



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

ANA MÔNICA PINTO MOREIRA

**VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA**

FORTALEZA-CE

2018

ANA MÔNICA PINTO MOREIRA

**VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Desenvolvimento Infantil e Primeira Infância.

Orientador: Prof. Dr. Luís Carlos Rey

FORTALEZA-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M836v Moreira, Ana Mônica Pinto.
Vigilância do desenvolvimento infantil na prática dos profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza / Ana Mônica Pinto Moreira. – 2018.
75 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, , Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Luís Carlos Rey.
1. Desenvolvimento infantil. 2. Vigilância. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.
- CDD
-

A Deus, meu mestre, pelo dom da vida, pelo chamado vocacional a
Medicina e pela sabedoria para desenvolver esta dissertação.
À Nossa Senhora pela intercessão, por seu terno amor materno e pelo
modelo de sabedoria que ela representa.
À Médica Pediatra, Gianna Beretta Molla, pelo exemplo de dedicação
ao próximo, a família, a Deus e a luta pela vida.
À minha família, de forma especial aos meus pais, Verônica Maria
Pinto Moreira e Pedro Moreira Neto, meu alicerce em todas as horas,
por todo o apoio e incentivo nos diversos momentos de minha
formação acadêmica.
À minha irmã, Déborah Danna Da Silveira Mota, por todo apoio e
orientação para realização dessa dissertação.
Às crianças, inspiração de toda minha dedicação profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma especial ao meu orientador, o estimado Dr. Luiz Carlos Rey, pelas contribuições científicas na elaboração dessa dissertação.

Ao professor Dr. João Amaral, por todo o apoio e dedicação às turmas de Mestrado Profissional de Saúde Materno Infantil.

A Dra. Vera Regina Apoliano Ribeiro pela rica contribuição científica que ajudou no aprimoramento desse trabalho.

A equipe da coleta de dados: a enfermeira Déborah Danna da Silveira Mota, minha amada irmã, ao acadêmico de medicina e amado irmão, Pedro Philippe Pinto Moreira, ao acadêmico de Medicina e estimável amigo Pedro Luiz Lopes, a médica e amiga Danielle Marie Cardoso. Obrigada por toda dedicação e apoio para realização dessa pesquisa. Sem a unidade dessa equipe, o trabalho não se realizaria!

Aos sujeitos desta pesquisa, médicos e enfermeiros, que acreditaram nos objetivos deste trabalho e aceitaram participar dele.

RESUMO

A vigilância do desenvolvimento infantil é um processo contínuo de detecção precoce de alterações neuropsicomotoras. Engloba todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento e à detecção de problemas durante os cuidados primários à saúde da criança, enfatizando a observação cuidadosa e longitudinal. Logo, a atenção primária é o nível de atenção propício para que os profissionais realizem de modo efetivo essa vigilância. O que se observa, no entanto, em alguns estudos, é que há um baixo desempenho desses profissionais quanto à vigilância do desenvolvimento infantil, em suas práticas assistenciais à criança. Este trabalho objetivou descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, nas unidades de atenção primária do município de Fortaleza. A população foi composta por médicos e enfermeiros que realizam consultas de puericultura, atuantes nesse nível de atenção, sendo a amostra composta por 135 profissionais, alocados em trinta unidades de atenção primária, distribuídas igualmente nas seis áreas regionais do referido município. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário, respondido por esses profissionais, e o processamento dos dados foi feito pelo programa *Microsoft Office Excel 2016*. Os resultados desta pesquisa revelaram que 98,5% dos profissionais realizam alguma avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, sendo que, destes, uma parcela de 79,3% utiliza o instrumento presente na CSC, conforme é preconizado pelo MS. Destaca-se que quase a metade dos profissionais (43,5%) que não usam a CSC, não fazem uso de outro instrumento. Sobre os devidos encaminhamentos para as crianças classificadas como Alerta para o Desenvolvimento e como Provável Atraso para o Desenvolvimento, ressalta-se que há uma média de 16% de profissionais que não realizam tais encaminhamentos. Denota-se que ainda há muito o que se estudar e se executar na área da vigilância do desenvolvimento infantil, a fim de que as crianças sejam diagnosticadas pertinentemente com atraso, em tempo oportuno. Espera-se que este trabalho colabore significativamente para um melhor monitoramento do desenvolvimento infantil, além de contribuir como produção científica sobre essa temática, a qual apresenta ainda muitas lacunas a serem preenchidas.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Vigilância; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Child development surveillance is an ongoing process of early detection of neuropsychomotor changes. It encompasses all activities related to promoting development and detecting problems during primary health care of the child, emphasizing careful and longitudinal observation. Therefore, primary care is the level of attention that enables professionals to effectively carry out this surveillance. What is observed, however, in some studies, is that there is a low performance of these professionals regarding the surveillance of child development, in their care practices to the child. This work aimed to describe the practice of child development surveillance in child care consultations performed by professionals working in primary care in the city of Fortaleza. This is a descriptive study, with a quantitative approach, in the primary care units of the city of Fortaleza. The population was comprised of doctors and nurses who carry out childcare consultations, working at this level of care. The sample consisted of 135 professionals, allocated in thirty primary care units, also distributed in the six regional areas of said municipality. Data collection was performed through the application of a questionnaire, answered by these professionals, and the data processing was done by the program Microsoft Office Excel 2016. The results of this research revealed that 98.5% of the professionals carry out some evaluation of the child development in childcare consultations, of which a 79.3% share uses the instrument present in the CSC, as recommended by the MS. It is noteworthy that almost half of professionals (43.5%) who do not use CSC do not use another instrument. Regarding the proper referrals for children classified as Developmental Alerts and Likely Delayed Development, it is noted that there is an average of 16% of professionals who do not carry out such referrals. It is noted that there is still much to be studied and carried out in the area of child development surveillance so that children are properly diagnosed late, in a timely manner. It is hoped that this work will contribute significantly to a better monitoring of child development, as well as contribute as a scientific production on this theme, which still presents many gaps to be filled.

Descriptors: Child Development; Surveillance; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
IPREDE	Instituto da Primeira Infância
MFC	Medicina da Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral Comunitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PMM	Programa Mais Médicos
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TRO	Terapia de Reidratação Oral

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência
USAC	Unidade de Saúde Amiga da Criança

LISTA DE FIGURAS

01	Intervenções segundo domínios do desenvolvimento infantil.....	24
02	Instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil – CSC (primeira página)...	38
03	Instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil – CSC (segunda página)...	39
04	Orientações para a tomada de decisão – CSC.....	40

LISTA DE TABELAS

01	UAPS escolhidas para a pesquisa	42
02	Distribuição da amostra por SER e UAPS	47
03	Tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa	49

LISTA DE GRÁFICOS

01	Avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura.....	51
02	Avaliação dos fatores de risco ambientais pelos profissionais.....	52
03	Percentual de profissionais que reavaliam em 30 dias as crianças com alerta para o desenvolvimento.....	53
04	Percentual de profissionais que referenciam para avaliação neuropsicomotora as crianças com provável atraso para o desenvolvimento.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
	1.1 Aproximação do pesquisador com o objeto.....	15
	1.2 Contextualização do objeto.....	16
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL	22
	TEÓRICO.....	
3.1	A vigilância do desenvolvimento infantil como fundamento da assistência pediátrica.....	22
3.2	Perspectiva histórica do monitoramento do desenvolvimento infantil.....	26
3.3	A atenção primária como principal nível para a vigilância do desenvolvimento infantil.....	29
3.4	Importância da utilização de um instrumento sistematizado para a vigilância	33
4	METODOLOGIA.....	42
4.1	DELINEAMENTO.....	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	42
4.3	POPULAÇÃO	E 44
	AMOSTRA.....	
4.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6	CONTROLE	DE 45
	QUALIDADE.....	
4.7	ASPECTOS	45
	ÉTICOS.....	
5	RESULTADOS.....	47
5.1	Distribuição	da 47
	amostra.....	
5.2	Perfil pessoal e profissional dos sujeitos	da 49

	pesquisa.....	
5.3	Caracterização das consultas de puericultura em relação à vigilância do desenvolvimento infantil.....	50
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	69
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	70
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação do pesquisador com o objeto

Durante a pós-graduação na forma de residência médica em Pediatria, eu atuei em diferentes setores da atenção à saúde da criança, abrangendo desde as consultas de puericultura em unidades de atenção primária em saúde de referência, até os serviços de alta complexidade em UTI de hospital terciário. Durante as práticas da residência, desenvolvi o interesse pela puericultura, a qual visa assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação. No contexto da puericultura, o tema do desenvolvimento infantil despertou o meu interesse, devido à sua relevância na atenção à saúde da Criança.

O Programa de Residência Médica de Pediatria da Escola de Saúde Pública do Ceará, que tem como característica o fortalecimento das redes de saúde e atuação integrada com a atenção básica, fortaleceu a minha formação e o meu interesse pela atenção primária à saúde da criança. Durante os quatro meses de atuação em unidades de atenção primária, percebi, no decorrer das consultas de puericultura, que a vigilância do desenvolvimento infantil era bastante incipiente por parte de muitos profissionais, fato que é comprovado pelo parco registro dos marcos do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança (CSC).

Além disso, nessas consultas, deparei com casos de crianças apresentando atrasos de desenvolvimento, os quais não foram identificados previamente, embora fossem acompanhadas na atenção primária. Denota-se, com efeito, a necessidade de qualificação profissional no que concerne ao desenvolvimento infantil, bem como a importância da atenção primária como modificadora de indicadores de saúde.

Ao realizar estudos na literatura sobre essa temática, compreendi que, nos países desenvolvidos, existe uma priorização do desenvolvimento infantil, de modo a padronizar vigilância, triagem e intervenções pertinentes. Em contrapartida, no Brasil, as pesquisas apontam que a avaliação da vigilância do desenvolvimento infantil mediante o registro no Cartão ou na CSC não está sendo realizada de forma plena pelos profissionais de saúde (CAMINHA et al., 2017).

Diante disso, fui impelida ao objeto dessa pesquisa, para buscar o aprofundamento dessa temática e investigar a situação dessa vigilância no município de Fortaleza, principalmente após a formulação de alguns questionamentos sobre o assunto e, também, o reconhecimento das lacunas existentes na literatura.

1.2 Contextualização do objeto

Desde a primeira metade do século passado, o desenvolvimento infantil representa, assim como o crescimento somático, um dos eixos que define e qualifica o processo ativo e contínuo de vigilância à saúde das crianças, sendo considerado um dos fundamentos conceituais e operativos da assistência pediátrica (WHO, 2013).

O reconhecimento desse fundamento assume até mesmo conotação pública, na medida em que a observação e o senso comum compreendem bem que as crianças devem crescer e se desenvolver segundo padrões esperados. No entanto, o que deve ser estabelecido como objeto de estudo é, efetivamente, como o desenvolvimento infantil se incorpora nas práticas de cuidados individuais ou como suportes de políticas e programas de governo (CAMINHA et al., 2017).

Embora sejam encontradas citações em documentos oficiais, o que de fato formalizou um compromisso do Ministério da Saúde (MS) em apoiar a vigilância do desenvolvimento infantil foi a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), oficializado em 1984 (BRASIL, 1984).

Nesses 33 anos de existência do PAISC, a questão do desenvolvimento infantil foi claramente subvalorizada em relação a outros cuidados básicos tratados no referido documento e observados em medidas concretas, como as imunizações, o acompanhamento do crescimento, o aleitamento materno, a terapia de reidratação oral (TRO) e outras estratégias preventivas e curativas aplicadas às doenças prevalentes na infância. A pouca valorização decorre da mortalidade infantil ainda elevada nos anos 1980, a qual centralizou os objetivos do Governo para tais estratégias (CAMINHA et al., 2017).

Até o ano de 2004, não havia recomendação expressa de registrar os marcos de desenvolvimento no Cartão da Criança nem, por conseguinte, as demandas que seu registro

poderia indicar. Nesse ano, a questão do desenvolvimento infantil passou a ser referenciada e, de fato, recomendada normativamente pelo MS (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Cartão da Criança foi convertido em Caderneta de Saúde da Criança (CSC), passando a constituir o principal instrumento para acompanhar e registrar a saúde infantil na atenção primária. No que concerne ao desenvolvimento, os marcos devem ser avaliados e preenchidos em todas as consultas, desde o nascimento até os 3 anos de idade, possibilitando identificar necessidades especiais que demandam abordagem oportuna e pertinente. Os registros na CSC precisam transitar pelos demais serviços e níveis de atenção, podendo servir de subsídio para os cuidados básicos e complementares com a saúde da criança (BRASIL, 2005).

Sobre o uso da CSC como ferramenta do acompanhamento do desenvolvimento, o Manual da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvido originalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), refere que cabe aos profissionais de Atenção Básica à Saúde a maior responsabilidade nesse processo. Segundo esse manual, tal acompanhamento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento saudável da criança e à detecção de problemas no atraso do desenvolvimento, durante as consultas no contexto da atenção básica (BRASIL, 2017).

Sabe-se que famílias e comunidades valorizam o aconselhamento dos profissionais da atenção básica, sendo a consulta de puericultura o momento ideal para capacitação das mães e cuidadores sobre a importância do desenvolvimento infantil (WHO, 2012). Entretanto, o atendimento de puericultura na atenção básica é comumente pautado em queixas, no qual o usuário assume condição passiva (MONTEIRO et al., 2011), ficando negligenciada a vigilância do desenvolvimento da criança.

Assim, apesar de modelos gráficos já terem sido disponibilizados desde 1995 para o registro de marcos do desenvolvimento esperados e alcançados no então Cartão da Criança, ainda não se assumiu tal vigilância como uma atividade sistemática e normativa, ou seja, como recomendação de políticas e ações públicas de saúde (CAMINHA et al., 2017).

Essa limitação agrava-se diante da ênfase dada, em nível mundial, à importância de se intensificar os cuidados nos chamados “1.000 dias críticos” da criança (THE LANCET, 2013). Em 2008, a revista *The Lancet* publicou uma série sobre desnutrição materna e infantil

que identificou a necessidade de se focar no período que vai desde a concepção até o fim do segundo ano de vida da criança – os primeiros mil dias -, no qual a boa nutrição e o crescimento saudável teriam benefícios que se prolongariam por toda a vida. Desde a publicação dessa série, o conceito dos primeiros mil dias tem sido adotado por agências e organizações não governamentais internacionais (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

Ponderando que os indicadores de atraso do crescimento demonstram que as situações de déficit nutricional se acham praticamente resolvidas até mesmo nas regiões mais pobres do país (BRASIL, 2010), sobressai a ideia de que este é o momento de valorizar o desenvolvimento infantil, de modo a não defasar mais ainda o registro de sua vigilância, de acordo com a faixa etária apontada na CSC, durante as consultas de puericultura, caracterizando e aprofundando um descuido que já se torna inaceitável (CAMINHA et al., 2017).

Dessa forma, urge uma execução de medidas a fim de sensibilizar os profissionais de saúde que realizam consultas de puericultura quanto ao uso da CSC, principalmente aqueles que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esse nível de atenção é a porta de entrada da criança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na atenção primária do município de Fortaleza, foi criado o programa “Cresça com seu filho”, nascido sob a iniciativa do gabinete da primeira dama, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com as Secretarias da Educação, de Cidadania e de Direitos Humanos e de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e apoiado pelo MS, pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e pelo Instituto da Primeira Infância (IPREDE). Tal programa visa favorecer o desenvolvimento integral da primeira infância, desde a gestação até os três anos de vida. Em agosto de 2017, o Programa Cresça com Seu Filho firmou parceria com o Programa Criança Feliz do Governo Federal, tendo ambos, como objetivo principal, conseguir promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância. A aliança formada entre os programas veio a fortalecer as ações voltadas para a Primeira Infância dentro do município de Fortaleza (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2017).

Nessa perspectiva, com o intuito de fomentar ainda mais tais ações, formulou-se o Plano Unidade de Saúde Amiga da Criança (USAC), no qual a Prefeitura Municipal de Fortaleza fornecerá um “selo de reconhecimento” às UAPS que venham a obter bom desempenho no cuidado à criança dentro dos primeiros mil dias de vida. A fim de implantar

esse plano, foram desempenhadas várias ações. Medidas com a finalidade de identificar a estruturação dos hospitais municipais, onde funcionam maternidades e das UAPS que desempenham o seguimento de gestantes, no pré-natal e de crianças, em acompanhamento de Puericultura, foram implementadas. Além disso, profissionais de saúde, de todas as 110 UAPS de Fortaleza, foram sensibilizados e capacitados, no Curso de Atualização em Puericultura para Implantação da USAC realizado em agosto e setembro de 2017, em parceria com três universidades de Fortaleza. A aliança com instituições de nível superior é uma estratégia que já vem sendo desenvolvida, inclusive com a inclusão do plano USAC em projetos de extensão de cursos de pós-graduação em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2017).

Buscando um atual diagnóstico situacional do desenvolvimento infantil nesse município, questiona-se: como está a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais médicos e enfermeiros no município de Fortaleza? Com o fito de responder esse questionamento, é que será desenvolvida esta pesquisa.

Tal indagação emergiu da leitura de estudos acerca da importância da avaliação do desenvolvimento infantil no contexto da puericultura. Apesar da recomendação expressa do MS acerca da vigilância desse desenvolvimento, a qual deve ser realizada em todas as consultas, muitos profissionais, por vezes, não a realizam, conforme demonstram as publicações na literatura.

O interesse pelo tema justifica-se pela inserção acadêmica e profissional, como também pelo estudo dos manuais do MS acerca da vigilância do desenvolvimento infantil bem como de outras literaturas científicas nacionais e internacionais. Isso permitiu vários contatos com o descumprimento das recomendações desses manuais.

Então, para consolidar a descrição do panorama atual desse monitoramento na APS, no município de Fortaleza, torna-se justificável este estudo, considerando que há a necessidade dessa compreensão, a partir da investigação científica da prática de cada profissional.

A partir de uma revisão da literatura realizada em julho de 2016, pela busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), na qual foram entrecruzados vários descritores: “Desenvolvimento infantil”,

“Vigilância”, “Atenção primária à saúde”, “Saúde da criança”, percebe-se, não obstante os vários projetos cearenses governamentais e não governamentais que contemplam a temática do desenvolvimento infantil, que não há publicações de estudos sobre isso ocorridos no município de Fortaleza.

Assim, a relevância dessa pesquisa se ampara no fato de que não há produção científica publicada nas bibliotecas virtuais sobre vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária de Fortaleza. Além disso, esse estudo é relevante socialmente e também promissor para a atenção à saúde da criança, haja vista que, a partir de um diagnóstico situacional dessa vigilância no referido município e de um debate com estudos realizados em outros municípios brasileiros, poder-se-á oferecer subsídios teóricos para a implementação de políticas públicas que valorizem o monitoramento do desenvolvimento infantil no País.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza.

2.2 Específicos

- Averiguar a ocorrência da avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura da atenção primária à saúde;
- Identificar se os médicos perguntam a opinião dos pais/cuidadores sobre fatos associados ao desenvolvimento da criança;
- Verificar, nessas consultas de puericultura, a utilização do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil presente na caderneta de saúde da criança;
- Identificar se as crianças que apresentam alerta para o desenvolvimento estão sendo reavaliadas em 30 dias;
- Conferir se as crianças com provável atraso do desenvolvimento estão sendo referenciadas para avaliação neuropsicomotora.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, tendo em vista que eles compõem a fase da vida em que o tecido nervoso mais cresce e amadurece. Esse acompanhamento foi estabelecido, desde a primeira metade do século passado, como um dos eixos que qualificam o processo de atenção integral à saúde da criança. No Brasil, a recomendação de apoiar a vigilância do desenvolvimento infantil ocorre desde 1984, cabendo, segundo os manuais do MS, aos profissionais da Atenção Básica, a maior responsabilidade nesse processo de vigilância.

3.1 A vigilância do desenvolvimento infantil como fundamento da assistência pediátrica

O desenvolvimento infantil se caracteriza como um processo contínuo e dinâmico que promove mudanças nas diversas áreas: física, social, emocional e cognitiva, em uma complexa interação entre elas e o meio ambiente. Cada estágio do desenvolvimento é construído a partir das etapas anteriores (HALPERN, 2015). A cada etapa, há um aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

Esse processo se inicia na vida intrauterina e envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, visando tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

Desse modo, os acontecimentos nos primeiros anos de vida de um indivíduo interferem na sua saúde, ao longo da sua vida. Existe um crescente reconhecimento na literatura de que a saúde nos primeiros anos estabelece as bases para o bem-estar dos anos vindouros (REICHERT et al., 2016).

Um estudo na área das neurociências demonstrou que as sinapses se desenvolvem rapidamente nesses primeiros anos e formam a base do funcionamento cognitivo e emocional para o resto da vida (YOUNG; MUSTARD, 2007). Reforçando ainda mais a importância desses primeiros acontecimentos, em 2008, a revista *The Lancet* publicou uma série sobre desnutrição materna e infantil que identificou a necessidade de se focar no período que vai

desde a concepção até o fim do segundo ano de vida da criança - os primeiros mil dias -, no qual a boa nutrição e o crescimento saudável teriam benefícios que se prolongariam por toda a vida (BHUTTA et al., 2008).

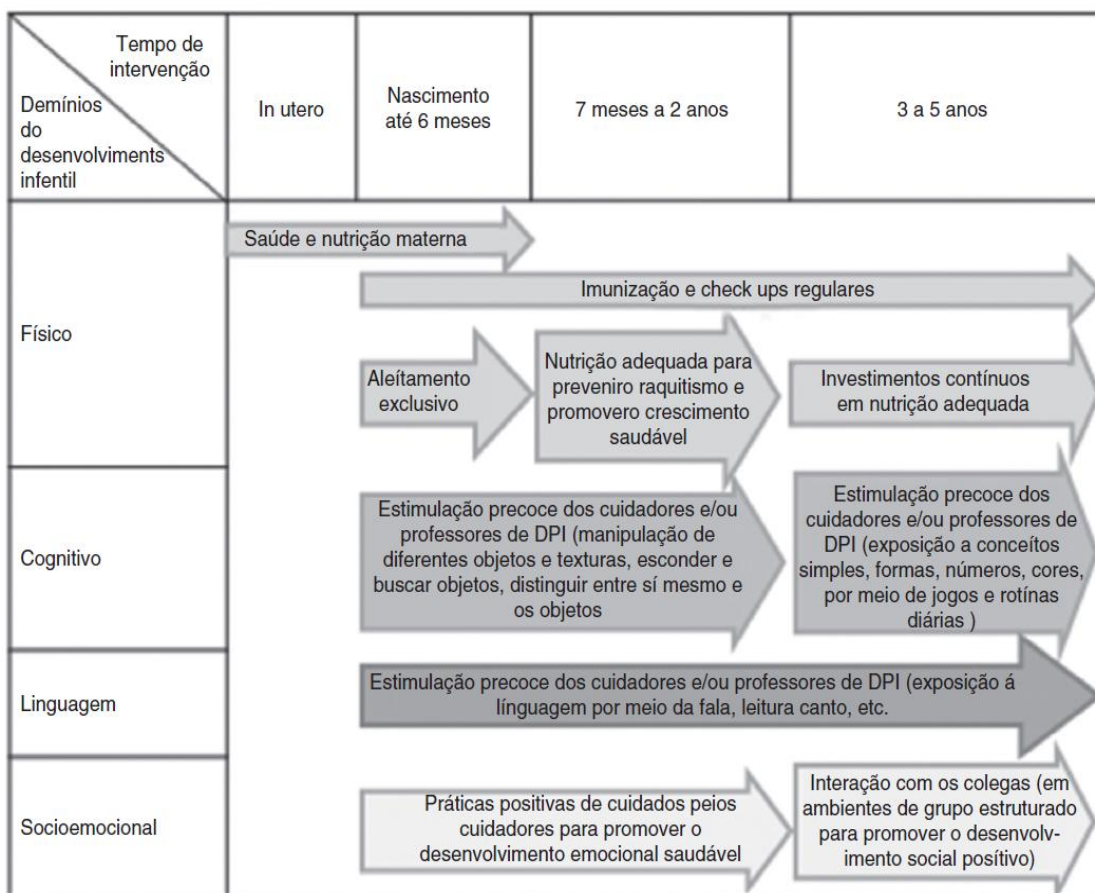
Acerca do desenvolvimento na primeira infância, Cunha, Leite e Almeida (2015) afirmam que é um processo multidimensional em que o progresso em um domínio muitas vezes atua como catalisador para o progresso em outros domínios. Da mesma forma, atrasos em uma área de desenvolvimento podem também catalisar atrasos em outras áreas. Por exemplo, a desnutrição nos primeiros anos de vida leva a um desenvolvimento físico deficiente, sendo indicador de que haverá atraso no desenvolvimento cognitivo e baixo desempenho acadêmico na vida escolar.

Com efeito, o desenvolvimento deve ser compreendido dentro do modelo ecobiodesenvolvimental, no qual se expande da biologia e do ambiente para um conceito mais amplo, que abrange a epigenética e a neurociência (COELHO et al., 2016).

São quatro os domínios que estão interrelacionados no desenvolvimento infantil: o físico, o cognitivo, o linguístico e o socioemocional. O desenvolvimento físico é definido como uma taxa individual de crescimento, aptidão física, habilidades motoras finas, habilidades motoras grosseiras e capacidade de cuidar de si mesmo. Já o desenvolvimento cognitivo envolve progresso nas habilidades analíticas, de resolução de problemas mentais, memória e nas primeiras habilidades matemáticas. Por sua vez, o desenvolvimento da linguagem se manifesta no bebê pelos atos de balbuciar, apontar e gesticular; e depois pelo surgimento das primeiras palavras e frases, até a explosão de palavras entre os dois e três anos. Por último, o desenvolvimento socioemocional nos primeiros dois anos de vida, portanto dentro dos primeiros mil dias, dá-se por meio do relacionamento das crianças com os cuidadores, quando elas aprendem a confiar naqueles com os quais convivem e que os ajudam a satisfazer suas necessidades. Essas aquisições ajudam a construir o desenvolvimento socioemocional na idade pré-escolar, que se expande para incluir a competência social, a gestão do comportamento, a percepção social e capacidades de autocontrole. Algumas dessas competências envolvem processos tanto socioemocionais como cognitivos, tendo sido chamadas de “processos de função executiva”. A competência nesses processos é imprescindível para garantir que a criança se torne um adulto saudável e produtivo (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015).

Ainda sobre o desenvolvimento dos domínios apresentados, os autores supracitados explicam que este é cumulativo, acontecendo ao longo da primeira infância. Entretanto, algumas intervenções são importantes em períodos específicos que se caracterizam como janelas de oportunidades, devendo ser priorizadas, conforme resumidas na figura a seguir (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015).

Figura 1: Intervenções segundo domínios do desenvolvimento infantil.



Fonte: CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015.

Verifica-se, a partir dessa figura, que além da importância da nutrição adequada durante todos os períodos, é fundamental que as crianças tenham um ambiente propício e acolhedor para desenvolver laços fortes com seus cuidadores, sendo possível lançar, desse modo, as bases para um maior desenvolvimento em todas as áreas. De fato, a falha em fornecer às crianças essa nutrição e estimulação prejudica o potencial humano de desenvolvimento delas (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015).

Dornelas e Magalhães (2016) confirmam isso quando defendem que, não obstante o conhecimento atual acerca do potencial de mudança do desenvolvimento infantil devido à plasticidade neural, adverte-se para problemas futuros no tocante às crianças diagnosticadas com atraso na idade escolar, tais como restrições no rendimento de aprendizagem, baixa participação no contexto das atividades escolares e desempenho funcional significativamente inferior em comparação ao de crianças sem história de atraso.

Para a prevenção desses atrasos, além dos estímulos visuais, auditivos, olfativos, motores e de interação com adultos, Oliveira et al. (2013) salientam a incorporação de carinho e afeto na promoção do cuidado da criança, valorizando fortemente aspectos emocionais, sociais, culturais e ambientais, para alcançar todo potencial da criança.

Diante da mencionada relevância da fase inicial da vida, a qual compreende um período de significativas modificações no desenvolvimento físico e neuropsicomotor do indivíduo, é imperativo um acompanhamento regular da criança, a fim de detectar precocemente possíveis agravos a sua saúde.

Esse acompanhamento, que faz parte das ações de vigilância do desenvolvimento infantil, deve ser iniciado desde o nascimento, visto que, como explicado anteriormente, os dois primeiros anos de vida constituem um período importante e ideal para intervenções que previnam problemas do desenvolvimento (REICHERT et al., 2015). Pois, na ausência de um processo de vigilância apenas 30% das crianças serão detectadas com atraso até a idade escolar (COELHO et al., 2016). Estima-se que, em nível mundial, 200 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade deixam de realizar todo o seu potencial quanto ao desenvolvimento cognitivo e socioemocional, e países da África Subsaariana tem a maior percentagem de crianças desfavorecidas (CAMINHA et al., 2017).

A referida vigilância é um processo contínuo que acontece ao longo das consultas e que permite a detecção precoce desses problemas de desenvolvimento, ao passo que a triagem é parte desse processo e se caracteriza por ser circunstancial, utilizando-se, geralmente, um instrumento padronizado. O uso sistemático de vigilância e triagem é decisivo para que o pediatra possa identificar potenciais fatores de risco ou atrasos e promover a intervenção (COELHO et al., 2016).

Em verdade, essa supervisão do desenvolvimento da criança é uma importante tarefa que deve fazer parte do rol de atividades do dia-a-dia do pediatra. Detectar precocemente crianças que possam ter atrasos é um dos objetivos das consultas pediátricas de rotina. O

grande objetivo da identificação e do diagnóstico precoce do atraso do desenvolvimento de uma criança, e da consequente intervenção precoce, geralmente multiprofissional, é contribuir para que cada criança adquira seu máximo potencial individual, finalidade da Pediatria (KING e GLASCOE, 2003; ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

Com esse máximo potencial alcançado, espera-se que ocorra: diminuição da mortalidade e morbidade na infância; incremento no desenvolvimento cognitivo, motor e socioafetivo; incremento no desempenho social e na capacidade de aprendizado; aumento na estatura do adulto e diminuição na obesidade e nas doenças crônico-degenerativas; e aumento na capacidade de trabalho e produtividade. Além disso, há fortes evidências de que os programas de desenvolvimento da primeira infância, voltados para a saúde, nutrição e estimulação precoce, não trazem apenas isso, mas também trazem maiores benefícios para toda a sociedade, em termos de saúde infantil e desenvolvimento global (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015).

Em países de baixa renda, estimativas apontam como intervenções para a promoção do desenvolvimento na primeira infância, a utilização de mídias educacionais voltadas à melhoria da saúde das crianças, intervenções com crianças de alto risco e programas de transferência de renda. Investimentos eficazes de desenvolvimento na primeira infância podem reduzir as desigualdades perpetuadas pela pobreza, má nutrição e acesso à educação (REICHERT et al., 2015).

Portanto, a avaliação cuidadosa do desenvolvimento infantil possibilita acompanhar, de forma oportuna e pertinente, o seu desempenho como parâmetro sensível do processo saúde/doença, em nível individual (ou clínico) e coletivo (epidemiológico) (CAMINHA et al., 2017). Estudar a vigilância desse desenvolvimento pode ser, então, fundamental para uma melhora considerável de indicadores clínicos e epidemiológicos no mundo. Continuemos a estudar essa vigilância, pois, a partir de uma perspectiva histórica.

3.2 Perspectiva histórica do monitoramento do desenvolvimento infantil

Desde o século XVIII a. C., na Mesopotâmia, já existiam leis de proteção à criança no conhecido Código de Hamurabi, tais como:

Se alguém roubar o filho menor de outrem, este alguém deve ser condenado à morte.

Se alguém não considera entre seus filhos aquele que tomou e criou como filho, o adotado pode voltar para sua casa paterna.

Se alguém der seu filho para uma ama e a criança morrer nas mãos desta ama, mas a ama, com o desconhecimento do pai e da mãe, cuidar de outra criança, então eles devem acusá-la de estar cuidando de outra criança sem o consentimento do pai e da mãe. O castigo desta mulher será ter seus seios cortados (VIEIRA, 2011, p. 31).

Seguindo a linha do tempo, Hipócrates (460 a. C.) foi um dos primeiros a reconhecer e a escrever sobre os benefícios da amamentação como dieta higiênica, pois já observava um maior número de óbitos de bebês que não eram amamentados (CRESPIN, 1992).

Os primeiros textos romanos que discorreram sobre os cuidados com crianças foram escritos por Sorano e Galeno, médicos gregos que clinicaram em Roma no início era cristã (MAGNER, 2005).

De um modo geral, a pediatria e a puericultura, no Brasil, surgem, em bases científicas, com Carlos Arthur Moncovo de Figueiredo, que, no final do século XIX, foi o responsável pela criação da primeira clínica infantil brasileira e o curso pioneiro de Pediatria no Rio de Janeiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

No século seguinte, em nível mundial, destacam-se os princípios históricos da chamada pediatria social, representada principalmente por Robert Debret na França, David Morley na Inglaterra, Julius Richmond nos Estados Unidos, Frederico Gomez no México e no Brasil, com Fernando Figueira, Martagão Gesteira, Martinho da Rocha, Gomes de Mattos, Pedro de Alcântara e outros (CAMINHA et al., 2017).

Do século passado para o presente século, para fins didáticos, Caminha et al. (2017) dividem os referenciais de políticas e programas públicos de saúde infantil em duas sequências históricas, caracterizando-se a primeira como uma etapa ainda marcada por mortalidade infantil elevada, em função da ocorrência de doenças carenciais associadas a processos infecciosos. Nesse sentido, valoriza-se mais a vigilância do crescimento, usando gráficos ou classificações antropométricas. Na segunda sequência, com o progresso material e social ligado ao acesso e à resolutividade das ações de saúde, define-se um cenário em que mais se justifica a valorização do desenvolvimento como uma sequência esperada do processo de transição.

Não existe uma linha demarcatória separando os dois cenários, os quais se sucedem naturalmente. Convenientemente, a priorização do desenvolvimento infantil representaria uma

etapa já avançada do nível de cuidados de saúde da criança, ou seja, o contexto próprio dos países mais desenvolvidos, no qual se integra o monitoramento do desenvolvimento, padronizando vigilância, triagem e intervenções pertinentes (CAMINHA et al., 2017).

O caso do Brasil já estaria configurado nessa segunda condição, o que justifica a observação sistemática do desenvolvimento infantil. É o que deveria ocorrer a partir de 2004, como recomendação explícita de políticas públicas aplicadas às crianças (BRASIL, 2004).

Sobre o histórico brasileiro, Caminha et al. (2017) também afirmam que, embora sejam encontradas citações acerca do desenvolvimento infantil em documentos oficiais, o que de fato formalizou uma recomendação e, mais que isso, um compromisso do MS do Brasil em apoiar a vigilância desse desenvolvimento foi a instituição do PAISC, oficializado em 1984, após a realização da conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, na década de 1970, a qual teve como um dos resultados, a recomendação ao monitoramento da população infantil. No entanto, nesse documento, a questão do desenvolvimento ainda foi claramente subvalorizada em relação a outros cuidados básicos, observados em medidas concretas, como as imunizações, o acompanhamento do crescimento, o aleitamento materno, a TRO e outras estratégias preventivas e curativas aplicadas às doenças prevalentes na infância.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil é um dos eixos do PAISC, tendo como meio de visualização o cartão da criança, elaborado pelo MS, em 1986 (BRASIL, 2017). Com a promulgação da Constituição de 1988, houve um estímulo às ações preventivas, o que implementou a importante decisão de implantação do cartão da criança em todo território nacional (SOUZA, 2010). O cartão deveria atuar como instrumento de conscientização, abrindo espaço para um empoderamento da família e da comunidade, na promoção da própria saúde (RIBEIRO, 2014).

A mortalidade infantil, ainda elevada na década de 1980, centralizou os objetivos maiores do governo brasileiro. Até então, não havia recomendação expressa de registrar os marcos de desenvolvimento no Cartão da Criança nem, por conseguinte, as demandas que seu registro poderia indicar. Nessa perspectiva, a questão do desenvolvimento infantil só passou a ser, de fato, recomendada normativamente, em manual, pelo MS, em 2004 (CAMINHA et al., 2017).

Em 2005, o Cartão da Criança, então convertido em CSC, passou a constituir o principal instrumento para acompanhar e registrar a saúde infantil na atenção primária, sendo assim utilizado até os dias atuais. Quanto ao desenvolvimento, os marcos devem ser avaliados

e preenchidos em todas as consultas, desde o nascimento até os 3 anos de idade, possibilitando identificar necessidades especiais que demandam abordagem oportuna e pertinente. Ademais, esses registros precisam transitar pelos demais serviços e níveis de atenção, podendo servir de subsídio para os cuidados básicos e complementares com a saúde da criança (BRASIL, 2009).

Não obstante todos os progressos decorrentes das políticas públicas implementadas no contexto da saúde da criança, ainda não se assumiu a vigilância do desenvolvimento infantil como uma atividade sistemática e normativa nas unidades de saúde. O compromisso com essa vigilância, reafirmado em 2004 pelo MS, obrigou o registro dos marcos nas cadernetas de saúde da criança nas unidades básicas de saúde, no entanto, os avanços são pouco significativos. A respeito desse acompanhamento do desenvolvimento infantil na atenção primária, o próximo tópico será aprofundado.

3.3 A atenção primária como principal nível para a vigilância do desenvolvimento infantil

A APS representa o primeiro nível de assistência à saúde, sendo caracterizado como o princípio do processo de hierarquização da atenção e como a forma de garantir o acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, no sentido da promoção de um ambiente de justiça social e equidade. Nesse sentido, a APS também pode ser entendida como um conjunto de atividades relacionadas às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que devem estar conectadas com os demais níveis de assistência à saúde, de forma a implementar um efetivo sistema de saúde (ANDRÉ e TAKAYANAGUI, 2017).

Corroborando esse conceito de APS, Tanaka (2011) defende que esse nível de atenção é considerado a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo capaz de prevenir, reduzir ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, abrangendo a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento oportuno em tempo, utilizando a tecnologia disponível.

Sendo essa porta de entrada, a APS se sustenta no desenvolvimento de ações mínimas e necessárias, como a educação voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde, acesso a alimentos e nutrição adequada, tratamento de água e saneamento básico, ênfase na

saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas e fornecimento de medicamentos essenciais (ANDRÉ e TAKAYANAGUI, 2017).

Na perspectiva da saúde materno-infantil, a promoção da saúde apresenta uma estreita relação com a vigilância em saúde e desenvolvimento infantil, cujas ações são capazes de reduzir situações de vulnerabilidade e riscos, favorecendo a identificação e a intervenção precoce frente ao atraso no desenvolvimento infantil (MONTEIRO et al., 2014).

Nesse contexto, torna-se enfático destacar a vigilância do desenvolvimento da criança, especialmente na APS, ao viabilizar a identificação de possíveis alterações no crescimento e desenvolvimento e possibilitar intervenções oportunas, a fim de oferecer melhor qualidade de vida à população infantil. A APS torna-se grande aliada para a efetividade desse processo, tendo em vista seu foco na prevenção e promoção da saúde, a partir de uma visão ampliada do indivíduo, do respeito e da valorização da família, e na utilização de práticas de educação em saúde (PEREIRA et al., 2015).

No tocante à vigilância do desenvolvimento infantil, Pereira et al. (2015) também afirmam que ela é uma atividade preconizada nas políticas públicas de saúde da criança, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de danos a essa população. Reichert et al. (2015) complementam que essa vigilância compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas no desenvolvimento, durante a APS da criança. Tais atividades constituem um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores, entre outros.

Desse modo, é necessária não só a participação dos profissionais nesse processo, mas também dos pais. A opinião destes sobre o desenvolvimento da criança durante a consulta é de fundamental importância para anamnese do DNPM, pois essa anamnese, quando é auxiliada pelas informações dos pais, além de ser, em geral, fidedigna, auxilia no diagnóstico de alterações. Quando bem interpretada e valorizada pelo profissional, a opinião dos pais pode levar a decisões corretas sobre a necessidade de encaminhamento de crianças com problemas no desenvolvimento para serviços de estimulação precoce. Assim, os pais precisam ser considerados parceiros do programa de prevenção de distúrbios no desenvolvimento infantil, pois o fortalecimento das competências para o cuidado da criança, nessa fase da vida, trará benefícios permanentes (REICHERT et al., 2015).

Tal fortalecimento implica um preparo profissional que, por vezes, é insuficiente na prática da vigilância. Reichert et al. (2015) afirmam que essa prática se encontra aquém do

esperado, uma vez que há um despreparo dos profissionais que realizam consultas de puericultura. Em geral, tais consultas centram-se nas queixas dos pais, na aferição de peso, na verificação do esquema de vacinações e na orientação nutricional, sendo omitida a avaliação do desenvolvimento infantil. Sobre isso, Caminha et al. (2017) também argumentam que o atendimento de puericultura na atenção básica é comumente pautado em queixas, tendo, os pais, uma condição passiva, na qual não há uma construção do cuidado à criança, em que a vigilância do desenvolvimento seja parte desse cuidado.

Essa desvalorização da avaliação do desenvolvimento como parte fundamental da consulta pediátrica, o despreparo profissional e o desconhecimento técnico de médicos e enfermeiros em relação a esse tema já foram destaque de publicações científicas em diferentes países. No Brasil, a situação apontada pelos poucos estudos realizados, tanto nas regiões Norte e Nordeste quanto no Sul e no Sudeste, é preocupante (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012). Sendo assim, necessidade de qualificação desses profissionais para realização da vigilância do desenvolvimento infantil é uma prioridade, visto que, muitas crianças que frequentam as unidades de saúde na APS encontram-se em risco de atraso no desenvolvimento (REICHERT et al., 2015).

Como consequência da escassa capacitação profissional referida anteriormente, os desvios no desenvolvimento são detectados tardiamente, quando a criança já apresenta sinais mais graves de comprometimento, dificultando o tratamento, na maioria dos casos (REICHERT et al., 2015).

Além desse tratamento ser mais difícil, ele é mais oneroso, sendo plenamente estabelecido na literatura que o custo de uma avaliação e intervenção precoce no desenvolvimento infantil chega a ser cem vezes menor do que o custo para tratar uma criança com um diagnóstico tardio (COELHO et al., 2016). Estudos recentes mostram que investimentos feitos nos primeiros quatro anos de vida têm uma taxa de retorno anual positivo, enquanto alguns programas de recuperação tardia apresentam retornos que são nulos e muitas vezes negativos (ARAÚJO, 2011).

Em contrapartida, é evidente que a identificação incorreta de um atraso pode acarretar um consequente aumento de custos em avaliações especializadas e exames subsidiários, além de apreensão familiar. No entanto, na situação inversa, perde-se o momento de intervenção, e os custos multiplicam-se, pois serão tratamentos mais longos e, talvez, permanentes (CUNHA e HECKMANN, 2010).

Outro estudo mais recente traz esse questionamento quanto aos custos, mas os resultados reforçam a necessidade da vigilância sistemática, da avaliação dos fatores de risco e da percepção parental para suspeita de possíveis problemas de desenvolvimento e comportamento, como suficientes para conduzir as crianças diretamente para uma identificação correta do diagnóstico (URKIN, BAR-DAVID e PORTER, 2015).

Entretanto, sabe-se que avaliar desenvolvimento infantil é uma tarefa complexa que exige uma vigilância continuada nos primeiros anos de vida e conhecimento de normalidade do desenvolvimento infantil (COELHO et al., 2016). O profissional da saúde pode ter um papel fundamental, tanto na educação dos pais e responsáveis pelas crianças como na implantação de intervenções curativas, preventivas e promotoras da saúde por meio da sua prática profissional (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015). Em geral, famílias e comunidades valorizam o aconselhamento desses profissionais, o que facilita a capacitação dos pais e cuidadores sobre o desenvolvimento infantil (SIERAU et al., 2016).

Portanto, pode-se concluir que a vigilância do desenvolvimento infantil constitui uma modalidade de intervenção preventiva, compreendendo atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas do desenvolvimento, sendo, tal modalidade, um dos principais objetivos da atenção primária à saúde da criança. No entanto, na prática, esse é um tema ainda desvalorizado pelos profissionais. Isso se reflete no despreparo de muitos médicos e enfermeiros em reconhecer os fatores de risco e detectar as alterações do desenvolvimento, garantindo intervenções oportunas (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012). Focalizar ações de vigilância do desenvolvimento da criança poderá: aumentar as chances dessa criança ter uma vida saudável e produtiva no futuro, fortalecer famílias e comunidades e contribuir para quebrar o ciclo intergeracional da pobreza (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015).

Para isso, uma das ações governamentais efetivas foi o programa do AIDPI, desenvolvido pela OMS e pela UNICEF, o qual serviu de base para o uso na vigilância do desenvolvimento infantil. Posteriormente, um manual foi publicado com essa finalidade e uma tabela de vigilância do desenvolvimento foi adaptada e vem sendo usada na CSC do MS, na rede de atenção primária. Essa proposta agrega, além dos marcos do desenvolvimento, alguns fatores de risco mais relevantes associados aos atrasos no desenvolvimento (BRASIL, 2017).

Sobre esse instrumento e sua relevância para monitorar, com eficácia, o desenvolvimento infantil, o próximo tópico fará uma considerável abordagem.

3.4 Importância da utilização de um instrumento sistematizado para a vigilância

No final da década de 1950, David Morley, renomado pediatra britânico, propôs que o acompanhamento longitudinal do peso de crianças poderia informar um comprometimento nutricional antes que esse se tornasse clinicamente evidente, possibilitando intervenções precoces. Em 1959, Morley elaborou um cartão que continha uma curva denominada “Caminho da Saúde” que permitia a avaliação ponderal sequencial da criança. O cartão, introduzido inicialmente na Nigéria, possibilitava também registrar as imunizações efetuadas (MORLEY; ELMORE-MEEGEN, 2000). Esse foi o primeiro instrumento que se tem registro, utilizado na atenção à saúde da criança.

Tal instrumento foi desenvolvido para ser usado por agentes de saúde com pouca capacidade de leitura e escrita, pois havia escassez de profissionais qualificados. Por esse motivo, o cartão era afixado junto à balança na ocasião em que o peso da criança era aferido, facilitando a marcação na curva. A mãe participava do processo de pesagem e registro dos dados no cartão (ZEFERINO, 2003). Os acontecimentos mais importantes da vida da criança, tais como o desmame, nascimento de outro irmão ou doenças mais graves também poderiam ser registrados no decorrer do acompanhamento longitudinal. Além disso, o cartão “Caminho da Criança” deveria ficar com a família e não nos serviços de saúde. Essa prática, além de se mostrar mais vantajosa, agilizando a pesagem e anotação dos dados, reforça a importância da família no compartilhamento da responsabilidade sobre a saúde da criança (MORLEY; ELMORE-MEEGEN, 2000).

A essa época, já se percebia a utilidade de um instrumento para auxiliar a promoção da saúde da criança. No que tange à vigilância do desenvolvimento infantil, historicamente, o teste de Denver II foi e ainda tem sido o instrumento de triagem mais usado mundialmente, em especial no Brasil, por não existir um instrumento com essa finalidade (COELHO et al., 2016). O teste de triagem Denver, conhecido como Denver Developmental Screening, publicado em 1967 e revisado em 1990 com a denominação de teste de Denver II, vem sendo amplamente utilizado e já foi padronizado em diversos países, como Japão, País de Gales, Turquia, Cingapura, Arábia Saudita e Brasil. O manual brasileiro de avaliação do

desenvolvimento, que segue a escala de Denver II, permite uma leitura do desenvolvimento da criança. Sua função não é diagnosticar, mas alertar e indicar a necessidade de investigação mais cuidadosa e aprofundada (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

Além de ter fácil aplicabilidade e pouco tempo de feitura, a validade desse instrumento foi estabelecida pela precisão obtida nos diferentes percentis em que cada tarefa foi estabelecida para cada idade pesquisada. Todavia, assim como os outros instrumentos de triagem, o Denver II não tem um constructo de hipótese, como por exemplo um teste de inteligência, apenas define a idade com que uma criança cumpre uma determinada tarefa (COELHO et al., 2016).

Em verdade, todo instrumento de triagem apresenta vantagens e desvantagens. Zepponi, Volpon e Del Ciampo (2012) explicam que a escolha do instrumento dependerá da população e dos objetivos a serem alcançados pelo profissional de saúde. Os mesmos autores também referem que a maior crítica aos testes de triagem é o ponto de corte, que diferencia positivos de negativos, com superposição de casos entre doentes e não doentes. Como consequência, tem-se o encaminhamento desnecessário aos serviços especializados, o qual leva à preocupação entre familiares.

Por outro lado, a falta de encaminhamento pode privar o indivíduo de reabilitação e tratamento em tempo oportuno. Assim, já é consenso entre os pesquisadores a importância da utilização de instrumento sistematizado para avaliação do desenvolvimento das crianças durante a consulta, caso contrário, crianças que estão com leve atraso deixarão de ser detectadas, devido à sutileza dos sinais (REICHERT et al., 2015).

Outrossim, a utilização de um instrumento sistematizado facilita a realização da vigilância do desenvolvimento infantil, sendo fundamental na assistência à criança. A Academia Americana de Pediatria recomenda aplicar um instrumento de triagem durante os três primeiros anos de vida, mesmo na ausência de fatores de risco, para aumentar a capacidade de identificação de possíveis atrasos (COELHO et al., 2016).

Apesar de haver inúmeros instrumentos de triagem, não existe um que tenha uma abrangência universal. Além disso, os melhores ainda apresentam um número significativo de falsos positivos em torno de 25% e não selecionam aquelas crianças que ficam entre 1 e 2 desvios-padrão, ainda assim de risco para possíveis atrasos (COELHO et al., 2016). A escassez de instrumentos nacionais padronizados ressalta a importância de estudos no Brasil

para verificar a adequação e a validação de instrumentos para os parâmetros locais (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

Além da necessidade de mais estudos no Brasil e no mundo acerca de instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança, urge também uma maior utilização destes nas práticas profissionais daqueles que assistem à população infantil. Estudos recentes têm mostrado um aumento dessa utilização, porém, ela ainda é pequena nos serviços de atendimento pediátrico, tanto públicos quanto privados (COELHO et al., 2016).

O desuso de um instrumento padronizado dificulta a avaliação do desenvolvimento, o que tem contribuído para que as alterações passem despercebidas, só se tornando evidentes muito mais tarde. Um estudo americano publicado em 2005 mostrou que apenas 23% dos pediatras, questionados quanto à avaliação do desenvolvimento, usavam testes padronizados (SAND et al., 2005). O resultado disso é que, nos Estados Unidos, a implementação do acompanhamento do desenvolvimento e a detecção precoce de problemas no desenvolvimento têm sido limitadas nos casos em que o profissional não utiliza um instrumento sistematizado e nem segue os protocolos recomendados pela Academia Americana de Pediatria (REICHERT et al., 2015).

Percebe-se, então, que, mesmo em países onde a utilização de instrumento sistematizado para avaliação do desenvolvimento é incentivada e normatizada, os profissionais não o utilizam em todas as consultas (REICHERT et al., 2015).

No contexto brasileiro, como abordado no segundo tópico deste item, o MS implantou um instrumento para monitorar o desenvolvimento infantil em 2002.

O AIDPI, desenvolvido pela OMS e pela UNICEF, serviu de base para o uso na vigilância do desenvolvimento infantil. Posteriormente, um manual foi publicado com essa finalidade e uma tabela de vigilância do desenvolvimento foi adaptada e vem sendo usada na CSC do MS na rede de atenção primária. Essa proposta agrega, além dos marcos do desenvolvimento, alguns fatores de risco mais relevantes associados aos atrasos no desenvolvimento (BRASIL, 2017)

No desenvolvimento dessa proposta, a CSC apresenta-se como instrumento essencial de vigilância por ser o documento em que são registrados os dados e também aquele que transita pelos diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

A adequada utilização da CSC possibilita apropriação do instrumento pela família, cuja potencialidade para adesão e corresponsabilidade pelos cuidados desenvolvidos repercute positivamente na redução da morbimortalidade infantil. Ademais, propicia aos profissionais e familiares identificar precocemente qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento infantil (REICHERT et al., 2016).

O instrumento proposto para vigilância do desenvolvimento na CSC utiliza, para avaliar a criança, informações sobre fatores de risco, a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, a verificação do perímetro cefálico e observação da presença de alterações fenotípicas ao exame físico, assim como a observação de algumas posturas, comportamentos e reflexos presentes em determinadas faixas etárias da criança. Essas posturas e reflexos foram retirados da observação de alguns autores (LEFÈVRE e DIAMENT, 1990), assim como os comportamentos foram retirados de quatro escalas de desenvolvimento de utilização nacional e internacional, já validadas por outros autores (BAYLEY, 1993; FRANKENBURG e DODDS, 1967; GESELL e AMATRUDA, 1945; PINTO, VILANOVA e VIEIRA, 1997). Para as crianças da faixa etária de 0 a menos de 2 meses utilizou-se a observação de alguns reflexos primitivos, posturas e habilidades observadas nos primeiros dois meses de vida. Como o número de reflexos/posturas/habilidades foi relativamente pequeno, a ausência de apenas um deles já foi considerada significativa para tomada de alguma decisão. Para a faixa etária de 2 meses a 2 anos de idade foram utilizados 32 marcos do desenvolvimento, de fácil observação, divididos por oito faixas etárias, presentes em 90% (percentil 90) das crianças para aquela idade. Os marcos escolhidos para cada idade foram quatro, sendo um da área motora grossa, um da área motora fina, um da linguagem e um da interação pessoal-social. Como o ponto de corte foi o percentil 90 e o número de comportamentos a serem observados foi pequeno (apenas 4 para cada faixa de idade), a ausência no cumprimento de um só marco já foi considerado significativo para tomada de alguma decisão (BRASIL, 2005).

Assim, caso a criança apresente os reflexos presentes e normais, assim como as posturas e habilidades presentes de acordo com a sua faixa etária, seu perímetro cefálico esteja entre os percentis 10 e 90, não apresente 03 ou mais alterações fenotípicas e não apresente fatores de risco para o desenvolvimento, ela deve ser classificada como Desenvolvimento Adequado. Se a criança apresentar os reflexos presentes e normais, assim como as posturas e habilidades presentes de acordo com a sua faixa etária, seu perímetro cefálico estiver entre os percentis 10 e 90, não apresentar 3 ou mais alterações fenotípicas,

porém, existir um ou mais fatores de risco para o desenvolvimento, essa criança deve ser classificada como Desenvolvimento Adequado com Fatores de Risco. Para esses dois casos, a intervenção cabível é apenas a comunicação com os pais ou cuidadores, informando-os sobre os sinais de alerta, incentivando-os à estimulação da criança bem como ao retorno para o acompanhamento conforme a rotina do serviço.

Caso a criança apresente ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, o profissional deve classificar essa criança como Alerta para o Desenvolvimento e deve marcar retorno em trinta dias, além de orientar os pais/cuidadores acerca da estimulação da criança.

Se a criança apresentar ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior, ou seu perímetro cefálico for menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90, ou apresentar 3 ou mais alterações fenotípicas, tal criança deve ser classificada como Provável Atraso no Desenvolvimento, devendo ser referenciada para avaliação neuropsicomotora em unidade especializada.

As figuras 2 e 3, retiradas da CSC, expõem o instrumento de vigilância do desenvolvimento, e a figura 4, também retirada da caderneta, apresenta a orientação para a tomada de decisão.

Figura 2: Instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil – CSC (primeira página).

Caderneta de Saúde da Criança

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registre na escala: **P** = marco presente **A** = marco ausente **NV** = marco não verificado

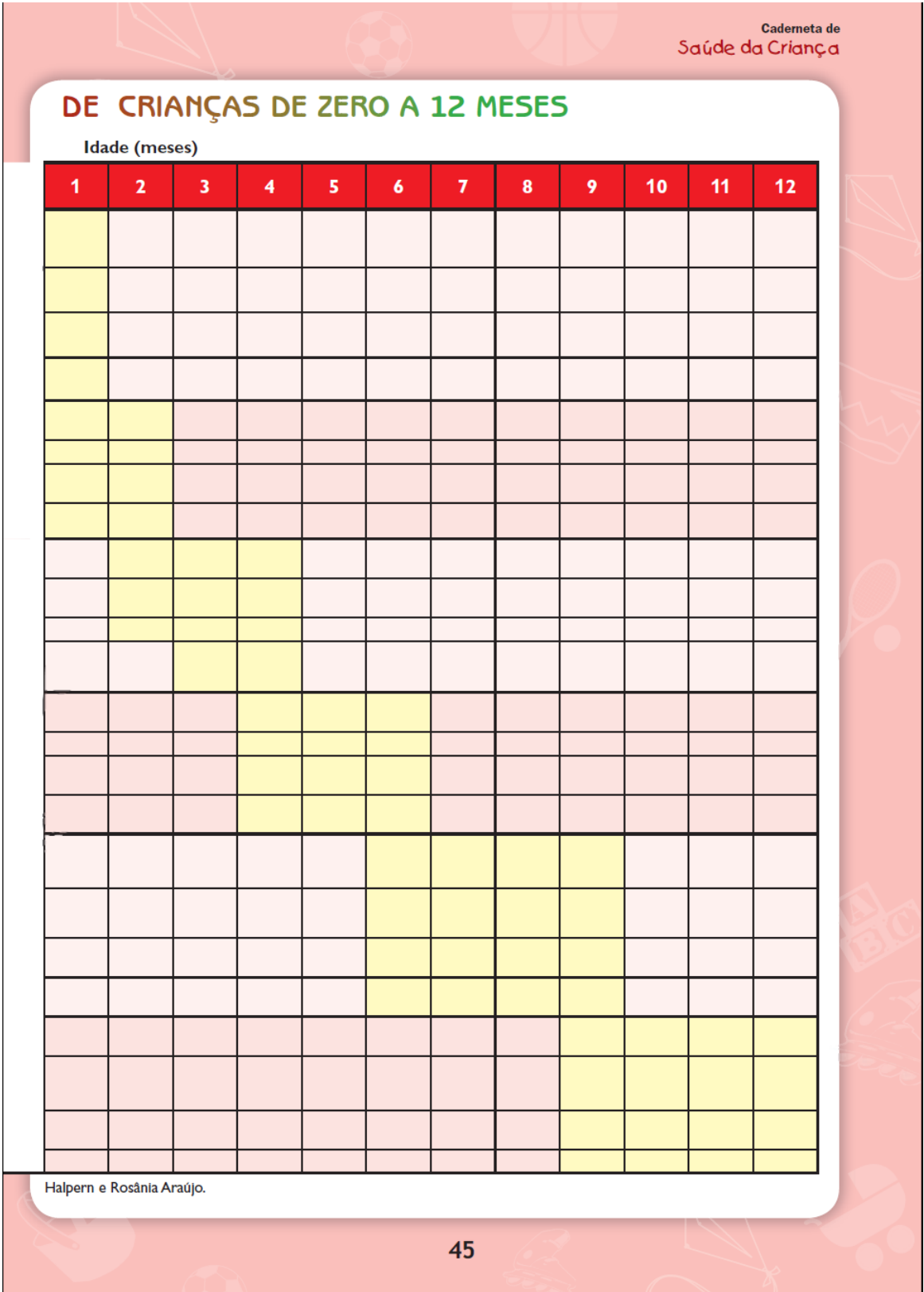
Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.
Coloca blocos na caneca	Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar, pelo menos, um bloco dentro da caneca e soltá-lo.
Fala uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz, pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.
Fala 3 palavras	Observe se, durante o atendimento, a criança diz pelo menos três palavras que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se dá dois passos para trás sem cair.
Tira a roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como: sapatos que exijam esforço para a sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere a informação do acompanhante.
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 3 cubos sem que eles caiam ao retirar a sua mão.
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar 2 de um grupo de 5 figuras.
Chuta a bola	Observe se a criança chuta a bola sem se apoiar em objetos.
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário tais como: cueca, meias, sapatos, casaco etc.
Constrói torres de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar 6 cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.
Fala frases com 2 palavras	Observe se a criança combina, pelo menos, 2 palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.
Pula com ambos os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.
Imita linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de, pelo menos, 5cm de comprimento.
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: "quem mia?", "quem late?", "quem fala?", "quem galopá?".
Arremessa a bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.

Fonte: Adaptação da tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Amira Figueiras, Ricardo
 Nota: As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

46

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 11ª edição, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_11ed.pdf

Figura 3: Instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil – CSC (segunda página).



Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 11ª edição, 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_11ed.pdf

Figura 4: Orientações para a tomada de decisão – CSC.

Caderneta de Saúde da Criança

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO: ORIENTAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO

Observe os marcos de desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança.

Dados da avaliação	Classificação	Conduta
<ul style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico < -2 escores z ou > +2 escores z, ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas, ou ausência de 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária 	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou mais fatores de risco 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO COM FATORES DE RISCO	<ul style="list-style-type: none"> Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*

* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser reavaliada em até 30 dias.

48

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 11ª edição, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_11ed.pdf

Portanto, a CSC caracteriza-se como um meio de acompanhamento longitudinal da criança, importante para a atenção integral à saúde da clientela infantil, devendo ser, assim, valorizada pelos familiares e pela equipe profissional assistente, a fim de que o papel desse instrumento seja efetivado na vigilância do desenvolvimento.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa dos dados.

Optou-se pela pesquisa descritiva, pois esta tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Esse tipo de pesquisa envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados que pode ser questionário e observação sistemática (GIL, 2010).

Os métodos quantitativos foram selecionados, visto que estes têm o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática, permitindo selecionar e especificar as características que delimitam a população por meio dos critérios de seleção para a inclusão nos estudos (MINAYO, 2007).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza-CE, em unidades de atenção primária à saúde (UAPS). No intuito de uma abrangência satisfatória da amostra necessária para a pesquisa, foram escolhidas, de forma aleatória, cinco unidades de cada Secretaria Executiva Regional do município, totalizando trinta UAPS, as quais serão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 01 – UAPS escolhidas para a pesquisa

Nome da UAPS	SER
Casemiro Filho	I
Chico da Silva	I
Floresta	I

Lineu Jucá	I
Rebouças Macambira	I
Flávio Marcílio	II
Frei Tito	II
Irmã Hercília Aragão	II
Miriam Porto Mota	II
Paulo Marcelo	II
Anastácio Magalhães	III
César Cals de Oliveira Filho	III
Hermínia Leitão	III
Licínio Nunes de Miranda	III
Meton de Alencar	III
Dom Aloísio Lorscheider	IV
Luís Albuquerque Mendes	IV
Luís Costa	IV
Parangaba	IV
Turbay Barreira	IV
José Galba de Araújo	V
José Paracampos	V
Maciel de Brito	V
Pedro Celestino	V
Siqueira	V

Edmar Fujita	VI
Galba de Araújo	VI
Luís Franklin	VI
Mattos Dourado	VI
Messejana	VI

FONTE: própria.

4.3 População e amostra

A população participante da pesquisa foi composta por profissionais médicos e enfermeiros que realizam consultas de puericultura nas UAPS supracitadas.

Considerando uma quantidade total estimada de 400 profissionais médicos e enfermeiros os quais realizam consultas de puericultura nessas UAPS, o tamanho da amostra foi calculado a partir da fórmula para populações finitas, nível de significância de 5% e um erro amostral absoluto de 3%, resultando em um total de 135 participantes.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q} = \frac{1,96^2 \times 0,05 \times 0,95 \times 400}{(0,03)^2 \times 399 + 1,96^2 \times 0,05 \times 0,95} = \frac{72,9904}{0,541576} = 135.$$

Como critérios de inclusão para amostra, adotaram-se: ser médico ou enfermeiro, trabalhar nas unidades de atenção primária à saúde participantes da pesquisa, realizar consultas de puericultura e aceitar participar da pesquisa.

Já como critérios de exclusão, escolheram-se: não realizar consultas de puericultura, estar em afastamento legal do trabalho, estar em período de férias e não aceitar participar da pesquisa.

4.4 Instrumento e procedimento de coleta de dados

O instrumento (APÊNDICE B) utilizado para a coleta de dados foi um questionário, respondido pelos profissionais, composto por perguntas que investigaram: se existe alguma avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura; se os profissionais perguntam a opinião dos pais/cuidadores sobre o desenvolvimento da criança; se utilizam instrumento de vigilância do desenvolvimento presente na caderneta da criança; se as crianças que apresentam alerta para o desenvolvimento são reavaliadas em 30 dias e se as crianças identificadas com provável atraso do desenvolvimento são referenciadas para avaliação neuropsicomotora.

Os questionários foram aplicados mediante autorização prévia dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A coleta se procedeu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFC.

4.5 Processamento e análise dos dados

Os dados quantitativos, oriundos dos questionários preenchidos, foram revisados quanto à consistência, sofreram pré-codificação e foram armazenados e analisados por meio do programa Microsoft Office Excel 2016 e apresentados em gráficos e tabelas de frequências simples e percentual.

4.6 Controle de qualidade

Foi adotado um conjunto de mecanismos com o intuito de verificar o desenvolvimento da coleta dos dados, em cada fase do estudo. Tais mecanismos foram: a participação direta bem como a supervisão da pesquisadora em todas as etapas da pesquisa; a checagem da aplicação dos questionários, verificando possíveis problemas de aplicação; e a revisão dos questionários preenchidos, procurando identificar erros nos preenchimentos das questões (questões em branco e respostas que não estejam claramente definidas).

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC, tendo sido aprovado sob o parecer de número 2.500.498. Foram obedecidos os preceitos éticos referentes à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe as normas regulamentadoras para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela garante aos participantes da pesquisa: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um TCLE, o qual contém uma breve descrição da pesquisa e informações referentes aos objetivos, metodologia, benefícios previstos aos pesquisados e a ausência de riscos à integridade física, moral e social do pesquisado. O termo está no apêndice A. Ainda, os participantes da pesquisa não terão ônus algum em participar da pesquisa, e terão suas identidades preservadas.

5 RESULTADOS

Neste item, apresentam-se os resultados obtidos a partir dos questionários. Os resultados estão apresentados em tópicos, de acordo com os objetivos propostos pelo trabalho.

Primeiramente, apresenta-se uma distribuição da amostra pesquisada por SER e por UAPS, utilizando-se de tabela. Em seguida, é descrito um perfil dos profissionais entrevistados com alguns dados pessoais e profissionais dos entrevistados. Posteriormente, foi realizada uma caracterização das consultas de puericultura no cenário da pesquisa, no que concerne à vigilância do desenvolvimento infantil.

5.1 Distribuição da amostra

A amostra do estudo consistiu em 135 profissionais, cujos dados foram coletados em 30 das 110 Unidades de Atenção Primária à Saúde distribuídas nas seis áreas regionais de Fortaleza. Como explanado na metodologia, foram escolhidas, de forma aleatória, cinco unidades de cada SER do município, totalizando trinta UAPS, como demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 02 – Distribuição da amostra por SER e UAPS

Nome da UAPS	SER	Amostra	%
Casemiro Filho	I	5	3,7%
Chico da Silva	I	1	0,7%
Floresta	I	6	4%
Lineu Jucá	I	11	8%
Rebouças Macambira	I	3	2%
Flávio Marcílio	II	2	1,5%
Frei Tito	II	3	2%
Irmã Hercília Aragão	II	4	3%

Miriam Porto Mota	II	2	1,5%
Paulo Marcelo	II	3	2%
Anastácio Magalhães	III	6	4%
César Cals de Oliveira Filho	III	4	3%
Hermínia Leitão	III	5	3,7%
Licínio Nunes de Miranda	III	2	1,5%
Meton de Alencar	III	4	3%
Dom Aloísio Lorscheider	IV	11	8%
Luís Albuquerque Mendes	IV	2	1,5%
Luís Costa	IV	10	7%
Parangaba	IV	1	0,7%
Turbay Barreira	IV	2	1,5%
José Galba de Araújo	V	4	3%
José Paracampos	V	5	3,7%
Maciel de Brito	V	2	1,5%
Pedro Celestino	V	4	3%
Siqueira	V	4	3%
Edmar Fujita	VI	3	2%
Galba de Araújo	VI	5	3,7%
Luís Franklin	VI	5	3,7%
Mattos Dourado	VI	11	8%
Messejana	VI	5	3,7%

FONTE: própria.

Obtivemos a seguinte distribuição de participantes por regional: SER I - 26 profissionais (19,3%); SER II - 15 profissionais (11%); SER III - 21 profissionais (15,6%); SER IV - 26 profissionais (19,3%); SER V - 19 profissionais (14,1%) e SER VI - 28 profissionais (20,7%).

5.2 Perfil pessoal e profissional dos sujeitos da pesquisa

A maioria dos participantes era do sexo feminino, correspondendo a 98 (72,6% dos profissionais). A idade dos participantes variou de 23 a 68 anos, apresentando uma mediana de 40 anos.

Em relação aos dados profissionais, participaram da pesquisa 79 enfermeiros e 56 médicos. O tempo de formação, para uma melhor análise, foi dividido em categorias:

Tabela 03: Tempo de formação profissional

Tempo de formação profissional	Quantidade	Percentual
Menos de cinco anos	48 profissionais	37,2%
Entre cinco e dez anos	17 profissionais	13,2%
Mais de dez anos	64 profissionais	49,6%

Fonte: própria.

Seis participantes não responderam à pergunta referente ao tempo de formação.

Quanto à formação profissional complementar, os sujeitos da pesquisa eram questionados em relação à conclusão de pós-graduação *lato sensu*. Dos 135 entrevistados, 95 concluíram especialização, e 37, residência médica ou multiprofissional. A especialização e a residência eram nas diferentes áreas da enfermagem bem como nas diversas áreas médicas, dentre as quais, destaca-se a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), sendo concluída por 57 participantes da pesquisa. Relevante também destacar que apenas 9 participantes apresentavam especialização em pediatria, representando apenas 6,6% da

amostra, o que destoa do que é preconizado na literatura a respeito da importância de pediatras nas consultas de puericultura na atenção primária, conforme foi abordado no referencial teórico.

No que concerne a pós-graduação *stricto sensu*, 19 participantes concluíram mestrado, e 03 entrevistados possuíam doutorado. Dentre os mestres, 04 apresentavam mestrado em saúde da criança e do adolescente, e 08, em Saúde da família. A totalidade dos participantes que apresentavam doutorado era da área de saúde coletiva.

Ainda sobre a formação complementar, 27 médicos que participaram da pesquisa são do Programa Mais Médicos (PMM), programa criado em 2013 por meio da Medida Provisória número 621 e regulamentado pela Lei nº 12.871/2013, visando diminuir a carência de médicos na atenção básica. Foi um número bastante significativo, representando 48,2% do total de médicos participantes desse estudo.

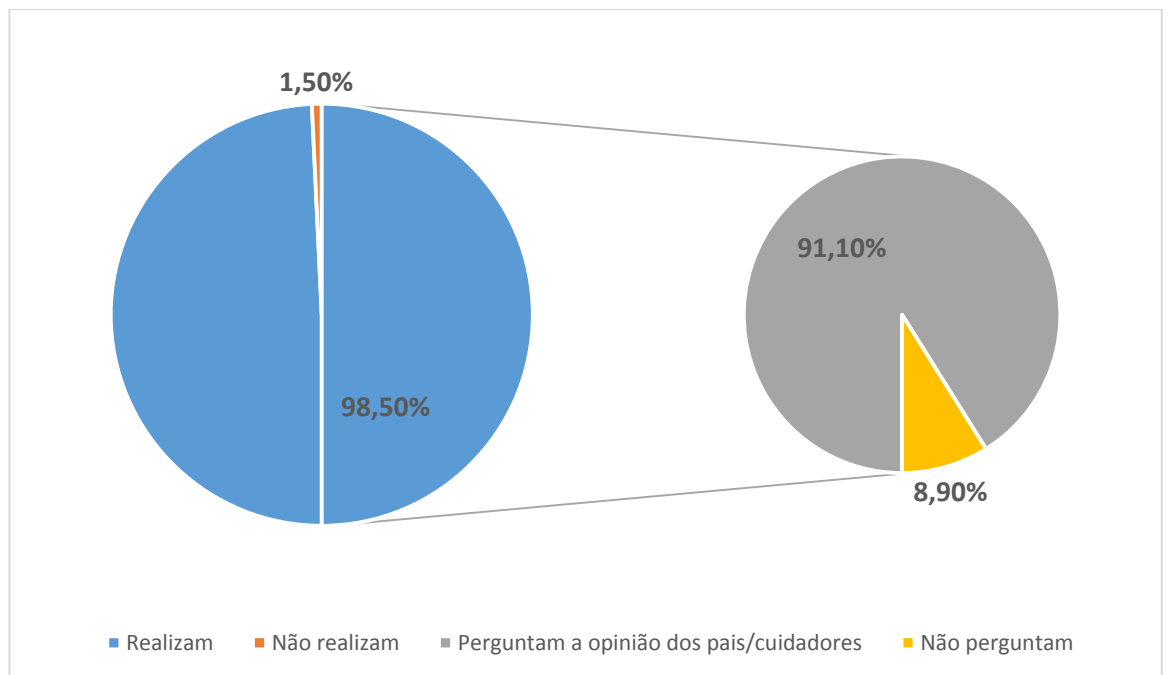
Os sujeitos da pesquisa também eram questionados sobre a participação em alguma capacitação acerca da temática do desenvolvimento infantil. Quanto a essa pergunta, 86 (63,7%) dos entrevistados responderam ter participado de alguma capacitação na referida temática, destacando-se o programa de Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), sendo citada como a capacitação da maioria dos participantes.

5.3 Caracterização das consultas de puericultura em relação à vigilância do desenvolvimento infantil

Quando questionados acerca da realização de alguma avaliação do desenvolvimento infantil em suas consultas, 98,5% dos profissionais responderam afirmativamente, e apenas 1,5% revelaram não avaliar o desenvolvimento infantil nas consultas.

Desses profissionais que realizam alguma avaliação do desenvolvimento, 91,1% perguntam a opinião dos pais ou cuidadores sobre fatos associados ao desenvolvimento da criança, enquanto 8,9% não fazem essa indagação no momento da consulta.

Gráfico 01: Avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura



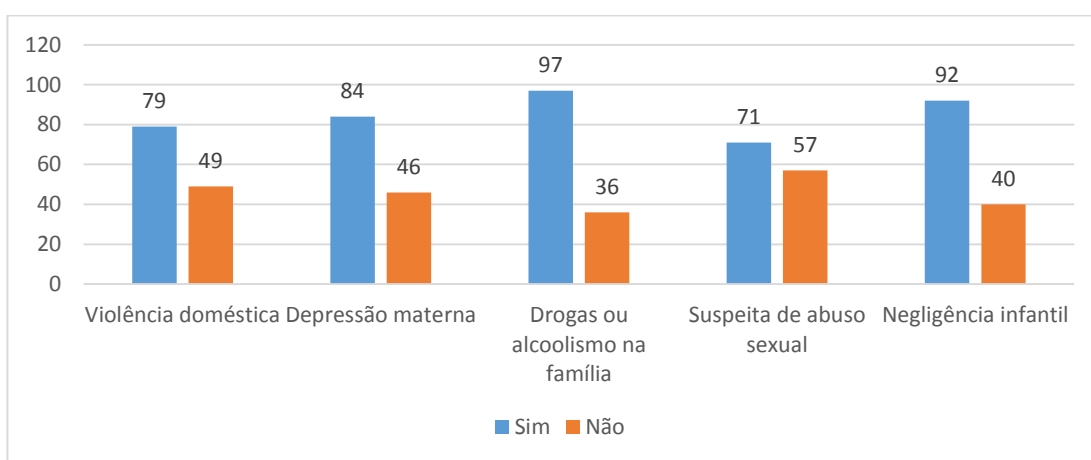
Fonte: própria.

A respeito da avaliação de fatores de risco associados a problemas do desenvolvimento infantil, referidos na CSC – a saber: ausência ou pré-natal incompleto; problemas na gestação, parto ou nascimento; prematuridade (<37 semanas); peso abaixo de 2500 gramas; icterícia grave; hospitalização no período neonatal; doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões; parentesco entre os pais; casos de deficiência ou doença mental na família; e fatores de risco ambientais (violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual e negligência infantil) –, constatou-se que todos esses fatores deixam de ser avaliados por uma parcela de profissionais. Em geral, os fatores de risco relacionados à gestação e ao período neonatal apresentam uma frequência melhor de avaliação, o que se justifica pelo fato de que os profissionais que realizam as consultas de puericultura das crianças acompanham-nas desde o pré-natal. Assim, dos 135 sujeitos da pesquisa, sempre uma quantidade superior a 100 avalia os seis primeiros fatores de risco supracitados, fatores esses que são associados ao momento do pré-natal e do neonatal. Por exemplo, 118 avaliam se houve pré-natal ou se este foi incompleto; 128 avaliam se ocorreram problemas na gestação; 127 investigam se as crianças nasceram prematuras ou com um peso inferior a 2.500 gramas; 106 observam se as

crianças tiveram icterícia grave, e 120, se houve hospitalização no período neonatal. Quanto aos outros fatores de risco não ambientais, ressalta-se o “parentesco entre os pais”, pois apenas 49 profissionais avaliam esse fator nas consultas.

Já em relação aos fatores de risco ambientais, o gráfico abaixo apresenta as respostas coletadas dos participantes da pesquisa, apontando os números absolutos desses participantes para cada resposta.

Gráfico 02: Avaliação dos fatores de risco ambientais pelos profissionais.

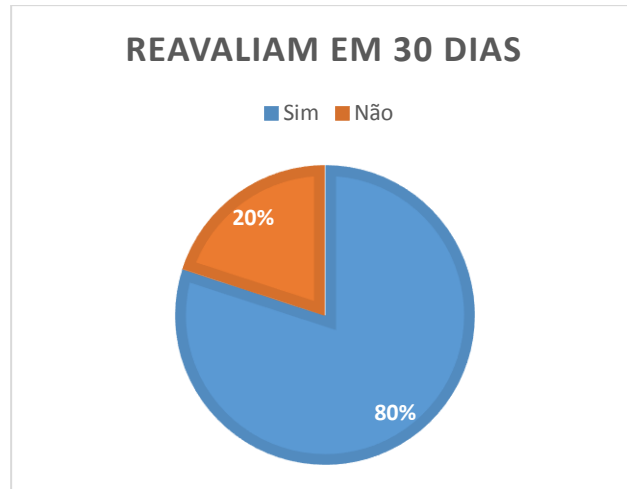


Fonte: própria.

Sobre a utilização de instrumentos para a avaliação do desenvolvimento infantil, os participantes da pesquisa foram indagados se usavam o instrumento presente na CSC. Uma parcela de 79,3% desses participantes usa tal instrumento, enquanto 20,7% não fazem uso dele e referem utilizar o instrumento presente no prontuário eletrônico das UAPS (56,5%) ou nenhum instrumento (43,5%).

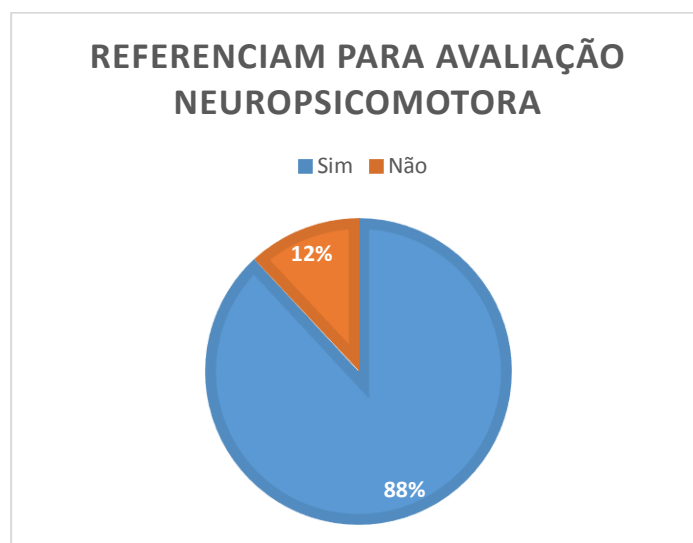
Por fim, quando questionados acerca das tomadas de decisão para crianças classificadas como Alerta para o Desenvolvimento e como Provável Atraso para o Desenvolvimento, 80% dos profissionais reavaliam em 30 dias o primeiro caso, e 88,1% referenciam para avaliação neuropsicomotora o segundo caso. Os gráficos a seguir exprimem esses achados.

Gráfico 03: Percentual de profissionais que reavaliam em 30 dias as crianças com alerta para o desenvolvimento



Fonte: própria.

Gráfico 04: Percentual de profissionais que referenciam para avaliação neuropsicomotora as crianças com provável atraso para o desenvolvimento



Fonte: própria.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi distribuída de forma equitativa em todas as seis áreas regionais de Fortaleza. Não houve dificuldades em se atingir o tamanho o tamanho da amostra desejada, e, em pouquíssimas ocasiões, os profissionais se recusaram a participar do estudo.

No tocante ao perfil desses profissionais, ressalta-se, a priori, a quantidade de enfermeiros superior à de médicos. 58,5% dos profissionais que realizam consultas de puericultura na amostra deste estudo são enfermeiros. Costa et al. (2014) salientam a importância dessa categoria profissional na atenção primária, quando afirmam que o enfermeiro assume o papel de orientador e direcionador na consulta de puericultura e que, ao realizar uma avaliação integral da criança, reforça a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além de permitir a responsabilização dos envolvidos no cuidado da a partir das orientações transmitidas pelo profissional.

Ainda quanto ao perfil profissional dos sujeitos da pesquisa, destaca-se a formação complementar deles. Um percentual significativo (42%) concluiu a residência de MFC, o que valoriza a capacitação desses profissionais para atuarem na atenção básica. Observa-se que essa especialização em uma significativa porcentagem de participantes tem consonância com a Política vigente e deve ser cada vez mais estimulada a preencher as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa nesse nível de atenção.

A regulamentação da Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1973, e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, idealmente sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com a função de estabelecer as normas e os requisitos que regulam o credenciamento dos programas. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere, ao egresso, o título de especialista (CAMPOS e IZECKSOHN, 2010).

As origens da Residência em MFC datam de 1979, quando os programas então existentes se orientaram por normas definidas na resolução 8/79 da CNRM, de outubro de 1979, as quais abrangiam programas de denominações diversas, tais como: Saúde Coletiva, Medicina Comunitária, Saúde Comunitária e outras, e eram considerados como equivalentes ao Programa de Residência de Medicina Preventiva e Social (MPS). Esta situação não

perdurou devido a conflitos e discordâncias políticas entre os grupos responsáveis pelos diversos programas. Em 1981, a Residência em Medicina Geral Comunitária (MGC) foi então reconhecida pela CNRM. Em 1984, existiam 14 programas em 10 estados com um total de 138 bolsas, sendo 80% delas financiadas pelo Governo Federal. Este fato pode ser considerado o clímax do embate entre visões distintas sobre os rumos da Política de Saúde e da Rede Básica, especialmente, neste caso, em relação à definição do tipo de especialista médico que deveria atuar no campo da APS. Este conflito tinha como consequência a ausência de um mercado de trabalho para este especialista, uma vez que a Rede Básica previa a atuação de médicos pediatras, clínicos, gineco-obstetras, sanitaristas e, ainda, especialmente em unidades de maior porte, de infectologistas, pneumologistas, cardiologistas, dermatologistas, entre outros (DEL CIAMPO, RICCO, DANELUZZI, 2003).

Essa tendência só começou a ser revertida a partir da criação, pelo MS, do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993. Com esta e outras iniciativas, como a criação do Piso da Atenção Básica, fixo e variável, entre 1996 e 1998, ocorreu uma expansão significativa de um novo modelo em APS em base municipal. Este preconizava, entre outras mudanças, a contratação de Médicos de Família para a atuação no Programa. Nesta época, iniciou-se uma discussão entre gestores do sistema sobre qual especialidade deveria atuar no campo da Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, 2005).

Ainda que muitos defendessem que nenhuma exigência deveria ser cumprida por este médico, mas apenas e simplesmente o seu curso de graduação, a ideia de que haveria a necessidade de formação especializada foi fortalecida em vários meios. Em 2002, a especialidade em MGC foi repensada frente aos novos desafios e foram reformulados alguns de seus princípios assim como o programa de residência. Nesta oportunidade, passou-se a uma nova denominação: Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2002).

Além da residência em MFC, outro destaque para o perfil profissional dos participantes desse estudo foi o elevado quantitativo de médicos que faziam parte do Programa Mais Médicos (PMM), correspondendo a 48,2% dos participantes.

Para Oliveira et al. (2015), das estratégias utilizadas para melhorar o provimento de médicos no Brasil, sobretudo na atenção primária, a de maior êxito foi a do PMM. O referido programa contribui para a melhoria no provimento de médicos no Brasil, sobretudo nas áreas mais vulneráveis. Contribuiu também para uma distribuição geoespacial mais equânime, embora a má distribuição de médicos ainda represente um problema.

Em apenas dois anos, toda a demanda das prefeituras que aderiram ao Programa foi atendida, e, com isso, 63 milhões de brasileiros e brasileiras já estão sendo beneficiados com a presença dos médicos em 4.058 municípios do Brasil. Estimamos, que, até o final de 2018, serão 70 milhões de brasileiros e brasileiras atendidos pelo Mais Médicos. Essa expansão da oferta de médicos está acompanhada por investimentos federais expressivos em postos de saúde, o que é essencial para um bom trabalho do profissional de medicina junto à população. Por todo o País, novos postos de saúde estão sendo reformados e ampliados e outros construídos (LIMA et al., 2016).

Em contrapartida, alguns estudos sinalizam fragilidades estruturais que têm interferido no trabalho das equipes, indicando que pode haver um descompasso entre os investimentos destinados e a real estrutura encontradas pelas equipes do programa. Além disso, também se observou que as UBS em piores condições têm menores chances de participar do PMM, o que enfraquece a potencialidade de redução de iniquidades no acesso aos recursos em saúde (GIOVANELLA et al., 2016). Segundo estudo realizado por Comes et al. (2016), realizado em 32 municípios, foi constatado que, embora o PMM tenha proporcionado a ampliação do acesso à consulta médica, ainda persistem problemas como o acesso limitado a exames complementares e a falta de materiais básicos nas UBS, como medicamentos.

Em relação à capacitação sobre a temática do desenvolvimento infantil, sobressai positivamente o resultado em que 63,7% dos participantes apontaram o AIDPI como capacitação.

Paranhos, Pina e Mello (2011) referem que os serviços de APS, cujos profissionais foram treinados no AIDPI, prestam assistência significativamente melhor quando comparados àqueles sem treinamento na referida estratégia.

Tal programa foi desenvolvido com o objetivo de capacitar os profissionais para a atenção integral à saúde das crianças, contribuindo com a orientação às famílias para promoção da saúde e prevenção de agravos nos primeiros anos de vida (OPAS, 2005).

Em 2005, tal estratégia foi incorporada às práticas usadas para a avaliação do desenvolvimento de meninos e meninas com a criação do Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI (FALBO et al., 2012). Esse manual analisa a passagem das crianças por várias etapas de desenvolvimento e apresenta uma proposta de seguimento caso o paciente possua algum atraso. Foi implantado inicialmente em Belém, no estado do Pará, com considerável sucesso, sendo responsável pelo encaminhamento de mais

de 1.200 crianças detectadas com alteração no DNPM a serviço especializado (REICHERT et al., 2012).

Diferentemente da maioria dos estudos realizados no País acerca da temática da vigilância do desenvolvimento infantil, esta pesquisa se destaca por descrever a atuação profissional de médicos e enfermeiros, de forma direta, nessa vigilância na atenção primária de um dado município. Na revisão bibliográfica realizada para a elaboração desse estudo, foram encontradas pouquíssimas publicações na literatura cujo objeto de pesquisa fosse a avaliação da prática profissional dos envolvidos no atendimento de puericultura. A maioria dos estudos utilizam como método a avaliação do preenchimento das CSC em vários municípios e estados do Brasil. Uma revisão sistemática bem recente, do tipo metanálise, de Caminha et al. (2017), confirma isso ao utilizar, para o seu estudo, trabalhos que atualizassem as contribuições descritivas e analíticas sobre o preenchimento do Cartão ou CSC no Brasil quanto à vigilância do item “desenvolvimento infantil”.

A vigilância do desenvolvimento infantil deve ocorrer continuamente em cada atendimento à criança na atenção básica. Os marcos devem ser avaliados e preenchidos em todas as consultas, desde o nascimento até os 3 anos de idade, possibilitando identificar necessidades especiais que demandam abordagem oportuna e pertinente (BRASIL, 2009). Os resultados desta pesquisa revelaram que 98,5% dos profissionais realizam alguma avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, sendo que, destes, uma parcela de 79,3% utiliza o instrumento presente na CSC, conforme é preconizado pelo MS.

Tais resultados se contrapõem a um estudo recente, de uma dissertação de Mestrado, realizado também no município de Fortaleza, a respeito do preenchimento das CSC, o qual atribuiu notas aos campos preenchidos dos módulos fundamentais referentes ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil na CSC. Um desses módulos é o relativo aos marcos do desenvolvimento infantil. Para cada campo preenchido nesse módulo, ou seja, cada marco do desenvolvimento, foi atribuída uma pontuação de 0,1. As 350 cadernetas (amostra da pesquisa) obtiveram uma média de 0,1, recebendo um conceito “Ruim” (nota 0 – 1,9), o que indica uma média de preenchimento de apenas um marco do desenvolvimento nas CSC. Entretanto, nem todas essas cadernetas tiveram, de fato, esse preenchimento, pois 18,9% delas obtiveram nota zero, ou seja, uma ausência total de preenchimento dos dados (RIBEIRO, 2014).

Nos estudos analisados na revisão sistemática supracitada (CAMINHA et al., 2017), a prevalência de notificação do desenvolvimento infantil na CSC, com critérios e tamanhos amostrais diversos e metodologias de análise sobre a adequação do preenchimento das variáveis, apresentou valor mínimo de 4,6% em Cuiabá – Mato Grosso, no ano de 2011 (ABUD e GAÍVA, 2015), e valor máximo de 30,4% em duas localidades do Piauí, em 2008 (ALVES et al., 2009). A última avaliação foi realizada no ano de 2013, com prevalência de registro de 7% em um município de São Paulo (PALOMBO et al., 2014). Vale salientar que nenhum dos estudos informava, em sua metodologia, que a avaliação da vigilância do desenvolvimento infantil mediante o registro no Cartão ou na CSC havia sido realizada de forma plena pelos profissionais de saúde, ou seja, com anotações em todas as consultas de puericultura, conforme a faixa etária das crianças. Isso evidencia uma superestimação desses resultados, ao se considerar que o ideal seria o registro sequencial e contínuo das fichas cobrindo todas as consultas, como recomenda a norma técnica do Ministério da Saúde (CAMINHA et al., 2017).

Os mesmos autores dessa revisão também defendem que, apesar de modelos gráficos já terem sido disponibilizados desde 1995 para o registro de marcos do desenvolvimento esperados e alcançados no então Cartão da Criança, ainda não se assumiu a vigilância do desenvolvimento infantil como uma atividade sistemática e normativa, ou seja, como recomendação de políticas e ações públicas de saúde, o que pode explicar os percentuais inexpressivos encontrados nos estudos selecionados (CAMINHA et al., 2017).

Em estudos publicados em relatórios de pesquisa e não em revistas indexadas, no estado de Pernambuco, dois inquéritos domiciliares de base populacional revelaram, em 1997, o percentual de preenchimento da vigilância do desenvolvimento infantil de 1,1% (BATISTA e ROMANNI, 2002) e, em 2006, de 4,0% (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2012). É esse, com efeito, o item das recomendações do MS que usualmente não se observa, configurando comportamento de descrédito dos profissionais de saúde e da própria população usuária sobre a importância desse cuidado básico (CAMINHA et al., 2017).

Ainda sobre a utilização de instrumentos na prática da vigilância do desenvolvimento infantil, destaca-se que quase a metade dos profissionais (43,5%) que não usam a CSC, não fazem uso de outro instrumento.

Alguns estudos indicam que, na atenção básica, a técnica de triagem mais utilizada para detectar alterações de desenvolvimento é a avaliação clínica informal. Entretanto, tal técnica, se isolada, identifica menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento. Ao contrário, alguns instrumentos de triagem padronizados apresentam sensibilidade e especificidade de 70 a 90% (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012).

A pouca utilização de instrumentos de vigilância no município de Fortaleza praticamente não difere do panorama encontrado na prática médica em relação à vigilância do desenvolvimento infantil no Brasil, assim como em outros países. É o que se comprova em uma revisão de estudos no Brasil compreendendo os anos de 2000 a 2011, que aponta problemas desde a formação do médico pediatra até a sua prática clínica (ZEPPONI, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012), e em estudos realizados nos Estados Unidos, onde, apesar de o uso de ferramenta formal para avaliar o desenvolvimento infantil durante a prática médica ter duplicado entre 2002 e 2009, menos da metade do total dos pediatras aplica essa ferramenta em crianças menores de 36 meses (RADECKI et al., 2011).

Acerca da avaliação dos fatores de risco na vigilância do desenvolvimento infantil, verifica-se, nesta pesquisa, uma maior atenção aos fatores de risco não ambientais presentes na CSC, principalmente, àqueles relacionados à gestação e ao período neonatal, o que é explicado pelo fato de o acompanhamento das crianças ser iniciado, geralmente, no pré-natal. Por outro lado, os fatores de risco ambientais, a saber, violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo na família, suspeita de abuso sexual e negligência infantil, são avaliados por uma quantia menor de profissionais. O fator de risco “suspeita de abuso sexual” é o menos avaliado (71%), o que indica a dificuldade dos profissionais em abordar e reconhecer esse fator em suas consultas.

Os fatores de risco ambientais afetam diretamente o desenvolvimento socioemocional das crianças, nos primeiros dois anos de vida, ou seja, dentro dos primeiros mil dias. Esse domínio do desenvolvimento infantil dá-se por meio do relacionamento das crianças com os cuidadores, quando elas aprendem a confiar naqueles com os quais convivem e que os ajudam a satisfazer suas necessidades. Essas aquisições ajudam a construir o desenvolvimento socioemocional na idade pré-escolar, que se expande para incluir a competência social, a gestão do comportamento, a percepção social e capacidades de autocontrole (NAUDEAU et al., 2011).

Por conseguinte, é necessária uma constante avaliação desses fatores ambientais, pois é fundamental que as crianças tenham um ambiente propício e acolhedor de que necessitam para desenvolver laços fortes (também conhecido como apego) com seus cuidadores, a fim de lançar, assim, as bases para um maior desenvolvimento em todas as áreas (NAUDEAU, 2009).

Sobre os devidos encaminhamentos para as crianças classificadas como Alerta para o Desenvolvimento e como Provável Atraso para o Desenvolvimento, ressalta-se que há uma quantidade importante de profissionais, uma média de 16% (20% e 12%), que não realizam tais encaminhamentos. Presume-se que a falta de conhecimento acerca das tomadas de decisão para esses casos, bem como as dificuldades na rotina de marcação de consultas nas UAPS, sejam causas desses não encaminhamentos.

Dos sete estudos sobre prevalência de atrasos do desenvolvimento presentes na revisão de Caminha et al. (2017), constam os encaminhamentos dos casos de atraso em apenas um. Percebe-se, então, uma carência de pesquisas nesse sentido, a qual deve ser suprida, haja vista que, apesar do potencial de mudança inerente à plasticidade neural, adverte-se para problemas futuros no tocante às crianças diagnosticadas com atraso já na idade escolar, por ausência de uma triagem efetiva anteriormente. Dentre esses problemas, estão as restrições no rendimento de aprendizagem, a baixa participação no contexto das atividades escolares e o desempenho funcional significativamente inferior em comparação ao de crianças sem história de atraso.

Estimativas sobre atrasos do desenvolvimento infantil apontam que, em nível mundial, 200 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade deixam de realizar todo o seu potencial quanto ao desenvolvimento cognitivo e socioemocional, e países da África Subsaariana tem a maior percentagem de crianças desfavorecidas (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007). Em uma coorte de nascimentos na cidade de Nova York, Estados Unidos, de 1994 a 2011, foram identificadas 45.709 (8,4%) crianças com atraso no desenvolvimento (DUFFANY et al., 2016). Em Esmirna, na Turquia, estudo envolvendo 1.514 crianças entre 3–60 meses atendidas em 12 unidades básicas durante aproximadamente um ano (2013–2014), a prevalência de atraso foi de 6,4% (DEMIRCI e KARTAL, 2016).

Portanto, não obstante as limitações desta pesquisa, denota-se que ainda há muito o que se estudar e se executar na área da vigilância do desenvolvimento infantil, a fim de que as crianças sejam diagnosticadas pertinentemente com atraso, em tempo oportuno. Já fazem 14 anos (2004) que tal vigilância é uma recomendação normativa do MS, porém, a prática ainda

destoa consideravelmente daquilo que é preconizado. A consequência disso são as superlotações das unidades especializadas em acompanhar as crianças com atraso no desenvolvimento, realizando tratamentos onerosos que, por vezes, não trazem resultados significativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento infantil representa, assim como o crescimento somático, um dos eixos que constituem o processo ativo e contínuo de atenção à saúde das crianças, sendo considerado um dos fundamentos conceituais e operativos da assistência pediátrica. Esse fundamento já é reconhecido pela sociedade, na medida em que a observação e o senso comum compreendem bem que as crianças devem crescer e se desenvolver segundo padrões esperados. No entanto, o que é relevante como objeto de estudo é, efetivamente, como o desenvolvimento infantil se incorpora nas práticas de cuidados individuais ou como suportes de políticas e programas de governo.

A presente pesquisa objetivou descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza. Apesar da recomendação expressa do MS, desde 1984, acerca dessa vigilância do desenvolvimento, a qual deve ser realizada em todas as consultas, muitos profissionais, por vezes, não a realizam, conforme demonstram os estudos realizados nacional e internacionalmente.

Buscou-se uma abrangência eficaz do contingente dos referidos profissionais atuantes na atenção primária de Fortaleza, contemplando equitativamente as seis áreas regionais. A amostra teve mais enfermeiros do que médicos, o que enaltece o papel singular da enfermagem na atenção primária à saúde da criança.

Quase metade dos médicos (42%) concluiu a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC), o que valoriza a capacitação desses profissionais para atuarem na atenção básica. Além da residência em MFC, outro destaque para o perfil profissional dos participantes desse estudo foi o elevado quantitativo de médicos que faziam parte do Programa Mais Médicos (PMM), correspondendo a 48,2% dos participantes, confirmando os recentes estudos que apresentam esse programa como a estratégia melhor sucedida no provimento de médicos para a APS.

Esta pesquisa se distingue da maioria dos estudos realizados no Brasil por descrever a atuação profissional de médicos e enfermeiros da APS, de forma direta, não pela avaliação do preenchimento das CSC. As respostas desses profissionais aos questionários foram quase todas afirmativas quanto à avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, bem como quanto à utilização do instrumento de vigilância presente na CSC.

Em contraparte, outro estudo realizado também no município de Fortaleza, a respeito do preenchimento das CSC, o qual atribuiu notas aos campos preenchidos de 350 CSC, concluiu que a média de preenchimento dos instrumentos de vigilância foi de apenas um marco, sendo que em cada consulta de puericultura, devem ser preenchidos quatro marcos.

Quanto às tomadas de decisão para as crianças classificadas como Alerta para o Desenvolvimento e como Provável Atraso para o Desenvolvimento, de acordo com a CSC, ressalta-se que há uma quantidade importante de profissionais que não realizam tais encaminhamentos. Entende-se que a falta de conhecimento acerca das orientações da CSC, bem como as dificuldades na rotina de marcação de consultas nas UAPS, podem ser causas dos não encaminhamentos.

Por fim, apesar das limitações desta pesquisa, percebe-se que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas na área da vigilância do desenvolvimento infantil, a fim de que as crianças sejam diagnosticadas com atraso, em tempo oportuno e de modo correto. Desde 1984, fala-se, nas publicações do MS, da importância dessa área na atenção à saúde da criança, no entanto, os desafios para aliar teoria e prática ainda persistem. Como consequência, tem-se superlotações das unidades especializadas em acompanhar as crianças com atraso no desenvolvimento, realizando tratamentos onerosos que, por vezes, não trazem resultados significativos, pois estas não são referenciadas no tempo devido.

REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. Records of growth and development data in the child health handbook. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, p. 97-105, 2015.
- ALVES, C. R.; LASMAR, L. M.; GOULART, L. M.; ALVIM, C. G.; MACIEL, G. V.; VIANA, M. R. et al. Quality of data on the Child Health Record and related factors. **Cad Saude Publica**, v. 25, p. 583-95, 2009.
- ANDRÉ, S. C. S.; TAKAYANAGUI, A. G. M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev APS**, v. 20, n. 1, p. 130-139, 2017.
- ARAÚJO, A. **Aprendizagem infantil: uma abordagem da neurociência, economia e psicologia cognitiva**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências; 2011.
- BATISTA FILHO, M.; ROMANI, S. A., editors. **Alimentação, nutrição e saúde no estado de Pernambuco**. Recife: IMIP; 2002.
- BAYLEY, N. **Bayley scales of infant development**. New York: Psychological Corporation; 1993.
- BLAIR, M; HALL, D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive childrens services. **Arch Dis Child**, v. 91, supl. 9, p. 730-735, 2006.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008–2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- _____. Ministério da Educação. **Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM**. Resolução CNRM N.1, de 14 de maio de 2002 (pré-requisitos e durações).
- _____. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas** [Série B: textos básicos de saúde, 7]. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução n° 466/12**, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> atencao_basica.php#equipes .2009.
- _____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BHUTTA, Z. A.; AHMED, T.; BLACK, R. E.; COUSENS, S.; DEWEY, K.; GIUGLIANI, E. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet**, v. 371, p. 417-440, 2008.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. **Rev APS**, v. 8, p. 181-190, 2005.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do Perfil e da Evolução dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr./jun. 2010

CAMINHA, M. F. C. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Rev Paul Pediatr.**, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2017.

COELHO, R. et al. Desenvolvimento infantil em atenção primária: uma proposta de vigilância. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 92, p. 505-511, 2016.

COMES, Y.; TRINDADE, J. S.; PESSOA, V. M.; BARRETO, I. C. H. C.; SHIMIZU, H. E.; DEWES, D. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, 2016.

COSTA, E. S. M.; ALMEIDA, J. L. S.; OLIVEIRA, D.J.S.; ARAUJO, F. C. S.; OLIVEIRA, L. L.; MENEZES, R. M. P. Puericultura: o que as práticas evidenciam sobre as diferentes abordagens dos profissionais de enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde [online]**, v. 12, n. 2, p. 931-938, 2014.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundação Byk; 1992. 921p.

CUNHA, F.; HECKMAN, J. J. **Investing in our young people**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2010.

CUNHA, A. J.; LEITE, A. J.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 91, p. 44-51, 2015.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C. Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. **Rev Bras Edu Méd**, v. 27, n. 3, p. 200-204, set/dez 2003.

DEMIRCI, A.; KARTAL, M. The prevalence of developmental delay among children aged 3–60 months in Izmir, Turkey. **Child Care Health Dev**, v. 42, p. 213-219, 2016.

DORNELAS, L. F.; MAGALHÃES, L. C. Desempenho funcional de escolares que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor até os dois anos. **Rev Paul Pediatr.**, v. 34, n. 1, p. 78-85, 2016.

DUFFANY, K. O.; MCVEIGH, K. H.; KERSHAW, T.S.; LIPKIND, H. S.; ICKOVICS, J. R. Maternal obesity: risks for developmental delays in early childhood. **Matern Child Health J**, v. 20, p. 219-30, 2016.

FALBO, B. C. P.; ANDRADE, R. D.; FURTADO, M. C. C.; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 1, p. 148-54. 2012.

FERREIRA, A. C. T., PIESZAK, G. M.; RODRIGUES, S. O.; EBLING, S.; Consulta de puericultura: desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família. **Vivências**, v. 11, n. 20, p.231-241, maio 2015.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B. The Denver developmental screening test. **J Pediatr**, v. 71, p. 181-91, 1967.

GESELL, A.; AMATRUDA, C. **Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño: metodos clinicos e aplicaciones praticas**. Traduzido por Bernardo Serebrinsky. Buenos Aires: Medico Qirurgica; 1945.

GLASCOE, F. P. Early Detection os Developmental and Behavioral Problems. **Pediatrics in Review**, v.21, n.8, p. 272-280, 2000.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 5. ed. – São Paulo : Atlas, 2010.

GRANTHAM-MCGREGOR, S.; CHEUNG, Y. B.; CUETO, S.; GLEWWE, P.; RICHTER, L.; STRUPP, B. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, p. 60-70, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

HALPERN, R. **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento**. 1a ed. São Paulo: Manole; 2015.

KING, T. M.; GLASCOE, F. P. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. **Curr Opin Pediatr**, v. 15, p. 624, 2003.

LEFÈVRE BL, DIAMENT A. **O exame neurológico do recém-nascido de termo**. In: Diament A, Cypel S, Neurologia Infantil, 2.ed. Atheneu, Rio de Janeiro; 1990.

LIMA, R. T. S.; FERNANDES, T. G.; BALIEIRO, A. A. S.; COSTA, F. S.; SCHRAMM, J. M. A.; SCHWEICKARDT, J. C. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Cienc Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685-96, 2016.

LUNG, F. W; CHIANG, T. L; LIN, S. J; SHU, B. C. Child developmental screening instrument from six to thirty-six months in Taiwan birth cohort study. **Earl Hum Dev**, v. 86, n.1, p. 17-21, 2010.

MAGNER, L. N. **A history of medicine**. 2nd ed. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2005. 611p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTEIRO, F. P. M.; ARAUJO, T. L.; XIMENES, L. B.; VIEIRA, N. F. C. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cienc. enferm**, v. 20, n. 1, p. 97-110, 2014.

MONTEIRO, A. I.; MACEDO, I. P.; SANTOS, A. D.; ARAÚJO, W. M. Nursing and the collective action: accompanying child growth and development. **Rev Rene**, v. 12, p. 73-80, 2011.

MORLEY, D.; ELMORE-MEEGEN, M. Growth-monitoring – a forgotten subject. London, UK: **Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 27, p. 14-19, 2000.

NAUDEAU, S.; KATAOKA, N.; VALERIO, A.; NEUMAN, M. J.; ELDER, L. K. **Como investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância**. Tradução Paola Morsello. Washington, DC: The WorldBank; 2010; São Paulo: Singular; 2011.

NAUDEAU, S. **Supplementing nutrition in the early years: the role of early childhood stimulation to maximize nutritional inputs**. Child and Youth Development Notes. Washington, DC: WorldBank; 2009.

OLIVEIRA, A. A. P.; MOREIRA, R. L.; PECORA, R. A. F.; CHIESA, A. M. Relevant themes for child development training: a case study in light of health promotion. **Rev Med**, v. 92, n. 2, p. 113-8, 2013.

OLIVEIRA, F. P.; VANNI, T.; PINTO, H. A.; SANTOS, J. T. R.; FIGUEIREDO, A. M.; ARAÚJO, S. Q. et al. Um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

PALOMBO, C. N.; DUARTE, L. S.; FUJIMORI, E.; TORIYAMA, A. T. Use and filling of child health handbook focused on growth and development. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, p. 60-67, 2014.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 203–11, 2011.

PELETIER, H; ABRAMS, M. **The North Carolina ABCD Project: a new approach for providing developmental services in a primary care.** Portland, ME: National Academy for State Health Policy, 2002.

PEREIRA, M. M. et al. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 767-774, 2015.

PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida.** São Paulo: FAPESP/Casa do Psicólogo; 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde. Célula de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Plano Unidade de Saúde Amiga da Criança.** Fortaleza-CE, 2017.

RADECKI, L.; SAND-LOUD, N.; O'CONNOR, K. G.; SHARP, S.; OLSO, L. M. Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002–2009. **Pediatrics**, v. 128, p. 14-19, 2011.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento e desenvolvimento: análise dos registros na caderneta de saúde da criança. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 01-09, 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v. 23, n. 5, p. 954-692, set-out. 2015.

REICHERT, A. P. S.; VASCONCELOS, M. G. L.; EICKMANN, S. H.; LIMA, M. C. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP** [Internet], v. 46, n. 5, p. 1049-56, 2012.

RIBEIRO, J. M; DE SIQUEIRA, S. A; PINTO, L. F. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis segundo a percepção de usuários. **Cienc Saude Colet**, v. 15, n. 2, p. 517-27, 2010.

RIBEIRO, V. R. A. Caderneta de Saúde da Criança: utilização na rede de atenção básica em Fortaleza. **Dissertação (mestrado)** – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2014.

SAND, N.; SILVERSTEIN, M.; GLASCOE, F. P.; GUPTA, V. B.; TONNIGES, T. P.; O'CONNOR, K. G. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: do guidelines work? Do they help? **Pediatrics**, v. 116: p. 174-179, 2005.

SIERAU, S.; DÄHNE, V.; BRAND, T.; KURTZ, V.; VON KLITZING, K.; JUNGSMANN, T. Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. **Prev Sci.**, v. 17, p. 40-51, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **O memorial da Pediatria Lincoln Freire.** Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, G. C. A. O SUS nos seus 20 anos: reflexões no contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TANAKA, O. Y. **Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

THE LANCET [homepage on the Internet]. **Maternal and child nutrition: executive summary of The Lancet maternal and child nutrition series.** 2013. Available from: http://www.unicef.org/ethiopia/Lancet_2013_Nutrition_Series_Executive_Summary.pdf.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **III PESN 2006 — III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: situação alimentar, nutricional e de saúde no estado de Pernambuco, contexto socioeconômico e de serviços.** Recife: UFPE/IMIP/SES; 2012.

URKIN, J.; BAR-DAVID, Y.; PORTER, B. Should we consider alternatives to universal well-child behavioral-developmental screening? **Front Pediatr**, v. 3, p. 21, 2015.

VIEIRA, J. L. **Código de Hamurabi – Código de Manu (Livros Oitavo e Nono) – Lei das XII Tábuas.** Brasil, Edipro, 3ª ed., 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care for child development: improving the care of young children.** Participant Manual [Internet]. 2012. Available from: http://www.unicef.org/earlychildhood/files/3.CCD_-_Participant_Manual.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.** Geneva: WHO; 2013.

YOUNG, M. E.; MUSTARD, F. **Brain Development and ECD: A Case for Investment.** In: GARCIA, M.; PENCE, A.; EVANS, J. L. eds. Africa'sFuture. In: Africa's Challenge: Early Childhood Care and Development in Sub-Saharan Africa. Washington, DC: World Bank; p. 71-114, 2007.

ZEFERINO, A. M. B.; BARROS FILHO, A. A.; BETTIOL, H.; BARBIERRI, M. A. Acompanhamento do crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 79, p. 23-32, supl. 1, 2003.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Ana Mônica Pinto Moreira, sou médica pediatra, mestranda do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA", sob a orientação do Prof. Dr. Luís Carlos Rey. Esse estudo objetiva descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais médicos atuantes na atenção primária do município de Fortaleza. O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, e o seu envolvimento será respondendo a um questionário, composto por oito perguntas de múltipla escolha, requerendo um tempo estimado de 15 minutos. O(a) senhor(a) terá liberdade de aceitar ou não o convite, e desistir em qualquer etapa do estudo mesmo tendo assinado este termo. Sua recusa não trará prejuízo em seu ambiente de trabalho nem na sua relação com o pesquisador. O estudo não trará riscos de ordem física, porém se causar algum desconforto ou constrangimento, o (a) senhor (a) terá a liberdade de interromper o preenchimento do questionário e de não o entregar. É importante que o(a) senhor(a) conheça algumas informações acerca deste estudo, para concordar com sua participação, a qual não será remunerada nem lhe trará nenhum ônus. O benefício alcançado pela sua participação é a retratação atual da vigilância do desenvolvimento infantil na cidade de Fortaleza, o que possibilita o planejamento de estratégias em vista da melhoria dessa vigilância. É assegurado o sigilo das informações obtidas, garantindo ainda a privacidade de sua participação. Sua identidade será preservada, mesmo na divulgação dos resultados desta pesquisa. Este termo será preenchido em duas vias originais, sendo uma para o (a) senhor (a) e outra para a pesquisadora.

Quaisquer dúvidas acerca desta pesquisa poderão ser esclarecidas pelo orientador Prof. Dr. Luís Carlos Rey, no telefone: (85) 99982-3925, e pela pesquisadora, no telefone: (85) 99922-0594.

Dr. Luís Carlos Rey
(Orientador)

Ana Mônica Pinto Moreira
(Pesquisadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, fui suficientemente informado(a) e esclarecido(a) sobre minha participação nesta pesquisa e, por ter compreendido o que me foi informado, aceito voluntariamente participar do estudo.

(Participante)

Dr. Luís Carlos Rey
(Orientador)

Ana Mônica Pinto Moreira
(Pesquisadora)

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas, de segunda à sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Data: ___/___/___

Código:

1. DADOS PESSOAIS
1.1 Nome: _____
1.2 Sexo: 1.2.1 () Feminino 1.2.2 () Masculino
1.3 Idade: _____ anos
2. DADOS PROFISSIONAIS
2.1 Qual a sua formação profissional? 2.1.1 () Enfermeiro 2.1.2 () Médico
2.2 Há quanto tempo concluiu a graduação? _____ anos.
2.3 Concluiu alguma pós-graduação <i>lato sensu</i> ? 2.3.1 () Especialização em _____ 2.3.2 () Residência _____ 2.3.3 () Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) 2.3.4 () Não
2.4 É profissional residente em Saúde da Família e Comunidade? 2.4.1 () Sim 2.4.2 () Não
2.5 Participa do Programa Mais Médicos? 2.5.1 () Sim 2.5.2 () Não
2.6 Participa do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)? 2.6.1 () Sim 2.6.2 () Não
2.7 Concluiu alguma pós-graduação <i>stricto sensu</i> ? 2.7.1 () Mestrado em _____ 2.7.2 () Doutorado em _____ 2.7.3 () Não
2.8 Já participou de alguma capacitação acerca da temática do desenvolvimento infantil? 2.8.1 () Sim _____ 2.8.2 () Não
3. DADOS DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA
3.1 Você realiza alguma avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura? 3.1.1 () Sim 3.1.2 () Não
3.2 Você pergunta a opinião dos pais/cuidadores sobre fatos associados ao desenvolvimento da criança? 3.2.1 () Sim 3.2.2 () Não
3.3 Você avalia fatores de riscos associados a problemas do desenvolvimento infantil? 3.3.1 () Ausência ou pré-natal incompleto. 3.3.2 () Problemas na gestação, parto ou nascimento. 3.3.3 () Prematuridade (<37 semanas).

<p>3.3.4 () Peso abaixo de 2500 gramas.</p> <p>3.3.5 () Icterícia grave.</p> <p>3.3.6 () Hospitalização no período neonatal.</p> <p>3.3.7 () Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.</p> <p>3.3.8 () Parentesco entre os pais.</p> <p>3.3.9 () Casos de deficiência ou doença mental na família.</p> <p>3.3.10 () Fatores de risco ambientais:</p> <p>3.3.10.1 () Violência doméstica</p> <p>3.3.10.2 () Depressão materna</p> <p>3.3.10.3 () Drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa</p> <p>3.3.10.4 () Suspeita de abuso sexual</p> <p>3.3.10.5 () Negligência infantil</p>
<p>3.4 Você utiliza o instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil presente na caderneta de saúde da criança?</p> <p>3.4.1 () Sim 3.4.2 () Não</p>
<p>3.5 Se não utiliza o instrumento supracitado, realiza algum registro acerca do desenvolvimento infantil de seu paciente?</p> <p>3.5.1 () Sim _____</p> <p>3.5.2 () Não</p>
<p>3.6 Você reavalia 30 dias depois da consulta as crianças com alerta para o desenvolvimento?</p> <p>3.6.1 () Sim 3.6.2 () Não</p>
<p>3.7 Você referencia para avaliação neuropsicomotora as crianças com provável atraso de desenvolvimento?</p> <p>3.7.1 () Sim 3.7.2 () Não</p>

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE

Pesquisador: ANA MONICA PINTO MOREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82547718.0.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.500.498

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem como objetivo descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza. Será realizado um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, nas unidades de atenção primária do município de Fortaleza. A população será composta pelos profissionais médicos e enfermeiros que realizam consultas de puericultura, atuantes nesse nível atenção. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário, o qual será respondido por tais profissionais, e o processamento dos dados será feito pelo programa Epi-info.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza.

Objetivo Secundário:

- Averiguar a ocorrência da avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura da atenção primária à saúde;
- Identificar se os médicos perguntam a opinião dos pais/cuidadores sobre fatos associados ao desenvolvimento da criança;
- Verificar, nessas consultas de puericultura, a utilização do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil presente na caderneta de saúde da criança;
- Identificar se as crianças que apresentam alerta para o

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.500.498

desenvolvimento estão sendo reavaliadas em 30 dias;• Conferir se as crianças com provável atraso do desenvolvimento estão sendo referenciadas para avaliação neuropsicomotora.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes terão direito de esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, possíveis riscos e o incômodo que esta possa acarretar. Além disso, serão informados da possibilidade de poderem desistir da sua participação em qualquer momento, não acarretando ônus algum.

Benefícios:

Todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) serão seguidas. Ela garante aos participantes da pesquisa: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e factível para o desenvolvimento de um diagnóstico situacional acerca da prática da vigilância do desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura realizadas por profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e documentação para a inserção do projeto no COMPEPE_UFC.

Recomendações:

Rever no projeto os benefícios da pesquisa. Os detalhados no projeto não se adequam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/01/2018		Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.500.498

Básicas do Projeto	ETO_1063107.pdf	15:16:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.pdf	29/01/2018 14:12:09	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	29/01/2018 14:05:15	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_SOLICITACAO_DE_APRE CIACAO CEP.pdf	29/01/2018 14:01:55	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/01/2018 14:00:27	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA. pdf	29/01/2018 13:58:04	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	29/01/2018 13:56:41	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_COGTES.pdf	29/01/2018 13:56:23	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/01/2018 13:55:26	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	29/01/2018 13:54:59	ANA MONICA PINTO MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br