



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BÁRBARA DE SOUZA FERREIRA

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR SOBRE CRIANÇAS
QUE FREQUENTAM UMA CRECHE**

CUITÉ

2017

BÁRBARA DE SOUZA FERREIRA

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR SOBRE CRIANÇAS
QUE FREQUENTAM UMA CRECHE**

Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

CUITÉ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

F383d Ferreira, Bárbara de Souza.

Desenvolvimento infantil: um olhar sobre crianças que frequentam uma creche. / Bárbara de Souza Ferreira. - Cuité: CES, 2016.

61 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos.

1. Saúde da criança. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Educação infantil. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

BÁRBARA DE SOUZA FERREIRA

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR SOBRE CRIANÇAS QUE
FREQUENTAM UMA CRECHE

Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DA APROVAÇÃO: ___/___/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr^a Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira
Membro
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr^a Heloisy Alves de Medeiros
Membro
Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTOS

Como dizem, a caminhada não é fácil, foram noites, dias, férias e períodos dedicados a esse trabalho; aqui deixo relatos de uma experiência a qual pude vivenciar intensamente, e aprender com cada detalhe ao decorrer dessa pesquisa. Essa conquista não seria possível sem o apoio de pessoas que caminharam juntos a mim nesse sonho.

Primeiramente quero agradecer ao meu bom Deus, por me ouvir, me dá forças, coragem e saúde durante essa trajetória;

Aos meus pais Francisco e Josineide, dedico essa conquista a vocês! Sou grata por tudo que fizeram e fazem por mim; obrigada pelos ensinamentos e valores aos quais pude honrar, me orgulho e agradeço a Deus por ter os melhores pais do mundo! Sem vocês nada disso estaria acontecendo, foi pensando em vocês e em suas lutas diárias, que tive animo e forças para chegar até aqui, e os orgulhar. Amo vocês incondicionalmente!

A minha família, agradeço aos que torceram e me apoiaram, a minha vó Sebastiana agradeço por todas as vezes que me abençoou durante minhas viagens, e que se despediu me dizendo sempre “seja feliz”.

A cidade de Cuité, foi aqui onde tudo começou, onde fui tão bem acolhida, onde passei muito frio, mas onde também encontrei muito amor, aqui tive uma segunda família e criei laços que jamais serão desfeitos.

A UFCG, ao Centro de Educação e Saúde, o campus mais lindo que já conheci, o qual tive a honra de me formar.

Aos queridos e grandes amigos, o que seria da vida sem vocês?!

A minha “párea” desde o P1 Heloane, levarei sempre sua amizade comigo.

As minhas amigas/irmãs Mariana, M^a Fernanda, Amaryanny e Gabriela, as quais convivi diariamente, formando um lar, uma família, jamais esquecerei; em especial Amary, vou sentir muitas saudades de nossas conversas, e momentos juntas.

Ao meu namorado Matheus, pelo companheirismo, amor, paciência, por se fazer sempre presente ao meu lado quando precisei, me apoiando e me incentivando a crescer.

A Kelly, Ananda e minha querida amiga Marilda, por se disponibilizarem a ajuda nessa pesquisa, em especial a Paulinho que se mostrou disponível quando eu mais precisei (nas férias!) rs, meu muito obrigada!

A minha Orientadora Prof. Dra. Nathanielly Cristina, só tenho a agradecer pela paciência a cada orientação, pelo conhecimento, e compromisso que sempre se mostrou presente, pelas palavras positivas nas vezes que pareci desanimada, meu muito obrigada!

Aos demais membros da banca, Prof. Ana Carolina , agradeço pelo início, onde me ajudou na idealização dessa pesquisa e na construção dos primeiros passos; Prof. Heloisy, agradeço por aceitar o convite em participar dessa banca, e poder da suas contribuições a esse estudo.

A Mariceu, diretoria da Creche onde pude desenvolver essa pesquisa, e a todas professoras, que me ajudaram e se fizeram presente durante as avaliações.

A todas as mães e crianças que participaram dessa pesquisa.

Minha gratidão a todos esses!

E por fim, a mim! A minha superação, coragem, paciência e dedicação para obter essa conquista.

*Quem duvida da vida tem culpa, quem evita a
dúvida também, somos quem podemos ser,
sonhos que podemos ter..
E teremos!*

(Humberto Gessinger)

FERREIRA, B.S. **Desenvolvimento infantil: um olhar sobre crianças que frequentam uma creche.** 2017, 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2017.

RESUMO

Introdução: Os processos de crescimento e desenvolvimento da criança são importantes indicadores de saúde. O desenvolvimento infantil compreende o aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções cada vez mais complexas. Por isso, o acompanhamento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, e está, portanto, mais sujeito aos agravos. No entanto, é nesta época que a criança melhor responde as terapias e estímulos recebidos do meio ambiente, devido sua plasticidade cerebral. **Objetivos:** Esse estudo teve como objetivo geral, avaliar o desenvolvimento de crianças que frequentam uma creche municipal na cidade de Cuité/PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa, que foi realizado no período de março a abril, de 2017, com 51 crianças com idade entre 0 a 36 meses, devidamente matriculadas, frequentando a instituição, e que no momento da entrevista, a mãe ou cuidador principal apresentou a caderneta de saúde da criança. Para avaliação das crianças foi utilizado o instrumento de acompanhamento do desenvolvimento infantil, presente na Caderneta de Saúde da Criança, e a aplicação de um formulário sócio demográfico e de informações de saúde, respondido pela mãe ou cuidador principal. A análise foi do tipo descritiva, com apresentação dos dados em frequência relativa e absoluta. **Resultados:** em relação à classificação do desenvolvimento infantil, considerando os fatores de risco, alterações fenotípicas e os marcos do desenvolvimento para idade, das 51 crianças avaliadas, 50,98% foram classificadas com Desenvolvimento adequado com fator de risco, 31,37% Desenvolvimento adequado, 15,69% Provável atraso no desenvolvimento e 1,96% Alerta para o desenvolvimento infantil. Sublinha-se dentre os fatores de risco, a presença de algum problema na gestação, parto e nascimento, e a presença de familiar com deficiência ou doença mental. Vários são os fatores que podem vir a interferir no pleno desenvolvimento infantil, por isso, faz-se necessário a vigilância do desenvolvimento com olhar profissional qualificado, e principalmente a serviços estruturalmente adequados para prestação do cuidado integral à criança, família e comunidade. **Considerações finais:** Cabe-se refletir sobre a qualidade de atenção que vem sendo prestada, quando se trata da avaliação do desenvolvimento das crianças, tendo em vista a importância para a promoção das suas potencialidades. Nesse sentido, salienta-se os achados podem contribuir para o direcionamento de novas pesquisas a cerca da temática abordada.

Palavras chaves: Desenvolvimento infantil, saúde da criança, educação infantil.

FERREIRA, B.S. **Child development: a look at children who attend a day care center.** 2017, 61 f. Course Completion Work - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The child's growth and development processes are important health indicators. Child development includes increasing the individual's ability to perform increasingly complex functions. Therefore, the follow-up of the child in the first two years of life is of fundamental importance, because it is at this stage of extrauterine life that the nervous tissue grows and matures, and is therefore more subject to injuries. However, it is at this time that the child responds best to the therapies and stimuli received from the environment, due to their cerebral plasticity. **Objectives:** This study aimed to evaluate the development of children attending a municipal nursery in the city of Cuité / PB. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study that was carried out in the period from March to April, 2017, with 51 children aged 0 to 36 months, duly enrolled, attending the institution. At the time of the interview, the mother or primary caregiver presented the child's health record. In order to evaluate the children, the instrument for monitoring child development was used, present in the Child Health Handbook, and the application of a socio-demographic and health information form, answered by the mother or primary caregiver. The analysis was descriptive. **Results:** 51.98% of the 51 children evaluated were classified as Adequate Development with a Risk Factor (31.37%), considering the risk factors, phenotypic changes and developmental milestones for age). Adequate development, 15.69% Likely developmental delay and 1.96% Alert for child development. Among the risk factors, the presence of some problems in pregnancy, childbirth and birth, and the presence of family members with disabilities or mental illness are highlighted. There are a number of factors that may interfere with the full development of children. Therefore, it is necessary to supervise development with a qualified professional look, especially structurally adequate services to provide comprehensive care for the child, family and community. **Final considerations:** It is necessary to reflect on the quality of care that is being provided, when it comes to assessing children's development, in view of the importance of promoting their potential. In this sense, it is emphasized that the findings can contribute to the direction of new research about the subject matter.

Keywords: Child development, child health, child rearing.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Avaliação do Desenvolvimento Infantil | 23 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização das condições sócio econômica e demográfica.. | 29 |
| Tabela 2 - Exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento infantil..... | 30 |
| Tabela 3 - Distribuição das crianças em relação às alterações fenotípicas ou físicas.. | 31 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Classificação das crianças de acordo com a avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil | 32 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

AIMS – *Alberta Infant Motor Scale*

CC – Cartão da Criança

CCT – Transferência de Caixa Condicional

CD – Crescimento e Desenvolvimento

CSC – Caderneta de Saúde da Criança

DPP – Depressão Pós Parto

DPI – Desenvolvimento Integral da Primeira infância

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 18 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 18 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 3.1 A CRIANÇA E SEU PROCESSO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO..... | 19 |
| 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE INFANTIL | 19 |
| 3.3 VIGILANCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL A PARTIR DA ESTRATÉGIA AIDIP | 22 |
| 3.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM | 24 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 26 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 26 |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO..... | 26 |
| 4.3 POPULAÇÃO DA AMOSTRA..... | 26 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 26 |
| 4.5 COLETA DE DADOS | 27 |
| 4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 27 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 28 |
| 4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS | 28 |
| 5 RESULTADOS..... | 29 |
| 6 DISCUSSÃO | 33 |
| 7 CONCLUSÃO | 39 |
| REFERÊNCIAS | 40 |
| APÊNDICES..... | 44 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 45 |
| APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 47 |
| ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL..... | 50 |
| ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL..... | 51 |
| ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS | 52 |
| ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES) | 53 |
| ANEXO E – INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL | 54 |

| | |
|---|-----------|
| ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 59 |
|---|-----------|

1 INTRODUÇÃO

Os processos de crescimento e desenvolvimento da criança são importantes indicadores de saúde. O “desenvolvimento infantil compreende o aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções cada vez mais complexas” (MARCONDES et al,1991). Por isso, o acompanhamento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, e está, portanto, mais sujeito aos agravos. É também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente, devido a sua plasticidade cerebral (OPAS, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que 10% da população de qualquer país seja constituída por pessoas com algum tipo de deficiência. Considerando a população brasileira segundo o censo demográfico de 2010, que atingiu um total de 190.755.799 habitantes, teríamos, portanto, 19.075.579,9 pessoas deficientes, estando entre elas, crianças com atraso no desenvolvimento (IBGE, 2011).

Diante disso, proporcionar oportunidades de assistir, acompanhando à criança de perto ao longo dos meses, para que a mesma desenvolva suas potencialidades, dentro de um segmento normal, é um importante aspecto a ser contemplado nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da vigilância do desenvolvimento infantil (OPAS, 2005).

A vigilância do desenvolvimento é uma ação contínua de avaliação e acompanhamento das atividades relacionadas ao potencial de desenvolvimento da criança, onde são avaliadas atitudes a serem apresentadas pela criança de acordo com a sua faixa etária. Promove assim, a detecção precoce de possíveis atrasos do desenvolvimento, bem como a estimulação em tempo oportuno. É implementada pelos profissionais de saúde a partir das informações dos pais, familiares e professores envolvidos no acompanhamento diário dessa criança (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde conheça como deve ser o comportamento de uma criança sem alterações e quais os fatores que podem gerar alterações no seu desenvolvimento, além de reconhecer quando algum marco para o desenvolvimento

está ausente. Isso pode sugerir um alerta para um possível atraso no desenvolvimento infantil (OPAS, 2005).

Sendo o desenvolvimento da criança decorrente de uma interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente, qualquer fator adverso em uma destas áreas podem alterar o seu ritmo normal. Assim, a probabilidade de que isto ocorra é chamado de risco para o desenvolvimento (OPAS, 2005).

Para identificar os fatores de risco faz-se necessário conhecer a história de saúde materna, sua situação socioeconômica, incluindo dados relacionados ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto, pois podem apontar indícios de comprometimento sensorio motor e cognitivo da criança desde o período neonatal (MEDEIROS, 2012).

Além da influência familiar, contamos com o fator ambiental, onde se destaca a escola, como um importante contexto para socialização e aprendizado, a partir das atividades pedagógicas e lúdicas, produto para o desenvolvimento cultural (BRASIL, 2012).

A criança deve atravessar cada estágio de desenvolvimento seguindo uma sequência regular. No entanto, diante de um atraso neste processo faz-se necessário que a mesma seja estimulada ou motivada no devido momento, para que consiga superar a dificuldade e desenvolver suas potencialidades. Ademais, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança cresce e adquire novas habilidades de acordo com o contexto onde vive e os estímulos recebidos (BRASIL, 2012).

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância, em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, na consulta de enfermagem, é que se espera reduzir a incidência de doenças, aumentando assim as chances de um crescimento e desenvolvimento saudável com todo seu potencial (CAMPOS, 2011).

Diante disso, acrescenta-se que durante a consulta de enfermagem de puericultura, o enfermeiro tem atuação de destaque no contato com a criança. Por isso, deve-se estar atento as possíveis alterações no desenvolvimento da criança para que possa intervir precocemente, passando orientações quanto a estimulação, ou possível encaminhando à um profissional especializado e em tempo oportuno (MEDEIROS, 2012).

No entanto, apesar da importância desse acompanhamento ainda é possível se deparar com limitações na realização da consulta no que se refere à avaliação do desenvolvimento infantil, como evidencia a literatura, com estudo (FIGUEIRAS, 2003) realizado na cidade de Belém, no Pará, sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil na perspectiva de mães e profissionais, observou-se que enquanto 70,6% dos profissionais

afirmaram realizar a vigilância do desenvolvimento rotineiramente apenas 27,6% das mães responderam que o profissional de saúde observou ou lhe perguntou algo sobre o desenvolvimento do seu filho.

Para avaliação do desenvolvimento infantil, existem vários instrumentos de monitoramento utilizados pelo profissional de saúde, alguns dos principais são: Teste de Gesell, Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley (BSID), Teste Denver, Teste de Triagem Sobre o Desenvolvimento de Milani-Comparetti, Gráfico do Desenvolvimento Motor de Zdanska – Brincken, Escala de Avaliação do Comportamento do Neonato (NBAS), Avaliação dos Movimentos da Criança (MAI), Avaliação Neurológica de Bebês Prematuros e a Termo, Alberta Infant Motor Scale (AIMS), TIMP (Test of Infant Motor Performance), Peabody Developmental Motor Scale (Escala PDMS) e o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento contido na Caderneta de Saúde da Criança (CSA) (SILVA, 2011).

O instrumento de Vigilância do Desenvolvimento, presente na CSC, foi elaborado pela Organização Pan-americana de Saúde, no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI. Esta compreende uma estratégia de triagem que fornece resultados eficazes para determinar se a criança está se desenvolvendo de acordo com o esperado para sua idade cronológica e maturidade neuropsicomotora. Para isso devem ser avaliados: reflexos, posturas, habilidades, desenvolvimento motor fino e grosso, linguagem e interação pessoal. A ausência no cumprimento de um só marco pode indicar desvio e direcionar a tomada de providências (OPAS, 2005).

No Brasil, o acompanhamento da saúde infantil era inicialmente registrado no Cartão da Criança (CC). Ao longo dos anos, esse instrumento passou por diversas alterações, até a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Deve ser entregue às famílias ainda na maternidade, como um documento para registro do seguimento da saúde da criança pelos profissionais (GAIVA, 2014).

Essa CSC, se utilizada de forma adequada, é um instrumento importante para a vigilância da saúde e acompanhamento do processo de desenvolvimento neuropsicomotor, social e afetivo de cada criança. As informações dos marcos do desenvolvimento apresentadas na CSC servem como subsídios para dialogar com a família, obter maiores informações sobre o que não puder ser observado durante a consulta e assim orientar os cuidados necessários (BRASIL, 2005).

A motivação em realizar esse estudo, surgiu à partir do contato com crianças durante atividades práticas da disciplina de Saúde da Criança, em uma creche. Neste cenário, as

crianças encontram-se em constante mudança, portanto, acompanhar seu desenvolvimento e poder intervir quando necessário e precocemente, é contribuir para que a criança possa crescer de forma saudável e expondo seu potencial. Assim, essa prática pode mudar toda uma história, uma vez que na realidade a avaliação do desenvolvimento e os registros apresentam limitações, e tudo parece se resumir em peso e altura.

Ante o exposto, visto a importância da identificação de possíveis alterações no desenvolvimento infantil, é que se faz necessário à implementação da vigilância do desenvolvimento em crianças, a fim de se intervir precocemente diante de uma classificação de alerta para o desenvolvimento ou provável atraso, a partir das condutas de estimulação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o desenvolvimento de crianças que frequentam uma creche municipal na cidade de Cuité/PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as crianças que frequentam uma creche municipal na cidade de Cuité/PB, quanto aos aspectos, demográficos, sócio econômicos e de saúde;
- Identificar os fatores de risco, as alterações fenotípicas e os principais marcos de desenvolvimento das referidas crianças;
- Classificar o desenvolvimento das referidas crianças segundo os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde de acordo com a faixa etária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A CRIANÇA E SEU PROCESSO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A criança é um ser dinâmico e complexo, tendo em vista a constante transformação, previsível e regular no crescimento físico e no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2012). É compreendida uma pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, 11 meses e 29 dias de acordo com o Ministério da Saúde, e para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos.

Nesse contexto cronológico e de evolução biológica, este ser vivencia a “primeira infância” que se estende até os 5 (cinco) anos de idade ou 72 (setenta e dois) meses, período que vai até aproximadamente os três anos de idade (KILLY, 2010). Momento de intensa descoberta, de desenvolvimento físico e psíquico ou da personalidade, aquisição de habilidades motoras e marco social, a exemplo da entrada na instituição de ensino infantil ou creche (WONG, 2011).

Nessa fase, podem-se destacar ainda avanços motores gradativos, porém contínuos quanto à linguagem e relações sociais; nos quais evidenciam-se apreensão de papéis padrões diante da comunidade, aquisição de autocontrole e precisão de movimentos; percepção de dependência e independência e, elaboração de seu autoconceito (WONG, 2011).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE INFANTIL

Nos séculos passados o “ser criança”, na percepção da sociedade, era tido sem qualquer intervenção sistemática sobre sua saúde no que se refere à preocupação com assistência médica, ou higiene das cidades, era inexistente. Só então, Conforme cada momento socioeconômico cultural vivenciado pela sociedade que foi se passando, é que começaram a se moldar condutas acerca do cuidar da saúde da população, se modificando as compreensões da família e do cuidado (COLLET, 2011).

Nos fins do século XIX quando se deram as noções de higienismo e eugenia para nortear as ações de saúde da população, foi que a assistência à infância se desvincula da caridade e muda a forma de compreender a criança e suas necessidades, voltando o olhar para cuidá-la, ampará-la e educá-la. Contudo, não havia ainda nenhuma política de saúde para a criança ou mesmo para o conjunto da população (COLLET, 2010).

A saúde da criança esteve interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil até 1984, quando foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente, no que se refere à sua sobrevivência. Portanto, os cuidados à saúde voltados a essa população, apresentaram avanços, tendo como reflexo a redução da mortalidade infantil e implantação de diversas políticas públicas de saúde, marcando a evolução histórica da saúde da criança (ARAÚJO, 2014).

O PAISC, tinha como objetivo o alcance de toda população infantil brasileira, centrando suas ações para a implementação de forma integrada, de cinco ações básicas de saúde, capazes de responder aos problemas comuns da infância. São elas: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Incentivo ao Aleitamento Materno; Controle das diarreias e Terapia de Reidratação Oral; e assistência às Infecções Respiratórias Agudas (BRASIL, 1984).

Além desse programa, políticas de saúde foram criadas buscando oferecer atendimento efetivo e de qualidade à criança, por meio da ampliação de investimentos na área da saúde, a fim de se organizar a atenção primária nos municípios brasileiros, com objetivo de ampliar ainda mais a assistência infantil. Nessa perspectiva foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), como potencializadores para a vigilância à saúde infantil, com destaque para a disseminação do Cartão da Criança, como instrumento do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento; a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Projeto Acolhimento mãe e bebê, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância foram programas desenvolvidos afim de um atendimento efetivo e qualitativo. (ERDMANN, 2009). O principal motivo da implementação das políticas públicas, era diminuir os índices de mortalidade infantil no país.

A estratégia AIDPI, tem como intuito diminuir a mortalidade infantil por doenças prevalentes nos menores de cinco anos, reforçar o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança e fortalecer a capacidade de planejamento e resolução dos problemas na atenção primária. Portanto, melhorar a qualidade da atenção à criança nos serviços de saúde e introduzir ações de prevenção de infecção respiratória aguda, diarreia e desnutrição, como principais causas de hospitalizações, e ações de promoção da saúde na rotina dos serviços (COLLET, 2010).

Avanços e implantação de políticas públicas no cuidado da saúde infantil, foram registrados; Todavia, diante dos índices ainda expressivos na morbimortalidade infantil por causas evitáveis foi implantada em 2005 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, cujas diretrizes para o cuidado apontam as seguintes linhas: Ações da saúde da mulher com atenção humanizada e qualificada, atenção à gestante e ao recém-nascido, Triagem neonatal: teste do pezinho, incentivo ao aleitamento materno, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, combate à desnutrição e anemias carênciais, imunização, atenção às doenças prevalentes, atenção à saúde bucal, atenção à saúde mental, prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência. (BRASIL, 2004). Sendo essas fortalecidas no Pacto para a Saúde, do MS, lançado em 2006 que estabelece ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com base nos avanços pactuados, foi só então em 5 de agosto de 2015, a portaria Nº 1.130, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Art. 2º tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, são eles: Atenção humanizada a gestação, parto, nascimento e ao recém nascido; aleitamento materno e alimentação complementar; desenvolvimento integral da primeira infância (DPI); crianças com agravos permanentes e doenças crônicas; prevenção de violência, acidentes e promoção de cultura de paz; criança com deficiência ou em situações de vulnerabilidade e prevenção do óbito infantil e fetal.;

Dentre esses temos eixos o III, que refere-se à promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, o qual consiste na vigilância e estímulo do pleno crescer e potencial da criança, em especial na " Primeira Infância (DPI)", onde é realizado um acompanhamento pela atenção básica de saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança (CSC)", sendo essas desenvolvidas com base no AIDIP.

Em termos de saúde infantil, fica evidente a evolução ocorrida na implementação de políticas públicas de atenção à saúde da criança no país ao longo das últimas décadas. São ações de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, enfocando a vigilância da saúde das crianças e o cuidado às doenças prevalentes, de modo articulado às diretrizes do PSF, tornando mais resolutiva atenção primária (NOVACZYK, 2008).

3.3 VIGILANCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL A PARTIR DA ESTRATÉGIA AIDIP

Em meados da década de 90, a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIP), surgiu como um conjunto de intervenções, com evidências científicas, que permitiram prevenir e tratar, de forma eficaz, as principais doenças e problemas existentes nos primeiros anos de vida, além de promover saúde, oferecendo aos pais conhecimentos e práticas adequadas acerca da saúde dos seus filhos (OPAS, 2005).

Após implementação da AIDIP, a OPAS, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolveu o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil com base no contexto da AIDPI. Surgindo inicialmente, para suprir a necessidade de capacitação dos profissionais que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA, em relação ao desenvolvimento infantil. Após apresentar resultados positivos, foi incorporada na atenção à saúde da criança em vários estados no Brasil e também em outros países (SANTOS, 2010).

A vigilância do desenvolvimento infantil pela AIDPI 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 (OPAS, 2005).

Essas informações estão sistematizadas na Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de avaliação, que contempla em um quadro a idade da criança em meses (de 0a 36 meses na linha superior, e as habilidades, atitudes e comportamentos que devem ser apresentados pela criança de acordo com a faixa de idade, na coluna, sendo estas destacadas de amarelo. É importante verificar também as habilidades do mês anterior, caso a criança deixe de apresentar algum marco para do desenvolvimento na faixa etária presente; a cada mês são avaliadas 4 marcos para a idade, esses são distribuídos em aspectos, sendo um da área motora grossa, um da área motora fina, um da linguagem e um da interação pessoal-social (OPAS, 2005) .

Para o registro das informações deve-se utilizar ‘P’ quando o marco avaliado está presente; ‘A’ quando o marco for ausente e ‘NV’ quando não for possível verificar esse marco (BRASIL, 2013). É pertinente ressaltar que nas avaliações, deve-se, sempre, levar em consideração dados e informações relatadas pelos pais e pelos atores da escola, que convivem com a criança e tem capacidade de identificar tais aspectos do seu desenvolvimento neuropsicomotor. É recomendado ouvir, comentar e discutir a respeito das habilidades já desenvolvidas pela criança, e a forma com a qual ela explora essas atividades (BRASIL, 2012).

Diante da avaliação do desenvolvimento é possível classificar a criança em relação a esse processo como tendo: Desenvolvimento adequado; Desenvolvimento adequado com fatores de risco, Alerta para o Desenvolvimento e Provável Atraso no Desenvolvimento. A partir de então se torna possível adotar a conduta adequada diante da necessidade apresentada, a fim de ampliar a capacidade de intervenção precoce e estimulação em tempo oportuno, de maneira a promover o desenvolvimento das potencialidades desse ser, conforme a Figura 1.

Figura 1 - Avaliação do Desenvolvimento Infantil

**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 | Impressão diagnóstica | 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.

Para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento é necessário estar atento à sua evolução normal e aos fatores que possam intervir nesta evolução. Portanto, é necessário o acompanhamento pelos profissionais de saúde, além dos pais e professores, no sentido de promover a identificação de alterações, e aumentar a possibilidade de intervenções o mais precocemente possível.

Vale ressaltar que o acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado na atenção primária à saúde, e deve contar com o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde. No Brasil, o principal agente, responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde, tem sido o enfermeiro. Estas ações são importantes para que a criança possa receber atenção à saúde adequada e contextualizada ao seu meio e condições de vida, estímulo ao cuidado e atendimentos específicos às suas necessidades, visando ao seu desenvolvimento saudável (FALBO, 2012).

3.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é um momento privilegiado para o acompanhamento do desenvolvimento global das crianças, e detecção de possíveis riscos no campo de saúde durante esse processo. Dessa forma, é fundamental promover a capacitação dos profissionais de saúde para essas ações, afim de que esse acompanhamento seja eficaz, e com intervenção em tempo oportuno (BRASIL, 2010).

Para tanto, a consulta de enfermagem de puericultura visa promover a interação enfermeira-criança-família. Nesse processo, o sucesso do cuidado não depende apenas das informações transmitidas pelo profissional, mas também da participação da família, que percebe a relevância de seu papel enquanto promotora do desenvolvimento saudável da criança (GOMES, 2006).

Para essa avaliação o enfermeiro tem como instrumento a CSC que contempla o quadro de vigilância do desenvolvimento adaptado da AIDPI. Nesse processo o registro das informações sobre o acompanhamento da criança é fundamental para que o enfermeiro possa identificar a singularidade de cada criança, possibilitando-lhe a prescrição do cuidar de enfermagem, além de interagir com a mãe e/ou responsável quanto às condutas. Porém, o que se observa é que esse conhecimento acerca do registro, não está sendo suficiente para garantir atenção ao desenvolvimento da criança nem para dar segurança à enfermagem no intuito de

registrar o que é feito em sua assistência; pois na prática, o que é observado são anotações incompletas, inconsistentes, impróprias e inautênticas (OLIVEIRA, 2009).

Lacunas na educação permanente dos profissionais da APS responsáveis pelo acompanhamento de crianças também tem influenciado nesse processo. Caso não sejam implementadas ações para superar essa situação, algumas demandas de saúde podem não ser contempladas na assistência, desencadeando repercussões na qualidade do cuidado. O despreparo das enfermeiras para a vigilância do desenvolvimento infantil as impedem de envolver-se com as famílias e reconhecer precocemente desvios, ficando a consulta restrita ao acompanhamento de indicadores antropométricos (REICHERT , 2015).

Faz-se necessário os enfermeiros 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. Considera-se fundamental a qualificação, por meio da educação permanente em saúde, para realização da vigilância do desenvolvimento infantil (REICHERT et al, 2015), atentando também para a importância dos registros na caderneta de saúde da criança, para que seja possível identificar e intervir de maneira precoce e oportuna no que se refere aos marcos do desenvolvimento infantil e a promoção da saúde da criança. que deverá seguir de acordo com a realidade de vida da criança (OLIVEIRA, 2007).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Essas têm como intuito estudar características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental (GIL, 2009).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma creche municipal na cidade de Cuité/PB. Este município localizado na região do Curimataú Paraibano, conta com seis creches (três rurais e três urbanas) as quais ofertam serviços de cuidado direto a criança, bem como de educação voltados para faixa etária de 0 a menor de 5 anos. A escolha por uma das creches localizadas na zona urbana se justifica pelo fato de ser cenário de atividades práticas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande.

4.3 POPULAÇÃO DA AMOSTRA

A população foi constituída de 120 crianças, que frequentavam à referida creche durante o período da coleta de dados. A amostra foi composta de 51 crianças que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas neste estudo, crianças na faixa etária de 0 a 36 meses, devidamente matriculadas, frequentando a instituição, e que, no momento da entrevista, a mãe ou cuidador principal apresentava a caderneta de saúde da criança. Não fizeram parte do estudo crianças já diagnosticadas com alguma doença neurológica.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2017, por meio de um instrumento sócio demográfico e de informações de saúde da criança (APÊNDICE B), e outro de vigilância do desenvolvimento infantil (ANEXO E), preconizado pelo Ministério da Saúde, para avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil. Inicialmente foi agendada uma reunião com as mães ou cuidador principal da criança, em local e horário previamente agendado, a depender da disponibilidade dos mesmos, onde foi apresentado o projeto, seus objetivos e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Este foi devidamente assinado pela mãe ou cuidador principal, que autorizou a participação na pesquisa e aplicação do questionário.

Diante da autorização do participante, foi aplicado o formulário. Posteriormente, as crianças foram avaliadas de acordo com os marcos do desenvolvimento para a idade, seguindo o agendamento por turma. Quando a criança não comparecia, era realizado novo contato e estabelecido outro agendamento para avaliação. Somente após dois novos agendamentos sem que a criança comparecesse é que foi considerado perda.

A aplicação do instrumento foi realizada por duas discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem, previamente capacitadas a partir de um treinamento ministrado pela professora orientadora.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O formulário sócio-demográfico e de informações de saúde abrange as variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar, dado sobre a moradia, água, esgoto, destino do lixo, consultas no pré-natal, exames, alterações, fatores de risco ambiental e casos de deficiência na família, elaborados com base em informações da caderneta de saúde da criança. Em relação ao instrumento de acompanhamento do desenvolvimento presente na Caderneta de Saúde da Criança, originado com base no contexto da estratégia AIDPI. A mesma propõe avaliar e classificar o desenvolvimento da criança considerando as informações apresentadas pelas mães ou cuidador principal sobre fatores de risco para o atraso no desenvolvimento (figura 1), percepção sobre o desenvolvimento da criança e a presença de alterações fenotípicas através do exame físico, bem como os marcos por faixa etária (OPAS, 2005).

Na CSC, o instrumento de vigilância do desenvolvimento contempla na linha superior a idade da criança em meses (de 0 a 36 meses), e na coluna, as habilidades que devem ser avaliadas para a idade, estando às características destacadas em amarelo segundo a faixa de idade (até 1 m – de 1 a 2 m – 2 a 4 m – 4 a 6 m- 6 a 9 m – 9 a 12 m – 12 a 15 m – 15 a 18 m – 18 a 24 m – 24 a 30 m e 30 a 36 m). A classificação ou impressão diagnóstica apontada é de- Provável atraso no desenvolvimento, - Alerta para o desenvolvimento, - Desenvolvimento adequado com fatores de risco e - Desenvolvimento adequado (BRASIL, 2013). A partir da classificação identificada é possível tomar a conduta necessária, de modo a promover a saúde da criança.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada, com checagem das planilhas para validação do processo, armazenados através do programa Excel versão 7.0 da Microsoft[®]. Os resultados foram analisados de forma descritiva, apresentados por meio de tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura pertinente.

4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS

O estudo respeitou os princípios da resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa atendeu os aspectos éticos e científicos, de modo a assegurar respeito ao participante, em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, e sua vontade em contribuir ou não com o estudo (BRASIL, 2013).

O estudo foi realizado somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob parecer nº 1.941.601 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 63319416.9.0000.5182 (ANEXO F).

5 RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 51 crianças com idades entre 0 e 36 meses, sendo a maioria do sexo masculino (56,86%) e maiores de 12 meses(80,39%). A Tabela 1 apresenta as condições sócias econômicas e demográficas nas quais as crianças vivem. Foram destaques mães com anos de estudos entre 8 a 12 anos (60,78%); casadas ou que vivem em uma união estável (72,55%); com renda familiar de até um salário mínimo (72,55%). Em relação ao domicílio, todas residem em casas de tijolos, 56,86% possuem água encanada, 50,98% com rede de esgoto, 96,08% tem a fossa como destino das fezes. Quanto ao destino do lixo predominou a coleta por carro coletor (96,08%).

Tabela 1 - Caracterização das condições sócio econômica e demográfica. Cuité, PB, 2017.

| Variável | N | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Idade da mãe | 51 | 100 |
| < 19 | 2 | 3,92 |
| 20 – 29 | 31 | 60,78 |
| 30- 40 | 18 | 35,30 |
| Anos de estudo da mãe | 51 | 100 |
| ≤ 8 | 5 | 9,80 |
| 8 -12 | 31 | 60,78 |
| ≥ 12 | 15 | 29,41 |
| Estado Civil | 51 | 100 |
| Casada/união estável | 37 | 72,55 |
| Solteira | 10 | 19,61 |
| Viúva | 1 | 1,96 |
| Separada/divorciada | 3 | 5,88 |
| Renda (Salário mínimo) | 51 | 100 |
| 0 a 1 | 37 | 72,55 |
| 2 a 4 | 13 | 25,49 |
| 5 a 7 | 1 | 1,96 |
| Tipo de domicílio | 51 | 100 |
| Madeira | - | - |
| Tijolo | 51 | 100 |
| Taipa | - | - |
| Numero de cômodos | 51 | 100 |
| 1 – 3 | 2 | 3,92 |
| 4- 7 | 36 | 70,58 |
| 8-10 | 13 | 25,50 |
| Numero de pessoas | 51 | 100 |
| 1-3 | 20 | 39,21 |
| 4-6 | 25 | 49,09 |
| 7-10 | 6 | 11,70 |
| Água encanada | 51 | 100 |
| Sim | 29 | 56,86 |
| Não | 22 | 43,14 |

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Rede de esgoto | 51 | 100 |
| Sim | 26 | 50,98 |
| Não | 25 | 49,02 |
| Destino das fezes | 51 | 100 |
| Céu aberto | 1 | 1,96 |
| Rede de esgoto | 1 | 1,96 |
| Fossa | 49 | 96,08 |
| Destino do lixo | 51 | 100 |
| Terreno baldio | 1 | 1,96 |
| Rua | 1 | 1,96 |
| Carro coletor | 49 | 96,08 |
| Queima | - | - |

Fonte: Dados da pesquisa. Cuité-PB, 2017.

A Tabela 2 demonstra a exposição das crianças quanto aos fatores de risco abordados na caderneta de saúde da criança. A partir das 51 mães entrevistadas, identificou-se que 62,75% das crianças apresentaram um ou mais fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Desse total, sublinha-se a presença de algum problema na gestação, parto e nascimento, como: pré-eclâmpsia, hipertensão, infecção urinária, hemorragia, deslocamento de placenta, anemia e diabetes, e a presença de algum familiar com deficiência ou doença mental (37,25%).

Tabela 2- Exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Cuité, PB, 2017.

| Fatores de risco | Sim | | Não | | TOTAL | |
|---|-----|-------|-----|-------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ausência ou pré-natal incompleto? | 2 | 3,92 | 49 | 96,08 | 51 | 100 |
| Problemas na gestação, parto ou nascimento? | 13 | 25,49 | 38 | 74,51 | 51 | 100 |
| Prematuridade | 3 | 5,89 | 48 | 94,11 | 51 | 100 |
| Peso abaixo de 2500 | 3 | 5,89 | 48 | 94,11 | 51 | 100 |
| Icterícia grave | 6 | 11,76 | 45 | 88,24 | 51 | 100 |
| Hospitalização no período pré natal | 2 | 3,92 | 49 | 96,08 | 51 | 100 |
| Doença grave: meningite, TC e convulsão | - | - | 51 | 100 | 51 | 100 |
| Parentesco pais | 4 | 7,84 | 47 | 92,16 | 51 | 100 |
| Caso de deficiência ou doença mental | 19 | 37,25 | 32 | 62,75 | 51 | 100 |
| Violência domestica | 1 | 1,96 | 50 | 98,04 | 51 | 100 |
| Depressão materna | 5 | 9,80 | 46 | 90,20 | 51 | 100 |
| Drogas ou alcoolismo | 2 | 3,92 | 49 | 96,08 | 51 | 100 |
| Suspeita de abuso sexual | 1 | 1,96 | 50 | 98,04 | 51 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa. Cuité-PB, 2017.

No que concerne às alterações fenotípicas ou físicas a serem consideradas para avaliação do desenvolvimento infantil, 15,69% apresentaram perímetro cefálico fora da curva de normalidade ou escores $z < -2$ ou $z > +2$ escores z (Tabela 3).

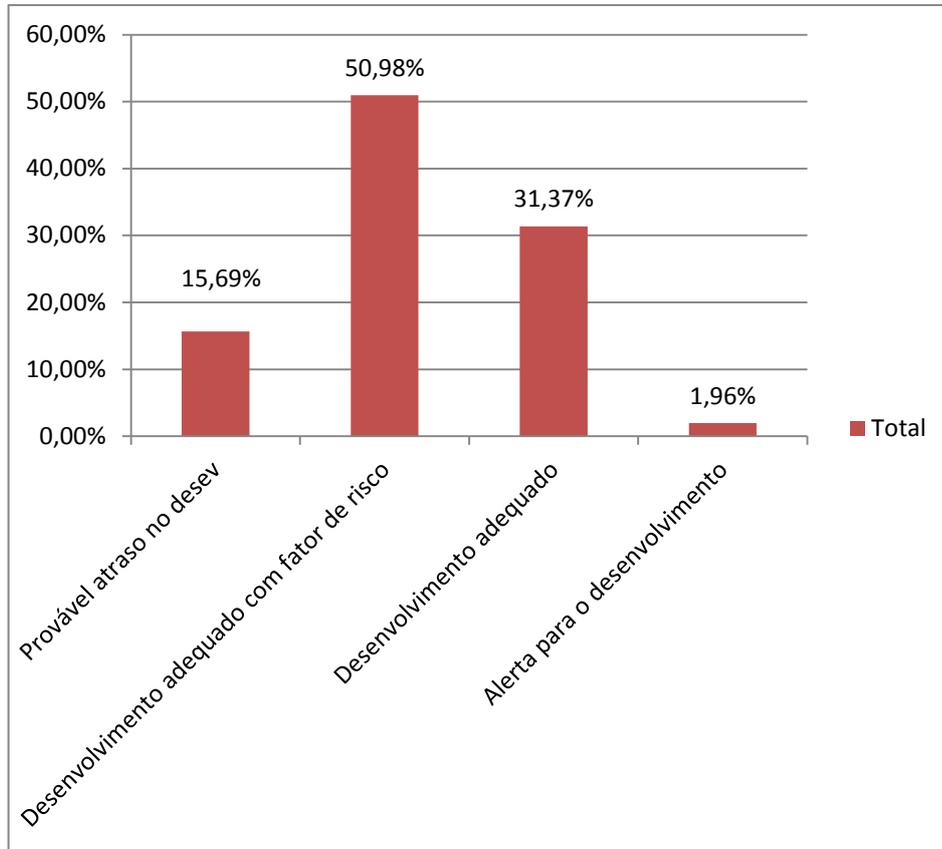
Tabela 3 - Distribuição das crianças em relação às alterações fenotípicas ou físicas. Cuité, PB, 2017.

| Alterações | Sim | | Não | | TOTAL | |
|---|-----|-------|-----|-------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Perímetro cefálico < -2 escores z ou > +2 escores z | 8 | 15,69 | 43 | 84,31 | 51 | 100 |
| Alterações fenotípicas | - | - | 51 | 100 | 51 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa. Cuité-PB, 2017.

No Gráfico 1 pode-se observar a distribuição das crianças em relação a classificação do desenvolvimento infantil considerando os fatores de risco, alterações fenotípicas e os marcos do desenvolvimento. Das 51 crianças avaliadas, 50,98% foram classificadas com “Desenvolvimento adequado com fator de risco” e 15,69% com “Provável atraso no desenvolvimento”.

Gráfico 1 - Classificação das crianças de acordo com a avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil. Cuité, PB, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa. Cuité-PB, 2017.

6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil ocorre por meio de um processo de interação entre o crescimento, a maturação e o aprendizado, no qual as habilidades podem ser observadas por meio as dimensões física, intelectual, emocional e social (SILVA, 2013). Os primeiros anos de vida são definitivos para criança, pois o intenso desenvolvimento cerebral, a torna mais suscetível às influências positivas ou negativas, de suas experiências (PEREIRA, 2015). Diante disso, emerge a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança, por meio das consultas de puericultura considerando todos os espaços de cuidado, como também a creche (BRASIL, 2005).

Considerando que fatores ambientais, sociais e biológicos que permeiam o contexto da criança e podem contribuir, ou vir a prejudicar diretamente o desenvolvimento infantil, destaca-se no presente estudo o fato de a maioria das famílias terem apresentado entre os aspectos sócio econômicos renda familiar de até um salário mínimo. Concordando com os achados, estudo (PEREIRA et al., 2017) realizado em Goiânia (GO) apresentou relação direta entre a baixa renda familiar, e o risco de atraso na linguagem de crianças que frequentam centros institucionais.

Reforçando a discussão, estudo (DAELMANS, 2015) internacional que discutiu estratégias e evidências globais para um desenvolvimento infantil adequado, constatou que a pobreza é um fator comprometedor no desenvolvimento infantil, e que por isso em alguns países foram criados programas de transferência de caixa condicional (CCT) ou transferência de renda, como os programas implantados na América Latina e África subsaariana, que, particularmente, vem ajudando a combater os efeitos da pobreza e demonstrando melhoria na nutrição e no desenvolvimento infantil.

Esse contexto desperta reflexões sobre a influência que o meio tem em torno do desenvolvimento infantil, sendo a renda familiar um fator relevante na vida da criança, por limitar desde uma alimentação adequada até atividades de lazer que estão ligadas diretamente aos estímulos para um bom desenvolvimento infantil. Sendo assim, salienta-se a relevância do bolsa família, um programa de transferência de renda implantado no Brasil, que beneficia uma parcela significativa de crianças e que tem contribuído com a saúde da criança.

Outra característica relevante para o cuidado à saúde e avaliação da criança, são os anos de estudos das mães, que neste estudo foi entre 8 a 12 anos para a maioria das entrevistadas. Estudo (CORSI, 2016) realizado no interior de São Paulo, em centros de

estudos municipais e particulares evidenciou uma relação positiva entre a escolaridade das mães e a qualidade do ambiente escolar frequentado pela criança. Percebeu-se que mães com maior escolaridade escolhem creches de maior qualidade para os filhos, e sabem da importância que este ambiente tem para o desenvolvimento infantil.

Cabe ressaltar que apesar de não ter sido avaliada a qualidade da creche no estudo em tela, sugere-se que as mães reconhecem a importância da creche para o acompanhamento e desenvolvimento de seus filhos, uma vez que ao convidá-las para participar da pesquisa, muitas demonstraram interesse e até pediram para serem informadas quanto aos resultados obtidos por seus filhos. Durante a entrevista também se obteve relatos de mães sobre as atividades já desenvolvidas pelos filhos após a inserção na creche, o que pode demonstrar a relevância desse espaço para avaliação do desenvolvimento da criança pelos profissionais de saúde e, também de educação.

No que concerne aos fatores de risco para o desenvolvimento infantil, foi possível identificar no estudo em tela que os problemas durante a gestação, o parto e puerpério são os mais frequentes entre as crianças estudadas. Entre os problemas identificados durante a gestação, a hipertensão arterial foi apresentada por 6 entrevistadas. Segundo o Ministério da Saúde essa é uma problemática comum, que ocorre em cerca de 10% de todas as gestações, sendo uma das causas de mortalidade. Assim sendo, pode culminar em complicações tanto para a mãe quanto para o feto, com agravamento do quadro hipertensivo para pré-eclâmpsia sobreposta, além de restringir o crescimento fetal, evoluir com parto prematuro, deslocamento de placenta e até o óbito fetal (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que a hipertensão arterial é uma complicação que pode ser evitada diante de um acompanhamento pré-natal adequado, e entre os achados apresentados, chama a atenção o fato de que apenas duas mães não realizaram o pré-natal de forma completa como preconiza o Ministério da Saúde. Isso pode sugerir que as mães estão dando uma maior importância em relação ao acompanhamento do pré-natal, comparecendo as consultas conforme o que o Ministério da saúde preconiza sobre a realização de no mínimo 6 consultas durante a gestação.

Reforça a importância desse acompanhamento, estudo (CRESTANE et al., 2015) evidenciou que o bebê cuja mãe realizou cinco ou menos consultas de pré-natal apresentou quatro vezes mais chance de risco ao desenvolvimento infantil, em relação aos bebês de mães que realizaram seis ou mais consultas.

Nesse contexto, destaca-se a prematuridade, uma condição que também sofre influência de um pré-natal inadequado, e que pode contribuir para problemas no

desenvolvimento infantil, como demonstra estudo (FORMIGA et al., 2015) comparativo realizado no hospital materno de Goiânia, onde foram avaliados pré-termos de 0 a 6 meses, com baixo peso ao nascer, utilizando comparativo com um grupo de crianças a termo, com base em padrões normativos de bebês canadenses da AIMS (Alberta Infant Motor Scale), e que obteve resultados indicativos de atraso do desenvolvimento em todos os bebês pré-termos avaliados.

Diante disso, é pertinente refletir sobre a importância do acompanhamento infantil considerando a idade corrigida, bem como a estimulação precoce para que as crianças possam ser tratadas dentro das suas singularidades e especificidades em relação ao crescimento e desenvolvimento, para desenvolver todo o seu potencial.

Outro fator de risco identificado no presente estudo foi à presença de algum familiar com deficiência ou doença mental. Estudo (SANTOS, 2015) demonstrou que no Brasil 23,9% da população, ou seja, quase um em cada quatro brasileiros tem alguma deficiência. Nos estados do Nordeste, em especial o Rio Grande do Norte e Paraíba, essa prevalência é ainda maior sendo de (27,7%) na Paraíba, ocupando o terceiro lugar no ranking nacional, ficando atrás somente do Rio Grande do Norte e do Ceará. (IBGE, 2010).

Associado a essa assertiva, o estudo supracitado (SANTOS, 2015) também evidenciou que casais aparentados com qualquer grau de parentesco, compartilham informações genéticas em comum advindas de avós ou bisavós, e assim tem a chance aumentada para 13% de ter um filho com doença genética em relação aos pais sem grau de parentesco que tem uma chance de 4%. Portanto, o risco para o aumento de casos de deficiência contribui para a presença deste fator de risco para o desenvolvimento infantil.

Outro achado relevante considerando a repercussão dessa condição para o cuidado da criança, foi a depressão materna apresentada por cinco mães durante a gestação. Ressalta-se que a depressão pode se manifestar de diversas formas, porém, todas vindo a comprometer o animo e atividades que geram prazer. Uma das formas, é a depressão pós-parto (DPP), transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto, podendo ser derivada da combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, onde atuam de forma implacável no seu surgimento (GOMES, 2016).

Estudo (CARLESSO, 2014) realizado em um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul demonstrou uma correlação positiva entre a depressão materna no período pós-parto, e a presença de risco ao desenvolvimento do bebê, pois apresentou um percentual de 59,5% a 79,9% de depressão materna. Isso indica necessidade de

acompanhamento emocional das mães no período pré e pós-parto, no sentido de empoderá-las para o seguimento do cuidado ao neonato.

No entanto, estudo internacional (DONALD, 2014) realizado no Canadá apontou que entre os principais fatores de riscos encontrados no desenvolvimento “inadequado” de crianças aos 12 meses de idade está a falta de assistência à saúde mental da mãe durante a gravidez e após o parto, baixo uso de recursos comunitários e a falta de diálogo no primeiro ano pós-parto. Essa assertiva indica que tais fatores podem ser modificáveis diante de uma assistência adequada a essas gestantes, de modo a contribuir para um melhor desenvolvimento infantil.

Ainda referente aos dados da gestação, o atual estudo mostra um dado alarmante em relação aos registros de sorologias realizadas durante o pré-natal, pois das 51 cadernetas de saúde da criança avaliadas, apenas uma havia registros dessa informação. Estudo (ABUD, 2016) realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá - MT evidenciou que o preenchimento dos dados referentes aos exames de sorologias maternas realizadas durante o pré-natal nas unidades de saúde representavam apenas 3,2%. Outro estudo de revisão da literatura (ALMEIDA et al, 2015) sobre o uso e preenchimento do instrumento de crescimento e desenvolvimento infantil, demonstrou que apenas um estudo avaliou o preenchimento dos dados de sorologia no pré-natal, e que esta informação obteve a menor porcentagem de preenchimento entre as variáveis.

Diante desses estudos vêm à tona possíveis questionamentos em relação à realização dos testes e o registro das informações nos instrumentos de acompanhamento da saúde da criança como a caderneta de saúde. Será que os exames foram de fato realizados durante a gestação, ou se estão sendo registrados apenas na caderneta da gestante e não na caderneta de saúde da criança as informações da gestação, parto e puerpério.

Na avaliação do desenvolvimento infantil devem-se considerar também as alterações físicas ou fenotípicas que são características apresentadas na criança, podendo ser indicativo de alguma síndrome, e que a própria CSC cita algumas dessas alterações como: olhos afastados, implantação baixa das orelhas e prega palmar única (BRASIL, 2014). No estudo em tela nenhuma criança apresentou esse tipo de alteração, no entanto, oito tiveram o perímetro cefálico fora do padrão de normalidade ou desvio padrão entre < -2 e $> +2$, o que é critério para classificação de provável atraso de desenvolvimento infantil, de acordo com o instrumento de vigilância do desenvolvimento presente na CSC e adotado pelo Ministério da Saúde.

Esse achado desperta reflexões sobre a importância do acompanhamento do crescimento do perímetro cefálico em intervalos regulares, para que seja possível identificar o desenvolvimento cerebral adequado ou não, visto existir forte correlação entre crescimento do perímetro cefálico e desenvolvimento cerebral (JALDIN, 2011).

Em relação à classificação do desenvolvimento infantil que culmina com a utilização de todos os critérios segundo o instrumento de avaliação adotado na CSC e que segue a estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), os achados evidenciam que 50,98% das crianças apresentam desenvolvimento adequado com fator de risco, e 15,69% provável atraso para o desenvolvimento.

Estudo (GUIMARAES, 2013) realizado em uma UBS em Belo Horizonte- MG demonstrou que 37,3% possui ao menos um fator de risco para o desenvolvimento, 31,7% são susceptíveis a apresentar atrasos no desenvolvimento, ou seja, foram classificados como alerta para o desenvolvimento e 19,2% classificados como provável atraso.

No estudo atual, todas as crianças apresentaram os marcos do desenvolvimento de acordo com a idade, exceto uma criança, no entanto nem todas as crianças que apresentaram os marcos, foram classificadas com “Desenvolvimento adequado”, tendo em vista que na avaliação faz-se necessário considerar outros aspectos como: fatores de risco, alterações físicas ou fenotípicas, que direcionam para outras impressões diagnósticas como resultados. Alguns dos marcos mais presentes durante a avaliação foram: construir torre com cubos, chutar a bola, apontar figuras e tirar a roupa, marcos esses presentes na faixa etária de 18 a 24 meses.

Diante disso, vale sublinhar a importância dos registros da avaliação realizada a partir do instrumento utilizado pelos profissionais envolvidos na atenção à criança no âmbito dos serviços de atenção primária que é a caderneta de saúde da criança (CSC). No entanto, estudo (ALMEIDA, 2016) demonstrou que o preenchimento do quadro dos marcos do desenvolvimento infantil apresentou-se incompleto ou ausente. Isso sugere que apesar de haver instrumentos para detecção precoce de alterações no desenvolvimento, muitos profissionais ainda não direcionam a atenção a temática e apresentam limitações em utilizá-los, dificultando a identificação de possíveis alterações e a oportunidade de estimular e contribuir para avanços nas potencialidades desenvolvidas.

Estudo nacional (BARATIERI, 2014) identificou que o registro dos marcos do desenvolvimento foi apresentado por apenas 2% das avaliações, enquanto que os registros de peso estiveram presentes em 100%. Verificaram-se escassas também orientações sobre cuidados que contribuem para a aquisição de habilidades esperadas de acordo com o período

avaliado, além de inexistir um roteiro utilizado pelo enfermeiro durante a evolução da consulta. Isso pode demonstrar, que a consulta de puericultura ainda é voltada as medidas do crescimento infantil e que o desenvolvimento é negligenciado no processo de seguimento da saúde da criança, principalmente, nos primeiros três anos de vida.

Nesse contexto, destaca-se a relevância na avaliação da criança na consulta de puericultura, considerando os fatores que podem vir a interferir no pleno desenvolvimento infantil. Para tanto, faz-se necessário a todos os envolvidos no processo de cuidado da criança implementar a vigilância do desenvolvimento com olhar profissional qualificado, e principalmente com serviços estruturalmente adequados para prestação do cuidado integral à criança, família e comunidade.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou o desenvolvimento infantil de crianças que frequentavam uma creche municipal, na cidade de Cuité-Paraíba, destacando a caracterização dessas crianças, a identificação de fatores de risco, alterações fenotípicas, principais marcos para o desenvolvimento infantil, e a classificação das referidas crianças, segundo os parâmetros definidos pelo MS, de acordo com a faixa etária.

À avaliação, foi possível evidenciar que mais da metade das crianças avaliadas, foram classificadas com o desenvolvimento adequado para idade, porém com fatores de risco, que perpassaram, a presença de casos de deficiência ou doença mental na família, problemas durante a gestação, parto ou puerpério, icterícia ao nascer, prematuridade, baixo peso ao nascer, dentre outros.

Em meio aos resultados obtidos por esse estudo, foi possível identificar que apesar dos avanços obtidos no que se refere ao acompanhamento da saúde da criança ao longo dos anos, como a consulta de puericultura, a inserção da CSC e os instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento, ainda se faz necessário uma maior atenção no que se diz respeito a esse último processo, o desenvolvimento infantil.

Salienta-se que a implementação do acompanhamento infantil, com todos os profissionais atentos para aos possíveis fatores que podem comprometer o pleno desenvolvimento das potencialidades da criança, é aspecto imprescindível no processo de cuidado, tendo em vista que condutas a serem tomadas, podem ser mais resolutivas quando postas em prática precocemente.

Diante disso, sugere-se a necessidade de novas pesquisas, abordando a temática em demais localidades, de modo a sensibilizar os profissionais para implementação das ações de vigilância do desenvolvimento, utilizando para tanto a caderneta de saúde da criança para avaliação e registro das ações.

Ademais, pode-se apontar como limitação o fato de algumas mães não terem comparecido à creche após dois agendamentos, crianças apresentarem-se doentes ou terem sido transferidas durante o período da coleta de dados e, portanto, que não estavam comparecendo a creche, o que limitou a amostra.

REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido na caderneta de saúde da criança. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 16, n. 1, p. 11-20, 2016.
- ALMEIDA, A.C; et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil–Revisão sistemática de literatura. **Ver. Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.
- ARAÚJO, J.P.et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Ver. Bras. Enferm**; v.67, p.1000-7, nov/dez, 2014.
- BARATIERI, T; et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014.
- BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): MS, 2005 (Série A. Norma e Manuais Técnicos).
- BRASIL. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL.Governo Federal. **Lei federal, nº 8.069**, de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providencias. Brasília, DF, 13 de jul. de 1990.v. 8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.
- CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev.CEFAC**, vol.16, n.2, São Paulo Mar./Apr. 2014.
- CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enfer. USP**, v.45, n.3, São Paulo, jun, 2011.
- Centro de Documentação do Ministério da Saúde; **Ministério da Saúde**. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1984.
- COLLET,N.; OLIVEIRA,B.R.G.; VIERA.C.S.; Manual de Enfermagem em Pediatria. 2ª Ed. AB editora – Goiânia, 2010.
- CORSI, C., et al. Repercussões de fatores extrínsecos no desempenho motor fino de crianças frequentadoras de creches. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 439-446, 2016.
- CRESTANI, A. H. et al. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, vol.15, n.4. São Paulo Jul/Ago. 2013.

DAELMANS, B; et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. **Bmj**, v. 351, p. h4029, 2015.

ERDMANN, A.L; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, v. 33, n. 2, p. 150-60, São Paulo, 2009.

FALBO, B.C.P. et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Rer. Bras. Enfer**, Brasília, 65(1): 148-54, jan/fev, 2012.

FORMIGA, C. K. M. R; et al. Desenvolvimento motor de bebês pré-termo e a termo de 0 a 6 meses de idade. **Pediatr. Mod**, v. 51, n. 12, 2015.

FIGUEIRAS, A.C.M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.6, p.1691-1699, nov/dez, 2003.

GAIVA, M.A.M; SILVA, F.B. Caderneta de Saúde da Criança: Revisão Integrativa. **Ver. Enferm. UFPE online.**, Recife, v.8 n.3, p.742-9, mar, 2014.

GIL, A.C. **Metódos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A; ed. 6, 2009.

GUIMARÃES, A.F; et al. Risco de atraso no desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 4, p. 452-458, 2013.

GOMES, L.A; et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Northeast Network NursingJournal**, v. 11, 2016.

GOMES, R.M; NUNES, C.B. Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, vol. 10, n. 1, p. 223-237, abril, 2006.

HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Oitava edição. **Editora Elsevier**, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE**. (2010). Censo Demográfico – 2010. Rio de Janeiro: **IBGE**.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – **IBGE**. Censo Demográfico 2010, Características da População e dos Domicílios. Rio de Janeiro, RJ; 2011.

JALDIN, M. G. M; et al. Crescimento do perímetro cefálico nos primeiros seis meses em crianças em aleitamento materno exclusivo. **Rev. Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 509-514, 2011.

MARCONDES, E; et al. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, coordenador. **Pediatria básica**. ed 8, p.35-62, São Paulo: Sarvier, 1991.

MEDEIROS, E. A. G.; BOEHS, A.E. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Ver. Min. Enfe.**, Florianópolis, V.17.2, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/663>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PASSAPORTE DA CIDADANIA. **Caderneta de. Saúde da Criança. Brasília** – DF. 9ª edição; 2014.

MCDONALD, S. W.; KEHLER, H.; TOUGH, S. C. O-168 Risk And Resilience Factors For Early Child Development: A Community-based Cohort Study In Alberta, Canada. 2014.

Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança** – CSC. Brasília, DF; 2013.

Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2005.

Ministério da Saúde – MS. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF; 2004.

NOVACZYK, A.B; SILVA, N.D; GAÍVA, M.A.M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Ver. Elet. De enfer.**, v. 10, n. 4, 2008.

OLIVEIRA, V.C; CADETE, M.M.M. A consulta de Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. REME – **Rev. Min. Enf.**v.11(1), p. 77-80, jan/mar, 2007.

OLIVEIRA, V.C; CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm**, Belo Horizonte, v. 22(3), p.301-6, 2009.

Organização Pan-Americana da Saúde – **OPAS**. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC; 2005.

PEREIRA, J.F; et al. Influência dos fatores biológicos e socioeconômicos no desenvolvimento neuropsicomotor de pré-escolares. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 135-144, 2017.

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. 01-07, 2015.

Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional Pela Primeira Infância**. Brasília, dez, 2010.

REICHERT, A.P.S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. **Rev. Eletr. Enf.**v.17(1), p.117-23, jan/mar, 2015.

REICHERT, A.P.S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. LatinoAm. Enf.**, v.23(5), p.954-62, set/out, 2015.

SILVA, N.D.S.H. et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev. Bras. Cresc. EDesenv. Hum**, São Luiza, v. 21(1), p.85-98, 2011.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R.X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 591-8, 2010.

SANTOS, S; et al. Tem alguma pessoa com deficiência na sua família?. **Educpb**. Campina Grande, PB, 2015.p.15-23.

SILVA,D.I; et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev. esc. Enferm**,v. 47, n. 6, p. 1397-1402, USP, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR SOBRE CRIANÇAS QUE
FREQUENTAM UMA CRECHE**

O(a) Sr(a) _____, mãe ou cuidador principal de _____ (D.N.: ___/___/___) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Um olhar sobre crianças que frequentam uma creche**, que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de crianças que frequentam uma creche municipal. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa, podendo dirigir-se a professora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos através do fone: 9 9998 5850 e a discente Bárbara de Souza Ferreira, fone: (84) 9 9666 1522. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que seu filho se encontra. Sua participação nesta pesquisa será apenas responder a um questionário e o único desconforto será o de esperar algumas orientações. Em relação à criança, a mesma será avaliada quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome e nem o da sua criança. O(a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer gastos financeiros. Não haverá riscos de qualquer natureza para você e sua criança. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico e melhorar o cuidado de enfermagem na saúde da criança. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em congressos e/ou revistas científicas.

Este termo será impresso em duas vias e o(a) Sr(a) receberá uma cópia onde consta o e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, para que possa esclarecer dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento do estudo. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente a respeito das informações que recebi sobre o estudo, *ficando claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes*

ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura da entrevistada

Dr^aNathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

E-mail – nathaniellycristina@gmail.com

(Pesquisador responsável)

Bárbara de Souza Ferreira

E-mail – barbara.souzaf@hotmail.com

(Pesquisador responsável)

Cuité-PB, ____ de _____ de 2016.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM OLHAR SOBRE CRIANÇAS QUE
FREQUENTAM UMA CRECHE**

Formulário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil

| IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA | |
|---|--|
| 1- Nº do Questionário: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 2- Data da entrevista: ____/____/____ |
| 3- Nome completo da criança: | |
| 4- Endereço e ponto de referência: | |
| 5- Data de Nascimento: ____/____/____ | 6- Idade (meses): |
| 7- Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 8- Com que idade iniciou na creche? _____ |
| 9- Quanto tempo a criança frequenta a creche? _____ | |
| CONDIÇÕES SOCIO ECONÔMICAS E DEMOGRAFICAS | |
| 10- Anos de estudo da mãe ou cuidador principal: | |
| 11- Estado civil: Casada/união estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada/divorciada <input type="checkbox"/> | |
| 12- Renda familiar: Nenhuma renda <input type="checkbox"/> 0 a 1 sm <input type="checkbox"/> 2 a 3 sm <input type="checkbox"/> 3 a 4 sm <input type="checkbox"/> 5 a 7 sm <input type="checkbox"/> | |
| 13- Qual o tipo de domicílio: Madeira <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> | |
| 14- Quantos quartos tem? _____ | 15- Quantas pessoas residem? _____ |
| 16- Tem água encanada no domicílio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 17- Tem rede de esgoto no domicílio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 18- Qual o destino das fezes? Céu aberto <input type="checkbox"/> Rede de esgoto <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> | |
| 19- Qual destino é dado ao lixo? Terreno baldio <input type="checkbox"/> Carro coletor <input type="checkbox"/> Queima <input type="checkbox"/> | |
| DADOS DA GESTAÇÃO, PARTO E NASCIMENTO | |

| | |
|---|--|
| 20- Nome completo da mãe: | |
| 21- Idade (anos): _____ | 22- Fez pré natal dessa criança? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 23- Deu inicio ao pré natal no : 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/> | |
| 24- Número de consultas pré natais? ____ < de 6 <input type="checkbox"/> ≥ de 6 <input type="checkbox"/> | |
| 25- Gravidez: Simples <input type="checkbox"/> Ou múltipla <input type="checkbox"/> | |
| 26- Sorologias realizadas no pré-natal: | |
| HIV(Z21): | Não realizada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> |
| Sifilis(A53): | Não realizada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> |
| Hepatite(B18): | Não realizada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> |
| Toxoplasma(B58): | Não realizada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> |
| 27- Imunizações esquema para Dupla adulto | |
| Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> | |
| 28- Suplementação de ferro: Sim <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> | |
| 29- Parto: Normal <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> | |
| 30- Local do parto: Hospital/Clínica <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Casa de parto <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> | |
| 31- Houve intercorrências durante a gestação, parto e puerpério? | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____ | |
| 32- Idade gestacional (IG): _____ semanas ____ dias. | |
| 33- Peso da criança ao nascer? _____ | 34- Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ |
| 35- Icterícia grave ao nascer: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 36- A criança foi hospitalizada no período neonatal (até 28 dias de vida): | |
| Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual motivo? _____ | |
| 37- Apresentou alguma doença grave como: | |
| Meningite: | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Traumatismo Craniano: | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Convulsões: | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 38- Tem parentesco entre os pais? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 39- Aleitamento materno na primeira hora de vida? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 40- Realizou o teste do pezinho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| Resultados: | |

| | | | | |
|--|--------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Fenilcetonúria: | Normal | <input type="checkbox"/> | Alterado | <input type="checkbox"/> |
| Hipotireodismo: | Normal | <input type="checkbox"/> | Alterado | <input type="checkbox"/> |
| Anemia Falsiforme: | Normal | <input type="checkbox"/> | Alterado | <input type="checkbox"/> |
| 41- Realizou teste auditivo: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Testes realizados: | PEATE ³ | <input type="checkbox"/> | EOA | <input type="checkbox"/> |
| Resultado: | OD_____ | | OE_____ | (normal/alterado) |
| 42- Existem casos de deficiência ou doença mental na família? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 43- Fatores de risco ambientais: | | | | |
| Violência domestica: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Depressão materna: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Drogas ou alcoolismo: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Suspeita de abuso sexual: | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| ALTERAÇÕES FÍSICAS | | | | |
| 44- Perímetro cefálico < -2 escores z ou > + 2 escores z | | | | <input type="checkbox"/> |
| Presença de alterações fenotípicas | | | | <input type="checkbox"/> |
| Fenda palpebral oblíqua: | | | | <input type="checkbox"/> |
| Olhos afastados: | | | | <input type="checkbox"/> |
| Implantação baixa de orelhas: | | | | <input type="checkbox"/> |
| Lábio leporino: | | | | <input type="checkbox"/> |
| Fenda palatina | | | | <input type="checkbox"/> |
| Pescoço curto e/ou largo | | | | <input type="checkbox"/> |
| Prega palmar única | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5º dedo da mão curto e encurvado | | | | <input type="checkbox"/> |
| CLASSIFICAÇÃO DESENVOLVIMENTO INFANTIL | | | | |
| 45- Provável Atraso no Desenvolvimento | | | | <input type="checkbox"/> |
| Alerta Para o Desenvolvimento | | | | <input type="checkbox"/> |
| Desenvolvimento Adequado com Fatores de Risco | | | | <input type="checkbox"/> |
| Desenvolvimento Adequado | | | | <input type="checkbox"/> |

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ**
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Eu, Micheline Palmeira Furtado Andrade, Secretária de Educação do Município de Cuité, Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Um olhar sobre Crianças que frequentam uma Creche”, que será realizada na Creche Municipal Maria Cleonice Ramos de Sena, no referido Município, no período de fevereiro à abril de 2017, tendo como orientadora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos e orientanda Bárbara de Souza Ferreira.

Cuité, ____ de _____ de 2016.

Micheline Palmeira Furtado Andrade

Secretária Municipal de Educação de Cuité, Paraíba.

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ****SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO****CHECHE MUNICIPAL MARIA CLEONICE RAMOS DE SENA****TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL**

Eu, Ariclê Souza de Azedo, Diretora da Creche Municipal Maria Cleonice Ramos de Sena, do Município de Cuité, Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Um olhar sobre Crianças que frequentam uma Creche”, que será realizada na Creche Municipal Maria Cleonice Ramos de Sena, no referido Município, no período de fevereiro à abril de 2017, tendo como orientadora Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos e orientanda Bárbara de Souza Ferreira.

Cuité, ___ de _____ de 2016.

Ariclê Souza de Azevedo

Secretária de Educação

Secretaria Municipal de Educação de Cuité, Paraíba.

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos e Bárbara de Souza Ferreira, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Um olhar sobre Crianças que frequentam uma Creche” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 28 de setembro de 2016.

Orientadora

Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

Orientando

Bárbara de Souza Ferreira

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos e Bárbara de Souza Ferreira, abaixo assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Um olhar sobre Crianças que frequentam uma Creche” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 28 de setembro de 2016.

Orientadora

Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

Orientando

Bárbara de Souza Ferreira

ANEXO E – INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

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 |
|---|--|
| Postura: barriga para cima, pernas e braços flexidos, cabeça lateralizada | Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada. |
| Observa um rosto | Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente. |
| Reage ao som | Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial. |
| Levanta a cabeça | Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados. |
| Sorriso social quando estimulada | Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso. |
| Abre as mãos | Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente. |
| Emite sons | Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa. |
| Movimenta ativamente os membros | Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores. |
| Resposta ativa ao contato social | Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir cue a mãe/cuidador o faça. |
| Segura objetos | Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos. |
| Emite sons | Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee etc.). |
| De bruço, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços | Coloque a criança de bruço, numa superfície firme. Chame sua atenção à frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços. |
| Busca ativa de objetos | Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo. |
| Leva objetos à boca | Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca. |
| Localiza o som | Faça um barulho suave (sino, chocalho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto. |
| Muda de posição ativamente (rola) | Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruço. |
| Brinca de esconde-achou | Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa. |
| Transfere objetos de uma mão para a outra | Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para a outra mão. |
| Duplica sílabas | Observe se a criança fala "papa", "dada" "mama". Se não o fizer, pergunte à mãe/cuidador se ela o faz em casa. |
| Senta-se sem apoio | Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se. |
| Imita gesto | Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la. |
| Faz pinça | Coloque próximo à criança uma jujuba ou uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que ela a pegue. Observe se, ao pegá-la, ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador. |
| Produz "jargão" | Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa. |
| Anda com apoio | Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio. |

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

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 camisas. 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. |
| Apointa 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 galopa?". |
| 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

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 | Impressão diagnóstica | 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.

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Desenvolvimento Infantil: um olhar sobre crianças que frequentam uma creche

Pesquisador: NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63319416.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.941.601

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa a ser realizada em uma creche de Cuité - PB com 120 crianças de 0 a 3 anos de idade buscando entender seu desenvolvimento. Pretende ser um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o desenvolvimento de crianças que frequentam uma creche municipal da cidade de Cuité - PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Se essa pesquisa conseguir se materializar em projeto de extensão ou uma ação concreta na creche identificando alterações no desenvolvimento infantil a partir da avaliação dos marcos de desenvolvimento e agindo em prol da evolução desse quadro essa pesquisa será de grande valor.

Continuação do Parecer: 1.941.601

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados

Recomendações:

É necessário que se faça ajustes no cronograma de pesquisa, já que ela só poderá iniciar depois que este projeto foi aprovado neste comitê, e consta que iria iniciar em fevereiro de 2017

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 23 de fevereiro de 2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_817520.pdf | 09/02/2017 10:56:49 | | Aceito |
| Outros | atencao.pdf | 09/02/2017 10:55:57 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEf.pdf | 23/12/2016 22:42:56 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.pdf | 23/12/2016 22:42:27 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 11/11/2016 18:22:56 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Outros | Termoresultados.pdf | 11/11/2016 18:20:27 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Outros | termoresponsabilidadepesquisadores.pdf | 11/11/2016 18:19:45 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.941.601

| | | | | |
|---|-------------------------|------------------------|--|--------|
| Outros | termoinstitucionalL.pdf | 11/11/2016 17:20:21 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Outros | termosetorial.pdf | 11/11/2016 17:19:10 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 11/11/2016 17:08:35 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 11/11/2016 16:38:17 | NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)