXO A- ESCALA DE PARENTALIDADE E AJUSTAMENTO FAMILIAR



Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS)

Por favor, leia cada afirmação e assinale com um círculo o número da escala que mostra até que ponto cada afirmação é verdadeira, considerando as últimas **4 semanas**.

Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo com cada afirmação.

	Até que ponto isto é verdade cada afirmação?			
	Nem um pouco	Um pouco (algum tempo)	Bastante (uma boa parte do tempo)	Muito (a maior parte do tempo)
1. Se meu/minha filho/filha não faz o que peço, eu desisto e eu mesma faço	0	1	2	3
2. Eu dou uma guloseima, uma recompensa ou uma atividade divertida quando meu/minha filho/filha se comporta bem	0	1	2	3
3. Quando meu/minha filho/filha se comporta mal, eu atribuo uma consequência planejada (por exemplo, retiro um brinquedo)	0	1	2	3
4. Quando meu/minha filho/filha se comporta mal, eu ameaço (por exemplo, desligar a televisão), mas eu não cumpro	0	1	2	3
5. Eu grito ou fico brava com meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta mal	0	1	2	3
6. Eu elogio meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta bem	0	1	2	3
7. Eu tento fazer meu/minha filho/filha se sentir mal (por exemplo, culpado ou envergonhado) por se comportar mal, para lhe ensinar uma lição	0	1	2	3
8. Eu dou atenção ao meu/minha filho/filha como um abraço, uma piscada de olho, um sorriso ou um beijo, quando ele/ela se comporta bem	0	1	2	3
9. Eu dou uma palmada no meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta mal	0	1	2	3
10. Eu discuto com meu/minha filho/filha sobre seu comportamento e atitude	0	1	2	3
11. Eu lido com o mau comportamento do meu/minha filho/filha da mesma maneira, o tempo todo	0	1	2	3

12. Eu dou ao meu/minha filho/filha o que ele/ela quer quando ele/ela ficam com raiva ou chateado (a)	0	1	2	3
13. Eu fico irritado com o/a meu/minha filho/filha	0	1	2	3
14. Eu converso com o/a meu/minha filho/filha	0	1	2	3
15. Eu gosto de dar abraços, beijos e carinho ao meu/minha filho/filha	0	1	2	3
16. Eu sou orgulhosa do/da meu/minha filho/filha	0	1	2	3
17. Eu gosto de passar o tempo com meu/minha filho/filha	0	1	2	3
18. Eu tenho um bom relacionamento com meu/minha filho/filha	0	1	2	3
19. Eu sinto-me estressado ou preocupado	0	1	2	3
20. Eu sinto-me feliz				
21. Eu sinto-me triste ou deprimido	0	1	2	3
22. Eu sinto-me satisfeito com a minha vida	0	1	2	3
23. Eu lido com as demandas emocionais de ser mãe/pai	0	1	2	3
24. Eu trabalho como uma equipe com meu companheiro na criação dos filhos	0	1	2	3
25. Eu discordo do meu companheiro na criação dos filhos	0	1	2	3
26. Eu tenho um bom relacionamento com meu companheiro	0	1	2	3
27. Os membros da nossa família ajudam e apoiam uns aos outros	0	1	2	3
28. Os membros da nossa família se dão bem uns com os outros	0	1	2	3
29. Os membros da nossa família brigam ou discutem	0	1	2	3
30. Os membros da nossa família criticam ou colocam os outros para baixo	0	1	2	3

Citation:

Sanders, M. R., & Morawska, A. (2010). *Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS)*. Brisbane: Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.

Mazzucchelli, T. G., Hodges, J., Kane, R. T., Sofronoff, K., Sanders, M. R., Einfeld, S., . . . Gray, K. M. (2018). Parenting and family adjustment scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use with families who have a child with a developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 140-151. doi:10.1016/j.ridd.2017.10.011

ANEXO B- PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: CINARA LUDVIG GONCALVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88183025.8.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.314.559

Apresentação do Projeto:

Introdução: O desenvolvimento durante o primeiro ano de vida é um processo complexo, influenciado pela gravidade das condições de nascimento, morbidades associadas a práticas parentais, que desempenham um papel crucial na formação do cérebro em desenvolvimento (HASS et al, 2023). A neuroplasticidade, ou plasticidade cerebral, é uma capacidade notável do cérebro de mudar e se adaptar, com os neurônios se diferenciando por meio da ativação de genes específicos (MUSTARD, 2006). Esse processo implica em alterações fisiológicas no cérebro resultantes da interação do organismo com o ambiente, sendo fundamental tanto para o aprendizado quanto para a adaptação a novas experiências e contextos, o que é vital para a construção de habilidades cognitivas e sociais (LIN; HSU; CHANG, 2019). A neuroplasticidade é especialmente eficaz durante a infância, quando o cérebro está em seu estado mais sensível a mudanças e as funções cerebrais operam em sinergia. Isso explica por que as crianças conseguem aprender novos idiomas e adquirir habilidades motoras complexas, como tocar instrumentos musicais, de forma mais rápida e eficiente (GUZZETTA et al, 2019; MUSTARD, 2006). As crianças pequenas aprendem sua língua materna de maneira rápida e sem esforço, passando de

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-:** csp@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

balbucios aos seis meses a frases completas aos 3 anos. Estudos mostram que crianças que desenvolvem habilidades verbais deficitárias durante os primeiros três anos tendem a ter um desempenho ruim em linguagem e alfabetização na escola (KUHL, 2004). Assim, durante esse período crítico do neurodesenvolvimento, as interações sociais, especialmente entre cuidadores e bebês, são fundamentais na modulação das experiências da criança, moldando seus circuitos neurais segundo essas influências ambientais (GUZZETTA et al, 2019). Os períodos críticos representam janelas de desenvolvimento em que a plasticidade cerebral atinge seu auge, permitindo que experiências sensoriais e ambientais otimizem as representações corticais do ambiente ao redor. Dados sugerem que essas janelas de plasticidade não são determinadas apenas por uma sequência genética predeterminada, mas resultam de uma interação dinâmica entre genes e experiências vividas (CISNEROS-FRANCO et al, 2020). A plasticidade do cérebro durante esses períodos é influenciada por fatores externos, como o ambiente familiar e social, e por mudanças biológicas internas, como o surgimento de células positivas para parvalbumina e a superexpressão de Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (do inglês, Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF), que aceleram o desenvolvimento neural (HENSCH, 2005). Um exemplo dessa dinâmica é o desenvolvimento das capacidades sensoriais; para que as áreas cerebrais responsáveis pela visão se desenvolvam, é necessário o estímulo luminoso. Experimentos com animais mostram que aqueles criados em ambientes empobrecidos, como em escuridão ou isolamento social, apresentam desenvolvimento cerebral prejudicado (KOLB; GIBB, 2011). Em contrapartida, animais expostos a ambientes enriquecidos, com estímulo sensorial e social, demonstram melhorias significativas nas funções motoras e sensoriais, além de aumento no tamanho do cérebro, espessura cortical e maior ramificação dendrítica e densidade sináptica (KOLB; GIBB, 2011). As interações precoces entre mãe e bebê influenciam o desenvolvimento cerebral a longo prazo, especialmente durante períodos críticos em que os circuitos neuronais são moldados pela experiência. Embora o aprendizado ocorra ao longo da vida, iniciar cedo oferece vantagens claras (HENSCH, 2005).

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** oep@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

DESAFIOS E LACUNAS DO CONHECIMENTO PARENTAL Conforme

amplamente estabelecido, os primeiros anos de vida de uma criança são de grande importância para seu pleno desenvolvimento durante a infância.

Esse desenvolvimento é influenciado não apenas por fatores como condições de nascimento e morbididades associadas, mas também pelas práticas

parentais (HASSET al., 2023). Por exemplo, quando uma mãe amamenta seu bebê, a criança está recebendo boa nutrição e experimentando a

estimulação do tato, visão, audição, paladar, respiração e olfato, através das vias sensoriais (MUSTARD, 2006). As relações responsivas entre pais

e filhos e o apoio dos pais à aprendizagem durante os primeiros anos de vida são cruciais para promover o desenvolvimento da primeira infância,

sendo que os cuidadores que têm mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil são mais propensos a utilizar estas estratégias (BELCHER

et al., 2007). Os pais começam a ter preocupações sobre seus filhos por meio de dois mecanismos: o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e a comparação com outras crianças (CUOMO; JOOSTEN; VAZ, 2021). Apesar de saber que os pais

são um fator determinante no desenvolvimento das habilidades motoras de uma criança (PEDERSEN; STOUGAARD.; IBSEN, 2021) estudos indicam

que há uma falta de conhecimento adequado entre os pais sobre o desenvolvimento motor normal, e outro estudo esclarece que mesmo quando

esses pais possuem educação universitária e têm acesso a diversos recursos de saúde essas dúvidas existem (ALHWOAIMEL et al., 2023;

ALGHAMDI et al., 2023). Assim como outra evidência com pais mostrou que a maioria dos entrevistados apresentou um conhecimento

consideravelmente fraco em relação aos marcos do desenvolvimento (KUMAR et al., 2024). Entre as preocupações mais frequentemente expressas

pelos pais estão questões relacionadas ao sono, autocuidado, alimentação dos filhos, comportamento e, especialmente, ao desenvolvimento das

habilidades de comunicação infantil, que tendem a preocupar tanto os pais quanto os educadores mais do que outros aspectos do desenvolvimento

(THORNTON et al., 2023). Entre 13 e 32% das crianças em nações desenvolvidas estão em risco de atrasos no desenvolvimento. Sob uma ótica

mais abrangente, cerca de 3% das crianças e de 5% a 10% dos bebês de alto risco

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar**Bairro** Universitário**CEP:** 88.806-000**UF:** SC**Município** CRICIUMA**Telefone** (48)3431-2606**E-** oep@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

(incluindo 7% dos prematuros) nomundo têm graus variados de desordens do neurodesenvolvimento (CUOMO;JOOSTEN; VAZ, 2021) (NONG et al,2024). Para crianças de risco, as evidênciasapoiam a combinação de intervenção mediada pelos pais e implementada diretamente pelo médico para maximizar os ganhos de desenvolvimento infantil (LIN et al,2020).Apesar dessas evidências, uma pesquisa que entrevistou profissionais da saúde constatou que existem dois tipos de profissionais: aqueles que perguntavamproativamente sobre o desenvolvimento da criança, utilizavam ferramentas para facilitar as conversas e faziam encaminhamentos, e aqueles que não perguntavam sobre o desenvolvimento, e diziam aos pais para "esperar para ver" e não forneciam informações sobre serviços e apoios (RASPA et al,2015). Neste cenário, é de extrema importância oferecer informações adicionais sobre a relevância da intervenção 7precoce e como implementá-la, além de compartilhar informações sobre o neurodesenvolvimento para essas famílias.1.3

INTERVENÇÃO PRECOCEDe acordo com o relatório *¿Nascido Muito Cedo: Relatório de Ação Global sobre Nascimento Prematuro¿* (no inglês, *¿Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth¿*) da Organização Mundial da Saúde, de 2012, o Brasil ocupa a 10ª posição entre os países com o maior número de nascimentos prematuros. Crianças nascidas prematuramente (menos de 37 semanas de idade gestacional), têm um risco maior de apresentar deficiências no que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicomotor comparados a crianças nascidas a termo (DELOREY; GRAHAM;SCOTT, 2007). É fundamental reconhecer que a parentalidade atua como um mediador central em muitas intervenções preventivas bem-sucedidas, que têm sido examinadas desde a infância até a adolescência (ELLIOTT, 1998). Estudos indicam que 50% dos bebês nascidos muito prematuramente (com menos de 28 semanas de gestação) terão algum grau de disfunção neurológica, limitando sua capacidade de acompanhar seus pares em desenvolvimento típico (JOHNSON; HACK, 2009). Os transtornos do desenvolvimento neurológico resultam de anomalias na estrutura e maturação cerebral que se iniciam na primeira infância e se manifestam como comprometimentos funcionais de longo prazo. Apesar dos avanços

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** oep@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

na compreensão da etiologia, dos mecanismos patogênicos e das bases biológicas dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, o diagnóstico e o início da intervenção frequentemente ocorrem vários meses após o surgimento dos primeiros sinais clínicos. Embora esses transtornos muitas vezes sejam diagnosticados tardiamente, evidências crescentes sugerem que sinais precoces podem ser detectados ainda na primeira infância (NOVAK et al., 2017). A reabilitação por meio de intervenções precoces baseia-se fortemente no conceito de neuroplasticidade do cérebro jovem. Atualmente, é possível realizar diagnósticos precisos das principais deficiências infantis de forma precoce, permitindo intervenções específicas que aproveitam a neuroplasticidade e melhoram os resultados para a criança (HEINRICH; GRENZ; LYNCH, 2018). Os princípios que fundamentam as intervenções precoces no desenvolvimento de bebês prematuros visam melhorar as conexões cerebrais durante períodos críticos, em vez de esperar pelo comprometimento após a formação de conexões neurais alteradas. É importante ressaltar que o treinamento deve ser ativo, permitindo que o bebê aprenda e desenvolva circuitos neurais por meio de suas experiências (SPITTLE; TREYVAUD, 2016). As intervenções podem ser realizadas em casa, em clínicas ambulatoriais hospitalares ou na comunidade. O papel das intervenções precoces é influenciar os resultados neurocomportamentais de crianças nascidas prematuras, considerando que, em uma estrutura ecológica, os pais e o ambiente familiar exercem a influência mais forte e duradoura no desenvolvimento infantil (BRONFENBRENNER, 1986). Intervenções que se concentram principalmente na parentalidade responsiva têm o maior efeito sobre os resultados cognitivos (VAN WASSENAER-LEEMHUIS et al., 2016). Esses achados sugerem que intervenções baseadas nos pais podem influenciar positivamente o desenvolvimento de crianças muito prematuras (BRONFENBRENNER, 1986; WASSENAER-LEEMHUIS et al., 2016). Dois fatores conhecidos que impactam o desenvolvimento infantil são os comportamentos de cuidado dos pais e a qualidade da relação inicial entre pais e filhos. Esse conhecimento pode orientar o conteúdo de programas de prevenção e intervenção precoce (SPITTLE; TREYVAUD, 2016). Nesse contexto, é fundamental compreender o conhecimento que os pais

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** oep@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

têm sobre o desenvolvimento infantil. Quando os pais estão informados sobre o neurodesenvolvimento, ficam mais aptos a identificar qualquer desvio em relação ao que é esperado para o crescimento de seus filhos. Essa percepção precoce de possíveis problemas é crucial, pois permite que intervenções precoces sejam implementadas de forma rápida e eficaz. Assim, a criança pode receber os estímulos adequados, aproveitando ao máximo a plasticidade cerebral que caracteriza os primeiros anos de vida. Isso não apenas promove um desenvolvimento saudável e otimizado, mas também evita que as crianças se desenvolvam com um repertório motor pobre e com muitas compensações que poderiam ser evitadas, garantindo um leque mais amplo de habilidades e competências.

Hipótese:

Pais de crianças de 0 a 3 anos apresentam níveis insuficientes de conhecimento sobre o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, especialmente em relação aos marcos motores e às práticas parentais eficazes.

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos.

Objetivo Secundário:

•

Identificar o perfil sociodemográfico dos progenitores.

•

Analisar o nível de conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos, por meio do questionário sobre marcos motores.

• Analisar o nível de conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos, por meio da Escala de Parentalidade e

Ajustamento Familiar (PAFAS)

•

Verificar a possível correlação entre o perfil sociodemográfico e o conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor dos filhos.

•

Identificar a faixa etária em que se observa o menor nível de conhecimento

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 8.314.559

parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, por meio do questionário sobre marcos motores e da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS).

Metodologia Proposta:

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, além de qualitativo e com abordagem transversal. De acordo com Korstjens & Albine

Moser (2017), a pesquisa qualitativa leva em consideração o ambiente em que os indivíduos ou grupos estão inseridos, com o propósito de ter um real entendimento da problemática.

11

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa só será realizada após ser enviada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul

Catarinense. Sendo conduzida nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 LOCAL E AMOSTRA

Os participantes serão pais de crianças com idades entre 0 e 3 anos, residentes na cidade de Criciúma, localizada no sul de Santa Catarina/Brasil.

Para inclusão no estudo, os pais serão convidados a participarem da pesquisa, e os que aceitarem assinarão o Termo de Consentimento Livre

Esclarecido (TCLE). Serão excluídos pais ou responsáveis que não fornecerem o consentimento informado ou que não completarem os

questionários. Os questionários serão respondidos presencialmente através de entrevistas com os participantes. A amostra será recrutada por meio

do Centro Especializado em Reabilitação, CER II, localizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC e no Consultório de Fisioterapia

pediátrica Gabriela Motta.

3.4 COLETA DE DADOS

O preenchimento dos questionários será realizado de maneira anônima e confidencial. A coleta de dados será realizada de julho de 2025 a julho de

2026, no período da tarde, no Centro Especializado em Reabilitação-CER II e e no

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC **Município** CRICIUMA

Telefone (48)3431-2606

E- oep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 8.314.559

Consultório de Fisioterapia pediátrica Gabriela Motta. As escalas

que serão usadas são: Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar e Questionário estruturado sobre marcos motores (ANEXO A e Apêndice A, respectivamente). Também será usado um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico dos progenitores (Apêndice B). Esses questionários

têm o objetivo de avaliar o conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e os

12

marcos motores de seus filhos, sendo os resultados expressos na forma de pontuação. As entrevistas não serão gravadas.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

¿ Pais de crianças até 3 anos de idade;

¿ Ambos os sexos.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

¿ Pais de crianças com mais de 3 anos;

¿ Pais que não quiserem participar da pesquisa;

¿ Pais que atuarem na área da saúde infantil;

¿ Pais que já foram orientados pelo Centro Especializado em Reabilitação e no Consultório de Fisioterapia pediátrica sobre Parentalidade eficaz e

Marcos Motores.

3.7 RISCOS

¿ Perda de confidencialidade dos dados. Estes riscos serão minimizados com a não identificação do paciente na pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores (APÊNDICE E);

¿ A participação na pesquisa poderá levar a um aumento da conscientização por parte dos responsáveis quanto às condições de desenvolvimento

de seus filhos, o que poderá gerar desconforto emocional. Esses riscos serão minimizados por meio de uma abordagem acolhedora durante toda a

aplicação dos instrumentos, com orientação clara sobre os objetivos da pesquisa e a disponibilização de escuta ativa do pesquisador;

¿ O preenchimento do questionário poderá causar cansaço ou fadiga, em razão de sua extensão e da necessidade de concentração contínua.

Esses riscos serão

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município CRICIUMA

Telefone (48)3431-2606

E- oep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 8.314.559

13

minimizados por meio da conscientização que a participação é totalmente voluntária, e o responsável pode se retirar da pesquisa a qualquer momento.

3.8 BENEFÍCIOS

Os pais que participarem do estudo terão seu conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor infantil avaliado, o que poderá ajudá-los a

buscar informações mais adequadas e aprimorar as estratégias de estimulação precoce em casa;

Devido ao tema abordado ser ainda pouco explorado e possuir poucas pesquisas a respeito, o estudo ajudará a guiar projetos e programas de

apoio a pais e crianças, identificando em que fase do desenvolvimento neuropsicomotor

Pais de crianças até 3 anos de idade de ambos os sexos.

Critério de Exclusão:

Pais que atuarem na área da saúde infantil;

Pais que já foram orientados pelo Centro Especializado em Reabilitação sobre Parentalidade eficaz e Marcos Motores.

Riscos:

Perda de confidencialidade dos dados. Estes riscos serão minimizados com a não identificação do paciente na pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores

Benefícios:

Os pais que participarem do estudo terão seu conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor infantil avaliado, o que poderá ajudá-los a buscar informações mais adequadas e aprimorar as estratégias de estimulação precoce em casa;

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados serão organizados em planilhas, para posterior análise, no

13

software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Será feita análise descritiva das variáveis estudadas, relatando a frequência e

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município CRICIUMA

Telefone (48)3431-2606

E- oep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 8.314.559

porcentagem

das variáveis quantitativas (perfil sociodemográfico dos pais, Escala de Conhecimento da Parentalidade Eficaz e Questionário estruturado sobre Marcos Motores), caso apresentem distribuição normal e mediana e amplitude interquartil de não possuírem essa característica. Todos os resultados serão expressos por meio de gráficos e/ou tabelas. As análises inferenciais serão realizadas com um nível de significância $p \leq 0,05$ e, portanto, um intervalo de confiança de 95%. A investigação da distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade será realizada por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Desfecho Primário:

Nível de conhecimento parental sobre os marcos motores do desenvolvimento infantil, avaliado por meio do Questionário Estruturado sobre Marcos Motores, que investiga o reconhecimento, por parte dos pais, dos principais marcos motores esperados nas diferentes faixas etárias (0;9, 10;18, 19;27 e 28;36 meses).

Nível de conhecimento parental sobre práticas de parentalidade eficaz, mensurado pela Escala de Conhecimento da Parentalidade Eficaz (KEPS), que avalia o grau de familiaridade dos pais com estratégias comportamentais baseadas no programa Triple P.

Desfecho Secundário:

Perfil sociodemográfico dos pais participantes, incluindo idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de filhos e idade dos filhos, conforme avaliado pelo questionário sociodemográfico.

Correlação entre o nível de conhecimento parental e características sociodemográficas, como escolaridade, idade dos pais ou idade da criança, a fim de identificar fatores associados ao maior ou menor conhecimento sobre o desenvolvimento neuropsicomotor.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município CRICIUMA

Telefone (48)3431-2606

E- oep@unescc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

Identificação da faixa etária infantil com maior índice de desconhecimento por parte dos pais, conforme as respostas no Questionário sobre Marcos

Motores, permitindo detectar em que período do desenvolvimento há maior necessidade de intervenção educativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos.

Objetivo Secundário:

1.

Identificar o perfil sociodemográfico dos progenitores.

2.

Analisar o nível de conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil de seus filhos, por meio do questionário sobre marcos motores.

3. Analisar o nível de conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de seus filhos, por meio da Escala de Parentalidade e

Ajustamento Familiar (PAFAS)

4.

Verificar a possível correlação entre o perfil sociodemográfico e o conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor dos filhos.

5.

Identificar a faixa etária em que se observa o menor nível de conhecimento parental sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, por meio do questionário sobre marcos motores e da Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Perda de confidencialidade dos dados. Estes riscos serão minimizados com a não identificação do paciente na pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores

Benefícios:

Os pais que participarem do estudo terão seu conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor infantil avaliado, o que poderá ajudá-los a buscar informações

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-: oep@unesc.net

Continuação do Parecer: 8.314.559

mais

adequadas e aprimorar as estratégias de estimulação precoce em casa;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda requerida está devidamente justificada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_274449_9_E1.pdf	19/03/2026 16:05:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_gabi_atualizado.pdf	19/03/2026 16:02:31	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito
Outros	termoconfidencialidade_gabi_assinado.pdf	19/03/2026 16:00:19	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGabicereto.pdf	18/03/2026 20:24:24	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito
Cronograma	cronogramagabimota.jpg	18/03/2026 16:36:53	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	28/04/2025 13:47:27	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito
Declaração de concordância	cartadeaceite.pdf	28/04/2025 13:46:52	CINARA LUDVIG GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 8.314.559

CRICIUMA, 27 de Março de 2026

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município** CRICIUMA
Telefone (48)3431-2606 **E-** oep@unescc.net