



Universidade Federal do Piauí

Brisa Fideles Gândara

Vigilância do desenvolvimento cognitivo infantil em Parnaíba:  
Práticas e percepções na Atenção Básica

Parnaíba  
2019

Brisa Fideles Gândara

Vigilância do desenvolvimento cognitivo infantil em  
Parnaíba: Práticas e percepções na Atenção Básica

Dissertação de mestrado  
Mestrado Profissional em Saúde da Família  
Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal do Piauí  
Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

G571v Gândara, Brisa Fideles.

Vigilância do desenvolvimento cognitivo infantil em Parnaíba: práticas e percepções na atenção básica [recurso eletrônico] / Brisa Fideles Gândara. – 2019.

1 CD-ROM ; 1 Arquivo em PDF

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal do Piauí, 2019.

Orientação: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

1. Puericultura. 2. Atenção primária á saúde. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Saúde da criança. I. Título.

CDD: 649.1

# Sumário

1. Resumo -----	5
2. Abstract -----	6
3. Introdução-----	7
a. Vigilância do Desenvolvimento infantil no Brasil -----	8
4. Metodologia-----	12
5. Resultados e discussão-----	15
6. Considerações finais-----	24
7. Referencias bibliográficas-----	25

## Resumo

O desenvolvimento infantil para aquisição de competências psicomotoras e socioafetivas evolui de forma rápida nos primeiros anos de vida, de forma que é de suma importância a redução de fatores de risco negativos para o desenvolvimento e aumento da exposição a estímulos promotores. Este trabalho está pautado na necessidade de melhoria da vigilância do desenvolvimento infantil, como estratégia para reduzir as iniquidades sociais através da garantia de formação de adultos com pleno desenvolvimento cognitivo. Teve-se por objetivo realizar um levantamento das práticas na Atenção Básica acerca do desenvolvimento infantil, das percepções de mães sobre o desenvolvimento das crianças e a assistência prestada. Para tanto, realizou-se entrevistas e aplicação de questionário semiestruturado com médicos e enfermeiros da Atenção Básica em Parnaíba e roda de conversa com mães usuárias do serviço de saúde. Obteve-se como resultado que 75% dos enfermeiros realizam puericultura como estratégia de vigilância do crescimento e desenvolvimento, 31,9% dos profissionais preenchem a caderneta de saúde da criança com informações sobre o desenvolvimento, 70% realizam orientações sobre estimulação precoce e desenvolvimento saudável e cerca de 74% dos profissionais se consideram aptos a reconhecer atrasos precocemente, contudo referem carecer de capacitações. Em relação a percepção das mães, constatou-se que a caderneta da criança funciona como um instrumento para acompanhamento do crescimento e vacinação muito mais do que para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, além disso recorrem mais a experiência de pares e recursos tecnológicos para obterem informações sobre o tema, delegando ao serviço de saúde apenas as condições patológicas. Desta forma percebe-se a necessidade de melhoria das informações tanto na educação em saúde junto as mães quanto no processo de trabalho da equipe e na formação de profissionais com tais competências para garantir o cuidado integral a saúde da criança.

Palavras chave: Atenção primária á saúde; Desenvolvimento infantil; Saúde da criança.

## **Abstract**

Child development for the acquisition of psychomotor and socio-affective skills evolves rapidly in the first years of life, so it is extremely important to reduce negative risk factors for development and increase exposure to promoter stimuli. This work is based on the need to improve the surveillance of child development, as a strategy to reduce social inequities by guaranteeing training of adults with full cognitive development. The objective was to carry out a survey of practices in Primary Care about child development, the perceptions of mothers about the development of children and the assistance provided. For that, we conducted interviews and a semistructured questionnaire with physicians and nurses of Primary Care in Parnaíba and a conversation with mothers users of the health service. As a result, more than 73% of nurses carried out childcare day as a growth and development surveillance strategy, 31.9% of professionals fill the Child Health Handbook with information on development, 70% provide guidance on early stimulation and and about 74% of professionals consider themselves capable of recognizing delays early, although still need further education and training. Regarding the perception of the mothers, it was found that the Child handbook serves as an instrument for monitoring growth and vaccination much more than for the evaluation of neuropsychomotor development, in addition they use more experience of pairs and technological resources to obtain information on the subject, delegating to the health service only the pathological conditions. In this way, it is perceived the need to improve information both in health education with the mothers and in the work process of the team and in the training of professionals with such competences to guarantee the integral health care of the child.

Key words: Primary care; Child development; Child care.

## **Introdução**

Garantir o crescimento e desenvolvimento infantil adequado é fundamental para a formação de um adulto que, com suas potencialidades desenvolvidas, seja capaz de superar adversidades e, através de suas próprias escolhas, se inserir na sociedade reduzindo iniquidades econômicas e sociais<sup>1</sup>.

O desenvolvimento infantil é um processo multifatorial que se inicia na vida intrauterina, tendo nos primeiros anos de vida, evolução exponencial no crescimento físico, maturação neurológica e aquisição de habilidades motoras, cognitivas, sociais e afetivas. Este processo é influenciado por fatores intrínsecos ou biológicos e por fatores extrínsecos representados pelas condições alimentares, sócio econômicas e estímulos ambientais<sup>2</sup>. A vulnerabilidade deste processo aos fatores mencionados justifica uma vigilância do desenvolvimento infantil, com intuito de identificar e intervir precocemente nas alterações do padrão de aquisição de habilidades esperadas, além de identificar, por meio da clínica ampliada, os fatores de risco aos quais as crianças estão submetidas<sup>3</sup>.

Nesse sentido, a promoção da saúde da criança e a vigilância das alterações do desenvolvimento tem na Atenção Básica um espaço privilegiado devido aos seus atributos inerentes, sendo o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde com a missão de promover o cuidado de forma contínua, integral e multidisciplinar além de oferecer uma abordagem centrada na família e na comunidade. Essa estratégia de atenção utiliza ainda a Caderneta de Saúde da Criança, como uma ferramenta de tecnologia simples e alto impacto que potencializa a longitudinalidade do cuidado e a educação em saúde.

Contudo a vigilância do desenvolvimento infantil na Atenção Básica enfrenta sérios desafios relacionados à desvalorização da temática frente a outras demandas, dificuldade de mudança do paradigma da doença em detrimento da cultura da prevenção e promoção de saúde, desinformação acerca da importância da Caderneta de Saúde pelos pais e pouca capacitação profissional no tema<sup>4,5</sup>.

Tendo como pressuposto que a vigilância efetiva juntamente com a organização do processo de trabalho da atenção básica são capazes de

identificar precocemente fatores de risco e acompanhar os atrasos de desenvolvimento, este estudo teve por objetivo realizar um levantamento das práticas de profissionais e percepções de mães usuárias dos serviços de Atenção básica, no município de Parnaíba, no tocante ao desenvolvimento infantil. Este estudo foi apresentado como relatório final do Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) do mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Piauí.

Para tanto, inicialmente serão discutidos conceitos referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil e o panorama global da temática, será apresentada a metodologia utilizada e os resultados obtidos seguidos das considerações finais do trabalho.

## **Vigilância do desenvolvimento infantil no Brasil**

Desenvolvimento infantil, enquanto termo chave, engloba um processo complexo de ganho de capacidades e evolução das estruturas anatômicas. Semanticamente, pode ser dividido em crescimento, referente ao aumento físico do organismo, e desenvolvimento à capacidade de adquirir habilidades para execução de funções mais complexas<sup>2</sup>. Este processo se inicia ainda intra-útero e envolve o crescimento físico, o amadurecimento neurológico, a evolução de habilidades comportamentais, cognitivas, sociais e afetivas necessárias para que a criança possa responder às suas necessidades e as do meio em que se insere<sup>6</sup>.

Com a melhoria da assistência à saúde e progresso tecnológico tem-se a demanda por uma atenção à saúde da criança também voltada para a valorização do desenvolvimento saudável e alcance do potencial intelectual completo, uma vez que o controle dos fatores de risco e a detecção precoce são definidoras da qualidade de vida de crianças com risco de atraso <sup>2,7</sup>.

Estima-se que mais de 200 milhões de crianças, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, com menos de cinco anos não atingirão seu potencial de desenvolvimento cognitivo<sup>8</sup>. Atribui-se a este fato a

pobreza e seus riscos associados, como as iniquidades sociais, carências nutricionais e ofertas educacionais inadequadas. Como consequência tem se a perpetuação do ciclo de transmissão transgeracional da pobreza uma vez que o déficit no desenvolvimento pode implicar menor potencial produtivo na idade adulta, tanto pela redução do tempo de escolaridade quanto pelo menor potencial de aprendizado durante os anos na escola<sup>8</sup>.

O conhecimento acerca da importância do desenvolvimento na primeira infância chamou atenção da comunidade internacional nas últimas décadas e, atualmente, o Desenvolvimento infantil é uma das áreas chave dos Determinantes Sociais em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>7</sup>.

Dados referentes ao Brasil demonstram que cerca de 14,5% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência. Outros trabalhos que avaliam mais especificamente atrasos no desenvolvimento apresentam taxas que variam de 18% a 20 % e, na ausência de processo de vigilância precoce, apenas 30 % das crianças terão um atraso diagnosticado antes da idade escolar <sup>8,9,10</sup>.

Dentro desta perspectiva, desde 2004, as políticas públicas aplicadas à saúde das crianças pautam a necessidade da vigilância do desenvolvimento juntamente com outras medidas assistenciais de combate à mortalidade infantil e atendimento humanizado<sup>11</sup>.

Ressalta-se o contexto destas medidas dentro do panorama de Atenção à Saúde no Brasil, que tem sido modificado desde a década de 1990, com a priorização da Atenção Básica como eixo reorientador da assistência, assimilando conceito mais ampliado de saúde, que diminui o foco nas doenças e associa a promoção de saúde e intervenção sobre os fatores que a colocam em risco de maneira indissociável<sup>11,12</sup>.

A estratégia escolhida para implementar as mudanças na assistência segundo a lógica da Atenção Básica, foi o Programa Saúde da Família, cujo modelo de atenção já foi estabelecido em outros países. Este programa, que representa uma das maiores mudanças na saúde do Brasil, propõe a atenção integral tanto do âmbito individual quanto coletivo, às diversas fases da vida, abrangendo a

promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde <sup>11</sup>.

Dentro da ação programática Saúde da Criança proposta para execução na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem-se um acompanhamento integral da criança desde o pré-natal da mãe, com visita domiciliar após o nascimento, estímulo, a presença do pai, apoio ao aleitamento materno, imunizações, rastreamento de doenças congênitas e acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança, através de um olhar biopsicossocial da criança e seu contexto familiar.

Uma das estratégias para garantir este acompanhamento é a produção e distribuição para todos os nascidos em território brasileiro do anteriormente chamado “Cartão da Criança”, ainda na maternidade, para registro de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações às mães ou outros cuidadores responsáveis sobre os cuidados com a criança <sup>11</sup>. Após revisão realizada pelo Ministério da Saúde, o cartão da criança passou a ser chamado de Caderneta de Saúde da Criança (CSC), incluindo gráficos de evolução do perímetro cefálico, orientações sobre saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, espaço para anotação de intercorrências entre outros <sup>13</sup>.

Esta caderneta é uma ferramenta de orientações aos pais e cuidadores e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, além de ser um instrumento importante da avaliação da qualidade da assistência prestada a criança. Estudos que analisaram a utilização da CSC, em diferentes locais do Brasil, perceberam falhas no preenchimento por fatores relacionados à falta de capacitação de profissionais para o uso adequado e desvalorização e desconhecimento da importância por parte da família<sup>14</sup>. Em relação à adequação do preenchimento relativo ao desenvolvimento, uma metanálise brasileira apontou taxas entre 4,8 – 30,4%, demonstrando que este fundamento ainda é negligenciado pela gestão e pelas equipes <sup>7</sup>.

Embora haja uma vigilância bem estabelecida em relação ao crescimento, a identificação de alterações do desenvolvimento infantil ainda acontece de forma tardia na realidade brasileira<sup>4</sup>. O papel da atenção básica no

reconhecimento de retardo na aquisição de habilidades cognitivas, bem como na orientação quanto a importância do estímulo precoce pelos pais, tem se mostrado falho em alguns estudos no Brasil e no mundo, e fatores como baixa capacitação dos profissionais, dificuldade na adesão às consultas de puericultura pelos pais e necessidade de integração multiprofissional, têm sido associados a este déficit<sup>3,6,15,16,18</sup>.

Limitações inerentes à estrutura dos serviços de atenção básica e o modo como são realizadas as ações de educação em saúde contribuem para o privilégio da vigilância relativa ao crescimento pondero-estatural, dificultando o rastreamento de alterações no desenvolvimento que podem retardar o diagnóstico e suporte e, conseqüentemente, aumentar os danos cumulativos<sup>6,15,16</sup>. Análises realizadas no norte e sudeste do Brasil demonstram que os profissionais médicos em atuação nas unidades básicas de saúde apresentam pouca apropriação do conhecimento relativo ao atraso no desenvolvimento e às práticas de vigilância<sup>4</sup>.

Outra estratégia que visa reduzir os fatores de risco envolvidos no atraso de desenvolvimento de crianças na primeira infância veio com o programa Brasil Carinhoso de 2012, contextualizado na política Brasil Sem Miséria, cuja meta era a ampliação e melhoria das creches, suplementação de vitamina A e ferro e distribuição de medicação para asma. Além disso, dentro das ações complementares da agenda do programa, foi contemplado o estímulo ao desenvolvimento infantil e vigilância nutricional. Embora seja uma estratégia bastante promissora, tem sofrido sucessivos cortes e em 2018, teve orçamento equivalente a 1% do relativo ao ano de 2015.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional, quali-quantitativo com finalidade exploratório-descritiva, realizado no município de Parnaíba - Piauí. Parnaíba é um município localizado no litoral Piauiense, com uma população aproximada em 2010, de 150,700 habitantes, destes, 12,1 % de crianças vivendo em situação de pobreza extrema<sup>19</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,687 com a mortalidade infantil, que em 2014, girava em torno de 14,7 por mil nascidos vivos<sup>19</sup>. A assistência pública à saúde é realizada por um hospital municipal e um estadual, além de instituições privadas que prestam serviço via rede de urgências. A atenção básica conta com 44 módulos de Saúde, distribuídas na zona urbana e rural, sendo que destas, apenas 36 estão atualmente compostas por médico (a) e enfermeiro (a), totalizando 80 profissionais em atuação. Todas as unidades funcionam em regime de 30 horas com diferença na carga horário entre médicos e enfermeiros.

O estudo foi realizado em dois momentos: uma entrevista e aplicação de questionário semi-estruturado com os profissionais participantes e uma roda de conversa com mães usuárias do serviço de atenção básica do município.

No primeiro momento, para realização das entrevistas, considerou-se como o universo do trabalho todos os médicos e enfermeiros em atuação nas unidades de saúde do município de zonas urbanas e rurais. Inicialmente os sujeitos foram contactados via telefone para agendamento de encontro presencial. Foram excluídos do trabalho os profissionais que se recusaram a participar, afastados ou em licença e os que não puderam ser contactados, no total de 69 entrevistas representando 86,2% do total de profissionais atuantes nas unidades básicas na município, sendo 33 médicos e 36 enfermeiros.

As entrevistas foram realizadas entre março e abril de 2019, com boa receptividade, duravam cerca de 15 minutos e foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora em visitas às Unidades básicas de Saúde (UBS). O instrumento de coleta foi um questionário próprio contendo 12 questões objetivas, agrupadas em: Situação atual do acompanhamento do

desenvolvimento infantil e competências individuais. As respostas foram categorizadas em uma escala psicométrica de quatro pontos (sempre, usualmente, raramente e nunca). As respostas eram anotadas no questionário. Além disso, foi utilizado pela pesquisadora um diário de campo no qual eram anotadas as percepções obtidas na entrevista, questões não respondidas e outras questões observadas de relevâncias para a pesquisa.

Em segundo momento, foi realizada roda de conversa com mães de pacientes em acompanhamento nas UBS, com objetivo de compreender o sentido que atribuem ao desenvolvimento infantil e ao acompanhamento oferecido pela atenção básica. Optou-se por esta metodologia pela possibilidade de criação de um ambiente mais informal, onde as mães pudessem trocar experiências e expressar vivências e percepções, sendo ouvidas e valorizadas.

Na perspectiva freiriana as rodas de conversa representam momentos de construção e a reconstrução da realidade, por meio da fala, da escuta, da discussão e reflexão com a participação de todo (a)s, permitindo interações com outras vivências e novos significados<sup>20</sup>. Em sua realização contou-se com a participação de um animador e um coordenador que tinha a função de ordenar as falas oportunizando aos participantes suas manifestações.

A roda de conversa contou com 12 mães, moradoras de uma localidade coberta pela atenção básica, convidadas previamente a participar por intermédio de pastoral da criança que, no local, realiza reuniões periódicas com objetivo de promover saúde. A média de idade das mães era de 27 anos e tinham em média três filhos.

A reunião foi realizada em um centro comunitário, com duração de 40 minutos, moderada por dois pesquisadores, médicos, que inicialmente conceituaram o crescimento e desenvolvimento cognitivo infantil bem como demonstraram a caderneta da criança, após, direcionaram a discussão através de três perguntas norteadoras: “Qual a importância, para você, da Caderneta de Saúde da Criança”; “As crianças de sua convivência estão se desenvolvendo de acordo com o esperado?”; “Quando há dúvidas sobre o desenvolvimento da criança, a quem vocês recorrem?”. Os discursos foram gravados e posteriormente analisados segundo Bardin (2011)<sup>21</sup> através da sistematização do

conteúdo obtido, categorização e subcategorização do conteúdo e análise reflexiva e crítica do material obtido.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da UFPI, parecer número 2.927.455 e todos os participantes deste estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados e Discussão**

### **Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Dos 69 profissionais participaram da pesquisa, 36 (52,2%) enfermeiros com uma média de 11,3 anos de formados e 33 (47,8%) médicos com uma média de 9,3 anos de formados. O tempo médio de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS) foi de 5,2 anos para os enfermeiros e 1,5 anos para os médicos.

Os resultados das entrevistas foram categorizados em dois grupos de acordo com o intuito das perguntas: Situação do acompanhamento infantil, que aborda questões relativas ao processo de trabalho na UBS, organização da agenda de atividades, preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e acompanhamento longitudinal e multiprofissional; e Competências individuais relativas a vigilância do desenvolvimento infantil, incluindo a metodologia de avaliação do desenvolvimento, autoavaliação, capacitação para orientar e reconhecer fatores de risco.

Os resultados estão apresentados nas tabelas 1 e 2.

Observa-se na tabela 1 que a prática da Puericultura é realizada por 56,5% dos entrevistados, contudo uma diferença importante é observada quando se avalia este dado, por classe profissional. Entre os enfermeiros, 80,6% afirmam realizar sempre ou usualmente enquanto entre os médicos o valor cai para 30,3%. Da mesma forma, a avaliação do crescimento e desenvolvimento é realizada por 80,6% dos enfermeiros, quando em consulta por demanda espontânea, enquanto 54,5% dos médicos afirmam fazê-lo.

Esta situação no município de Parnaíba reflete a dificuldade de organização de ações programáticas pela equipe, uma vez que a carga horária dos médicos e enfermeiros na maioria das UBS visitadas são distintas, de forma que os primeiros, não conseguem se adequar à agenda da unidade, realizando as consultas na forma de atendimento a demanda espontânea e urgências, priorizando as condições de doença, que se apresenta em grande demanda, em detrimento da promoção e prevenção de saúde.

Tabela 1: Respostas dos profissionais entrevistados acerca das questões que tratam da situação do acompanhamento infantil na Atenção Básica

QUESTÕES	MÉDICOS (N= 33) N (%)			ENFERMEIROS (N=36) N (%)			TOTAL (N=69) N (%)		
	Sempre/ Usual	Raro	Nunca	Sempre/ Usual	Raro	Nunca	Sempre/ Usual	Raro	Nunca
1	10(30,3)	4(12,1)	19(57,6)	29(80,6)	3(8,3)	4(11,1)	39(56,5)	7(10,1)	23(33,3)
2	18(54,5)	13(39,4)	2(6,1)	29(80,6)	7(19,4)	0(0,0)	47(68,1)	20(29)	2(2,9)
3	23(69,7)	9(27,3)	1(3,0)	33(91,7)	2(5,6)	1(2,8)	56(81,2)	11(15,9)	2(2,9)
4	6(18,2)	19(57,6)	8(24,2)	16(44,4)	10(27,8)	10(27,8)	22(31,9)	29(42)	18(26,1)
8	17(51,5)	13(39,4)	3(9,1)	15(41,7)	15(41,7)	5(13,9)	32(46,4)	28(40,6)	8(11,6)
9	10(30,3)	10(30,3)	13(39,4)	7(19,4)	13(36,1)	16(44,4)	17(24,6)	23(33,3)	29(42)

1. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia PUERICULTURA, é realizada semanalmente por você em dia pré2. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado nas consultas por demanda espontânea -agendado juntamente com as outras ações programáticas na unidade de saúde onde está inserido? ou atendimentos de urgência?

3. Você registra no cartão da criança as informações acerca da avaliação do crescimento?

4. Você registra no cartão da criança as informações acerca da avaliação do desenvolvimento?

8. Os casos identificados com atrasos no desenvolvimento são acompanhados longitudinalmente pela equipe de saúde em que está inserido (a)?

9. A equipe de saúde dispõe de NASF, ou outros serviços especializados para acompanhamento das crianças com atraso no desenvolvimento?

Em relação ao preenchimento da caderneta da criança, observou-se que, no tocante ao crescimento pondero estatural e uso das curvas de crescimento, 81,2% dos profissionais afirmaram preencher sempre ou usualmente. Enquanto a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor só é preenchido por 31,9 % dos entrevistados, com 26,1% afirmando nunca o fazer.

Conforme relatado em diário de campo, duas observações são feitas em relação a este tópico: embora fosse previamente discutido a diferenciação semântica do crescimento e desenvolvimento, observou-se que muitos dos entrevistados apresentavam dificuldade de diferenciar na sua prática o que era relativo ao desenvolvimento, muitas vezes se referindo apenas a mensuração do perímetro cefálico como vigilância. Outro relato recorrente foi de que a CSC,

esteve em falta por vários meses durante os últimos anos, de forma que as maternidades locais, distribuíram as próprias cadernetas sem seguir o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, carecendo de espaço para o registro do desenvolvimento e sem informações aos pais.

Outros trabalhos apontam valores semelhantes de notificação do desenvolvimento infantil na CSC, usando outras metodologias como avaliação direta da caderneta, encontrando valores entre 4,4 % e 30,4% de preenchimento<sup>7</sup>. Em uma análise da qualidade do preenchimento, Palombo *et al*<sup>14</sup>, relataram que apenas 33% das cadernetas tinham preenchimento adequado das medidas antropométricas e gráficos de peso e estatura e apenas 10% tinham o gráfico do desenvolvimento completo, confrontados com 96.6% de adequação do registro vacinal. Demonstrando que as medidas de crescimento e vacinação ainda são privilegiadas, mesmo com queda progressiva nas taxas de mortalidade.

Historicamente, as altas taxas de mortalidade infantil e os fatores de risco associados justificaram a priorização de uma vigilância voltada para o crescimento, com gráficos, medidas antropométricas e ações voltadas para melhoria do saneamento básico, vacinas e assistência à saúde. Tais medidas se mostraram eficientes uma vez que houve, no Brasil, queda maior que 90% em 80 anos<sup>7</sup>. Com a melhoria da assistência à saúde e progresso tecnológico tem-se a demanda por uma atenção à saúde da criança também voltada para a valorização do desenvolvimento saudável e alcance do potencial intelectual completo, uma vez que o controle dos fatores de risco e a detecção precoce são definidoras da qualidade de vida de crianças com risco de atraso<sup>4,7</sup>.

No Brasil, o compromisso pela vigilância do desenvolvimento foi estabelecido desde 2004 e reforçado como um dos eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) de 2015, contudo observa-se pelos dados demonstrados neste trabalho e literatura consultada que ainda não foi possível assimilar esta vigilância como uma atividade sistemática e prioritária<sup>11</sup>.

A maioria dos médicos e enfermeiros (89,7% e 86,1% respectivamente) relataram incluir na avaliação da criança a opinião dos pais, demonstrando um valor maior do que o observado em outros estudos<sup>22</sup>. A interação dos pais com

os profissionais na puericultura enriquece e ajuda na interpretação do exame físico, com sensibilidade de até 80% para os atrasos no desenvolvimento, além de fortalecer o vínculo com a família, ponto essencial para garantir a longitudinalidade e compartilhamento do cuidado<sup>4</sup>.

Tabela 2: Respostas dos profissionais entrevistados acerca das questões que tratam das competências individuais relativas à vigilância do desenvolvimento infantil na Atenção Básica.

QUESTÕES	MÉDICOS (N= 33) N (%)			ENFERMEIROS (N=36) N (%)			TOTAL (N=69) N (%)		
	Sempre/ Usual	Raro	Nunca	Sempre/ Usual	Raro	Nunca	Sempre/ Usual	Raro	Nunca
5	29(89,7)	2(6,1)	2(6,1)	31(86,1)	5(13,9)	0(0,0)	60(87,0)	7(10,1)	2(2,9)
6	18(54,6)	7(21,2)	8(24,2)	18(50,0)	8(22,2)	10(27,8)	36(52,2)	15(21,7)	18(26,1)
7	29(87,9)	2(6,1)	2(6,1)	22(61,1)	8(22,2)	6(16,7)	51(73,9)	10(14,5)	8(11,6)
10	23(69,7)	9(27,3)	1(3,0)	28(77,8)	7(19,4)	1(2,8)	51(73,9)	16(23,2)	2(2,9)
11	22(66,7)	10(30,3)	1(3,0)	26(72,2)	8(22,2)	2(5,6)	48(69,2)	18(26,1)	3(4,3)
12	5(15,2)	11(33,3)	17(51,5)	5(13,9)	9(25,0)	22(61,1)	10(14,5)	20(29,0)	39(56,5)

5. Você inclui a opinião e relato dos pais ou responsáveis, além do observado ao exame físico como dados na avaliação do desenvolvimento infantil?
6. Você utiliza algum instrumento padronizado para avaliar o desenvolvimento infantil?
7. Você se considera apto (a) para reconhecer precocemente alterações do desenvolvimento infantil?
10. Você oferece orientações aos pais ou responsáveis sobre como brincar/ estimular a criança?
11. Você oferece orientações para pais ou responsáveis sobre marcos do desenvolvimento e sinais de alerta para atraso no desenvolvimento?
12. Caso perceba a presença de fatores de risco para atraso no desenvolvimento, a vigilância do desenvolvimento é priorizada na consulta?

Ao discutir as competências demonstradas na tabela 2, metade dos entrevistados referiram utilizar algum instrumento padronizado na avaliação, sendo a tabela dos marcos de desenvolvimento, disponível na caderneta da criança, a mais utilizada. Entre os que não utilizavam, muitos relataram fazer uso da experiência própria e medidas intuitivas para avaliar o desenvolvimento normal.

Embora a maioria dos médicos entrevistados não realize sistematicamente consulta puerperal, não registre dados relativos ao

desenvolvimento na caderneta da criança e não utilize ferramentas para avaliação neuropsicomotora, 87,9% se avaliam aptos para reconhecer precocemente as alterações do desenvolvimento, apontando que tais aptidões são reconhecidas no plano cognitivo, mas não se traduzem em atos de saúde, demonstrando possível fragilidade no processo de trabalho.

Em relação aos enfermeiros, 61,1% se consideram aptos para reconhecer, embora tenha sido frequentemente relado a necessidade de capacitações e da dificuldade de priorização da avaliação do desenvolvimento frente as outras demandas. Corroborando com estes relatos. Reichert<sup>23</sup> demonstrou que, após intervenção de capacitação que houve aumento no conhecimento da equipe sobre desenvolvimento infantil contribuindo para detecção precoce das alterações.

Mesmo sob este quadro, cerca de 70% do total dos sujeitos entrevistados referiram sempre ou usualmente oferecer orientações acerca dos sinais de alarme para alteração do desenvolvimento além da importância da estimulação precoce.

Quando se correlaciona a vigilância do desenvolvimento aos fatores de risco associados, 85,5 % dos entrevistados relatam nunca ou raramente priorizar esta vigilância na presença risco para atraso neuropsicomotor.

Os fatores de risco para atraso no desenvolvimento têm sido amplamente estudados nas últimas décadas na tentativa de esclarecer e quantificar seu impacto no desenvolvimento<sup>3,8,24,25,26</sup>. Walker *et al*<sup>5</sup>, avaliaram os fatores de risco biológicos e psicossociais em crianças abaixo de cinco anos e evidenciaram quatro fatores de riscos cruciais: estímulo cognitivo inadequado, deficiência de ferro e iodo e subnutrição. Além destes, evidências epidemiológicas consistentes apontam nutrição materna, pré-natal, restrição do crescimento intrauterino, doenças infecciosas, desnutrição, exposição à violência e a toxinas como fatores de grande importância<sup>24,25</sup>. Outras evidencias advogam que o atraso cognitivo se relacionaria mais aos fatores sociais, do que aos biológicos<sup>26</sup>.

Contudo, tanto a real influência de cada fator isolado é de difícil mensuração como o dimensionamento da extensão e natureza dos déficits podem variar de acordo com o tempo, coexistência de associação entre eles e

sua influência cumulativa. Em geral, os riscos tendem a coexistir, pois possuem na maioria das vezes bases comuns ancoradas nas iniquidades sociais <sup>25</sup>.

O segundo momento deste estudo compreendeu uma roda de conversa com as mães usuárias da Atenção Básica no sentido de conhecer o significado que estas atribuem a esta atividade. Para manter o anonimato das mães cada participante foi aleatoriamente nomeadas de P1 a P12.

Na primeira parte da atividade, as mães foram estimuladas a relatar a importância que atribuíam à caderneta da criança. Neste ponto, algumas mães referiam dar grande valor a caderneta, uma vez que nela está contida informações importantes como peso, altura e vacinação das crianças.

*“Ave Maria, eu tenho tanto cuidado com o cartão dos meus filhos, por que é um documento, ne? Tem tudo em relação as vacinas, e o crescimento deles. O meu filho mais velho tem 12 anos e ainda tenho o cartão dele”*  
P3

Outras referiram a importância atribuída pela equipe de saúde à CSC, sem contudo demonstrar que elas compartilhavam desta noção ou que se sentiam corresponsabilizadas, sem fazer menção ao valor das informações contidas nas cadernetas.

*“Geralmente eles pedem as cadernetas na consulta, o médico as vezes pede pra ver o peso e ver se as vacinas estão em dia, se não tiver ele reclama!”*P8

*“O cartão é muito importante porque tem as vacinas, se perder o cartão tem que tomar todas as vacinas de novo, ou como a gente vai comprovar”*P4

*“As vezes olho o cartão em casa pra saber quando é o dia de voltar para tomar a vacina, principalmente quando a agente de saúde não passa para olhar”* P1

Este dado foi previamente observado em outros estudos como um dos desafios ao uso efetivo da caderneta. Sugere-se que o processo histórico de

exclusão da interferência das mães nos processos e deliberações de saúde, sendo estes, delegado aos profissionais <sup>13,14</sup>.

Foi explicitado nas conversas que além da Equipe de Saúde da Família, outras organizações sociais têm prestado apoio a vigilância do crescimento e desenvolvimento através da Caderneta de Saúde da Criança e acompanhamento do crescimento e da nutrição:

*” A pastoral da criança também ajuda bastante, por que todo mês, no último domingo, as crianças da comunidade vão para pesar e medir e a eles anotam na caderneta para saber se o peso está ideal, ou está abaixo do peso, além disso também orientam sobre a alimentação e para brincar, conversar e passar tempo com as crianças ”P10*

Em relação ao significado do desenvolvimento infantil, previamente discutido pelos moderadores, as mães, quando questionadas se já tinham percebido alteração ou atrasos nas crianças de sua convivência, comentaram relatos positivos, demonstrando um senso comum em relação aos atrasos menos sutis e a percepção da normalidade foi caracterizada na maior parte das vezes, de forma intuitiva e baseada nas observações e vivências com outras crianças.

*“Conhecemos uma criança na comunidade, mas a mãe não tem procurado ajuda, ela nega que a criança tem algum problema, não leva nem no posto, não faz tratamento, mas todo mundo percebe.” P6*

*“Muitas vezes a gente tem dificuldade porque a gente vê o filho do outro falando primeiro do que o nosso, ou caminhando primeiro do que o nosso. Mas aí tem que ver que cada criança tem o seu desenvolvimento. Tem que ver que tem criança que não segue igual aos outros, que só se arrasta e depois engatinha outras que se arrastam e depois já caminham”P5*

*“O meu filho demorou para engatinhar, me preocupei se ele ia ter algum problema, por que o maior já engatinhava na idade dele, mas depois ele acompanhou e agora já quer caminhar!”P7*

Ainda como elemento integrante do desenvolvimento infantil, outras mães correlacionam boas práticas de saúde e o pré natal como fatores de proteção contra atrasos no desenvolvimento e como espaço propício para orientação em relação ao desenvolvimento infantil.

*“Mas se a gente fizer desde a gestação, no pré natal, acompanhar direitinho, vai falando vai fazendo os exercícios, né? cantando, já articulando com a criança para quando ela nascer já vai ter aquele desenvolvimento melhor.” P5*

*“ Como a tecnologia está fácil, aí as dúvidas a gente já olha na internet, mas no pré natal a gente já adquire muita informação, também tem livro que fala sobre o desenvolvimento da criança, mas o que é além disso aí, a gente vai e procura rapidinho na internet”. P8*

Apreende-se da fala de P8 que a internet, as mídias sociais disponíveis atualmente, são fontes importante de busca de informação e de troca de experiências em várias das falas relatadas .

*“ Hoje em dia tudo a gente pesquisa no google, a minha filha chorava muito, aí eu ia procurar o que era normal e por que que está acontecendo com ela, tudo a gente procura, aí ajuda!” P5*

*“Antigamente as mães tinha o hábito de perguntar para as mães, as sogras, as tias, mas hoje tem muita informação na internet” P8*

O uso da tecnologia na educação em saúde foi foco de outros estudos. Silva (2017)<sup>27</sup> afirma que tecnologias de informação e comunicação (TIC) assumem um importante papel que “ultrapassa a de um simples meio de transmissão de conhecimentos, podendo contribuir para mudanças de atitudes, comportamentos e práticas” (p.271).

Fortin e colaboradores (2015)<sup>28</sup> estudaram os efeitos da utilização da tecnologia photo voice entre mães adolescentes que vivenciaram processos de vulnerabilidade com o objetivo de empoderamento diante dos riscos de violência e troca de experiências no cuidado com as crianças. Entretanto pontuam que é

fundamental a participação ativa e consentida das pessoas e a presença de um ordenador que possibilite a validação das informações a serem compartilhadas.

Neste cenário a UBS enquanto espaço para acolher as dúvidas, ou promover a saúde, parece ficar em segundo plano, uma vez que além dos recursos tecnológicos as mães buscam mais o auxílio de outras mães ou pessoas mais velhas, deixando a equipe de saúde para o momento em que já haja uma condição mórbida estabelecida.

*“Geralmente a gente recorre ao posto quando a criança já está doente em si, geralmente quando já tá com algum problema já, aí a gente marca consulta no posto, dificilmente a gente procura o posto para procurar informação.”P8*

*“ Geralmente as mãe não procuram o posto do saúde para fazer o acompanhamento da puericultura no posto de saúde, se o agente de saúde não ficar insistindo e marcar pra mãe, ou se não insistir muito no pré natal”P5*

*“ Procurar os mais velhos ajuda muito, porque eles já passaram por isso, as vezes eles mesmo já resolvem sem a gente ter que ir no posto de saúde”P8*

*“ Daqui que o médico venha para fazer a consulta depois que o neném nasce e que marque a consulta, já tem passado muito tempo”P2*

Diante do exposto, percebe-se que há um distanciamento entre a avaliação feita pelo profissionais sobre as orientações oferecidas e a percepção das mães sobre a aquisição de informações em saúde. Sugere-se que pode haver uma dificuldade na comunicação entre estes grupos ou que o desenvolvimento infantil e sua vigilância, enquanto pauta, ainda não ocupam posição de destaque entre as prioridades no cuidado às crianças, necessitando estudos futuros para melhor esclarecimento.

## **Considerações Finais**

Este estudo proporcionou uma maior compreensão sobre as práticas desenvolvidas no âmbito da atenção básica no município de Parnaíba, bem como potencialidades e dificuldades enfrentadas pelas equipes. Também foi possível observar a percepção de mães quanto ao desenvolvimento infantil e assistência recebida.

Percebe-se que a vigilância do crescimento e desenvolvimento é reconhecida como parte importante da atenção à criança, mas ainda carece uma compreensão mais ampla sobre o desenvolvimento infantil que não resume a medidas pondero estaturais e vacinação. São necessárias ações para qualificação e garantia da assistência integral, como capacitação das equipes, maior disponibilização da caderneta de saúde da criança e sistematização das práticas incluindo educação em saúde para mães.

Os dados apresentados mostram que, embora tenhamos ampliado a cobertura da atenção básica e trabalhado em políticas de qualificação e ampliação da assistência integral à criança, ainda temos a unidade de saúde como espaço privilegiado para acolhimento no momento doença. Sob esta concepção, não parece existir comunicação entre a UBS e os usuários em relação à promoção da saúde das crianças, a partir das informações coletadas, levando os usuários a recorrer a outras fontes de informação como a internet e conversa entre pares. Considera-se por tanto a integração e a utilização inteligente de modos modernos de interação como aplicativos e mídia sociais pode ser uma das alternativas para garantirmos tanto o vínculo com a comunidade como a educação permanente para a equipe.

## Referências bibliográficas

1. Figueiras AC, Souza IC, Rios VG, Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
2. Marcondes, E.; Setian, N.; Carrazza, F. R. Desenvolvimento Físico e Funcional da Criança. In. Marcondes, E., et al. *Pediatria Básica*. Tomo I. 9º ed. São Paulo: Savier.2003. cap 4. p.23 – 35
3. Engle, PL et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middleincome countries. *The Lancet* , sept 2011;v. 378 , n. 9799 , p. 1339 - 1353,.
4. Figueiras AC, Puccini RF, Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica*. 2003;19:1691---9.
5. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil feito no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30:594--9
6. Sigolo, ARL, Aiello, ALR. Há identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil nos programas de saúde da família?. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*.2010 v. 5, n.2, p. 1-14.
7. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PT, Álvares CC, Figueira MCS, Batista FM. Vigilância Do Desenvolvimento Infantil: Análise Da Situação Brasileira. *Rev. paul. pediatr*. 2017; 35( 1 ): 102-109
8. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369:60---70
9. Coelho R, Ferreira JP, Sukienni R, Halpern R. Child Development in primary care : a surveillance proposal. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:505-11
10. Glascoe FP, Byrne KE, Ashford LG, Johnson KL, Chang B, Strickland B. Accuracy of the Denver II in developmental screening. *Pediatrics*, 1992;89:1221-5
11. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

12. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. In: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [Cadernos de Atenção Básica, nº 33]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Da Costa GD, Cotta RM, Reis JR, Ferreira ML, Reis RS, Franceschini SC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da saúde da família no município de Teixeira, Minas Gerais. Cienc Saude Colet. 2011;16:3229---40.
14. Palombo CN, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama AT. Use and filling of child health handbook focused on growth and development. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(Esp):60-7.
15. Figueiras ACM, *et al.* Avaliação de práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad. Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2003 19(6): 1691-1699.
16. Andrade JL, Negreiros MM. Suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de um ano atendidas em uma unidade de saúde da família de Rio Branco (Acre). Revista de Atencao Primaria a Saude. mar2013; Vol. 16 Issue 1, p60-65. 6p.jan-
17. Elgibaly O.; Aziz, Mirette M. Assessment of the needs of mothers and primary healthcare providers to support early childhood development in Egypt: a qualitative study. Child Care Health Dev. 2016; v. 42(3):394 - 401..
18. Pizolato RA, *et al.* Vigilância do desenvolvimento da linguagem da criança: conhecimentos e práticas de profissionais da atenção básica à saúde. Rev. CEFAC, São Paulo. 2016 v. 18, n. 5, p. 1109-1120.
19. IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo Demográfico – Características Gerais da População por município 2010 (resultados da amostra). Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2010.
20. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 42 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
21. Bardin I. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70;2010.
22. Ribeiro AM, da Silva RRF, Puccini RF. Conhecimento e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. Ver Paul Pediatr. 2010; 28(2);208-14.

23. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Latino- Am Enfermagem . 2015
24. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Grantham-McGregor SM. Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. The Lancet. 2005;v. 366(9499):1804-7.
25. Walker SP, *et al.* Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The Lancet. oct 2011 v. 3. 78 , n. 9799 , p. 1325 - 1338.
26. Neves KR, *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, June 2016 v. 92, n. 3, p. 241-250.
27. Silva AIM. As tecnologias de comunicação na prevenção e educação em saúde: o caso dos comportamentos aditivos na adolescência. In: RANGEL-S, M. L.; RAMOS, N. (org). Comunicação em Saúde: perspectivas contemporâneas, Salvador, EDUFBA, 2017; p 265-280
28. Fortim R, Jackson S, Maher J, Moravac C. I was here. Young mothers who have experienced homelessness use Protovoice and participatory qualitative analysis to demonstrate strengths and assets. IUPE- Global Health Promotion.2015; 1(22); p 7-20
29. Pedraza DF. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2016 Mar; 16( 1 ): 7-19