

FATORES ASSOCIADOS AO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS, RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL^aAline Alves VELEDA^b, Maria Cristina Flores SOARES^c, Marta Regina CÉZAR-VAZ^d**RESUMO**

Estudo analítico com o objetivo de avaliar os fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças entre 8 a 12 meses de idade indicadas como de risco ao nascer no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram utilizados como instrumentos o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD II), a avaliação antropométrica e questionários estruturados. Participaram 220 crianças consideradas de risco ou não ao nascer. Foi encontrada uma prevalência de 20,5% de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. As crianças que apresentaram risco de um TTDD II suspeito faziam parte de famílias de mais baixa renda; eram filhos de mães que haviam realizado menos de seis consultas de pré-natal e apresentavam índice peso-idade inadequado. Os dados sugerem a necessidade de um replanejamento das políticas de saúde infantil, visto que outros critérios poderiam ser incluídos nas condições de risco para a criança ao nascer.

Descritores: Desenvolvimento infantil. Políticas públicas de saúde. Enfermagem pediátrica. Saúde da criança.

RESUMEN

Estudio analítico con el objetivo de evaluar los factores asociados al atraso en el desarrollo en niños de 8 a 12 meses de edad indicados como de riesgo al nacer en el municipio de Río Grande, Río Grande do Sul, Brasil. Fueron utilizadas como herramientas la Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II, la evaluación antropométrica y cuestionarios estructurados. Participaron 220 niños considerados de riesgo o no al nacer. Fue encontrada una prevalencia del 20,5% de sospecha de atraso en el desarrollo neuropsicomotor. Los niños que presentaron riesgo de un DDST II sospechoso formaban parte de familias de más baja renta; eran hijos de madres que habían realizado menos de seis consultas de prenatal y presentaban índice peso-edad inadecuado. Los datos sugieren la necesidad de un replanteamiento de las políticas de salud infantil, así como otros criterios podrían ser inclusos en las condiciones de riesgo para el niño al nacer.

Descriptorios: Desarrollo infantil. Políticas públicas de salud. Enfermería pediátrica. Salud del niño.

Título: Factores asociados con retraso en el desarrollo de los niños, Río Grande, Río Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

This analytical study aims to evaluate the factors associated to developmental delay in 8-12 months aged children, indicated as at risk at birth in Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil. The instruments used were the Denver Development Screening Test II, anthropometric evaluation and questionnaires. Two hundred and twenty children (both at risk and out of risk) participated. It was found a prevalence of 20.5% of potential delay in psychomotor development. Children who presented a risk of a suspicious DDST II were part of lower income families; their mothers had not been to more than six prenatal visits; and had inappropriate weight-age indicator. The data suggest the need of a rethinking of policies on child health, given that other criteria could be included in the risk conditions to the child at birth.

Descriptors: Child development. Health public policy. Pediatric nursing. Child health (public health).

Title: Factors associated with delay in children development, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil.

^a Extraído da dissertação de Mestrado apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

^b Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Enfermeira Assistencial da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Doutora em Fisiologia, Professora Associada II do Departamento de Fisiologia da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Pós-Doutora em Saúde, Professora Associada III da Escola de Enfermagem da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem aumentado no mundo inteiro⁽¹⁾. Sabe-se que o desenvolvimento é o resultado da interação entre as características biológicas da criança e os seus fatores culturais e sociais, podendo sofrer a influência de diversos fatores que podem provocar variações de um indivíduo para o outro^(2,3).

Sabe-se que crianças que vivem em países emergentes estão mais expostas a fatores de risco, o que pode ocasionar consequências negativas para a saúde⁽¹⁾. Desta forma, há necessidade de visualizarmos o desenvolvimento sobre uma perspectiva ecológica, onde todos os ambientes e pessoas influenciam e são influenciados pelos comportamentos um dos outros^(4,5). É necessário também que os profissionais de saúde proporcionem abordagens precoces frente aos fatores que influenciam o desenvolvimento sendo primordial a identificação das crianças que possam estar sofrendo influências de diversos mecanismos de risco ao mesmo tempo⁽⁶⁾.

Em vista da importância da promoção do desenvolvimento, no Rio Grande do Sul, implementou-se ações de acompanhamento às famílias consideradas de risco por meio dos Programas “Primeira Infância Melhor” e “Viva a Criança”. Estas estratégias serviriam para redução da mortalidade infantil com monitoramento dos recém-nascidos e acompanhamento diferenciado. Em Rio Grande, Rio Grande do Sul, estes projetos foram adaptados à realidade local, recebendo o nome de “Ser Saudável” e tendo como objetivo reduzir a mortalidade infantil, identificando crianças que tenham risco de adoecer ou morrer no primeiro ano e acompanhando o seu desenvolvimento⁽⁷⁾.

Desta forma, este estudo objetivou avaliar os fatores associados ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em crianças de 8 a 12 meses de idade indicadas como de risco ao nascer conforme critérios adotados por políticas públicas de saúde infantil no município do Rio Grande, RS, Brasil. Desta maneira, insere-se como uma importante contribuição tanto para a avaliação da saúde das crianças quanto das ações e políticas públicas de interesse a esta população, contribuindo com subsídios para o replanejamento das ações na área de saúde materno-infantil existentes atualmente.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal e analítico, apresentando resultados de uma dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf-FURG)⁽⁶⁾.

A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2006. Utilizou-se a técnica de amostragem aleatória estratificada dividindo a população em três subgrupos: 1) crianças identificadas como de risco ao nascer e acompanhadas pelas equipes de saúde da família (ESF); 2) crianças com risco ao nascer e não acompanhadas pelo ESF; e 3) crianças não identificadas como de risco ao nascer.

Totalizou-se uma amostra de 220 crianças com idade entre 8 e 12 meses. Os critérios de exclusão adotados foram: crianças que possuíam malformações, deficiências neurológicas e/ou sensoriais, patologias ósteo-articulares, patologias crônicas graves ou debilitantes e se sua moradia não pertencesse à área caracterizada para o estudo.

Os cálculos da amostra foram definidos levando em consideração um erro alfa de 0,05 e um risco relativo de 2,0, sendo o tamanho da amostra necessário para alcançar o poder desejado de 80% para o estudo. Foi considerada a prevalência total de Denver II suspeito de atraso de 34%⁽⁸⁾. A prevalência de não expostos aos fatores de risco para atraso no desenvolvimento calculada foi de 23%.

Considerou-se como fator de risco as crianças nascidas com as seguintes características do Projeto Ser Saudável: recém-nascidos que apresentaram como fatores isolados o peso ao nascimento igual ou inferior a 2.500g; idade gestacional menor ou igual a 36 semanas, índice de Apgar no 5º minuto menor que 7; parto domiciliar e idade materna inferior ou igual a 20 anos ou superior a 35 anos; ou ainda fatores associados: escolaridade materna; 3 ou mais filhos vivos; 2 ou mais filhos mortos e pré-natal inadequado⁽⁷⁾.

Foram utilizados como instrumentos o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD II), a avaliação antropométrica da criança e questionários estruturados para determinação de possíveis indicadores de risco para o desenvolvimento. O Denver II possui fidedignidade alta sendo recomendado para uso em crianças entre zero a seis anos de idade⁽²⁾. Sua aplicação consiste em 125 itens divididos em quatro áreas do desenvolvimento, sendo elas: pessoal social; motora fina-

adaptativa; de linguagem e motora ampla. Como resultados do teste pode-se ter um "Normal", no qual a criança não apresenta suspeita para atraso no desenvolvimento; ou um teste "Suspeito", no qual a criança apresenta dois ou mais itens de risco ou atraso do desenvolvimento.

As avaliações antropométricas foram realizadas nos domicílios com o acompanhamento dos responsáveis pela criança, sendo avaliados o peso e o comprimento, utilizando-se antropômetro e balança do tipo Salter. Quanto aos questionários, apresentavam questões referentes às características maternas e à saúde da criança, abordando as condições socioeconômicas, características demográficas maternas, história reprodutiva prévia e da gestação da criança avaliada, aspectos relacionados aos cuidados com a criança e fatores ambientais. Contou-se com bolsistas voluntários que trabalharam como entrevistadores, sendo realizado um treinamento prévio sobre a aplicação do questionário.

Os dados coletados foram digitados através do programa Epi Info 6.04 e analisados usando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 8.0, sendo a análise composta por três etapas: descritiva, bivariada e multivariada. As variáveis de qualquer um dos níveis, que se apresentaram significativas ($p < 0,2$), foram mantidas no modelo até o final.

A pesquisa respeitou todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande sob o número de protocolo 008/2006, sendo esta aprovação aceita como única pelo PPG-Enf-FURG. Todos os procedimentos foram realizados após a adesão do familiar responsável pela criança através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Da amostra estudada 46,6% das mães possuíam de quatro a oito anos de estudo, a maioria delas tinha idade entre 20 e 29 anos (47,7%) e eram de cor branca (83,6%). A maioria das crianças avaliadas (87,7%) habitava em casas de alvenaria, sendo com sanitário com descarga (93,6%) e água encanada dentro de casa (97,3%). Quanto à paridade, uma maior porcentagem de mulheres (45,9%) eram primíparas. Das mães entrevistadas, a maioria

(92,7%) referiu ter realizado o pré-natal e tê-lo iniciado no primeiro trimestre da gestação (73,2%). Além disso, 76,2% relataram ter realizado seis ou mais consultas durante o pré-natal. A maioria das crianças nasceu com idade gestacional entre 37 e 42 semanas de gestação (65,9%). Foi observado que 89,1% das crianças nasceram com peso igual ou superior a 2.500g com comprimento variando entre 45,1 e 48,9 cm (52,3%).

Foi encontrada na amostra uma prevalência de 20,5% de suspeita de atraso no DNPM. Quando considerado somente o aspecto da criança residir ou não em área da ESF, verificou-se que 25% das crianças apresentam um TTDD II suspeito. Quando os grupos foram avaliados separadamente, observou-se que das crianças que não apresentavam nenhum critério de risco ao nascer, 17,1% tinham suspeita de atraso. No grupo de crianças que residiam em área de ESF e tinha algum critério de risco à porcentagem de TTDD II suspeito foi de 25%. E por fim, quando verificado somente se a criança tinha ou não algum risco ao nascer, observou-se que nas crianças sem risco, a suspeita de atraso foi em 17,1% e naquelas com risco esta porcentagem passa para 22,2%. Assim, não houve diferença significativa entre os grupos, o que possibilitou que a análise dos dados fosse feita em conjunto.

As crianças dessa faixa etária que apresentaram um maior risco de um TTDD II suspeito possuíam as seguintes características: faziam parte de famílias de mais baixa renda, ou seja, cuja renda mensal era igual ou inferior a dois salários mínimos; eram filhos de mães que haviam realizado menos de seis consultas de pré-natal e apresentavam índice peso-idade inadequado.

Observou-se também que a cor da mãe, a posição da criança na família, a presença de água encanada dentro de casa, o esquema de vacinação completo e a família orientada sobre o desenvolvimento infantil, apresentaram uma tendência de associação com o desfecho. As famílias eram consideradas orientadas quanto ao desenvolvimento quando os pais ou responsáveis referiram que, nas consultas de puericultura, o profissional de saúde orientou sobre a diferença entre crescimento e desenvolvimento, importância do aleitamento materno e como estimular o desenvolvimento da criança.

Dentro dos critérios de risco indicados pelo Projeto Ser Saudável apenas o número de consultas de pré-natal esteve associado significativamente ao risco de atraso para o desenvolvimento.

DISCUSSÃO

Discute-se a seguir os resultados significativos para os desfechos do desenvolvimento infantil na população estudada.

A renda familiar esteve associada com suspeita de atraso no DNPM. As crianças pertencentes às famílias com renda menor que dois salários mínimos apresentaram duas vezes mais riscos de um TTDD II suspeito. Crianças mais pobres apresentam 50% mais risco de terem um TTDD II suspeito de atraso⁽⁹⁾. A renda familiar associa-se com as condições de vida e o acesso aos bens e serviços, sendo relacionada a diferentes condições de risco para saúde materno infantil tais como, maior frequência de baixo peso ao nascer e déficit ponderal em recém-nascidos^(10,11,12).

Assim, percebe-se que a renda familiar está relacionada com as oportunidades de desenvolvimento e com a qualidade de vida da criança, na medida em que proporciona melhores condições gerais para a família. Desta maneira, verifica-se a importância da intensificação do acompanhamento das crianças de baixa renda, visto que estas encontram-se expostas à vários fatores que combinados aumentam as chances de um desfecho desfavorável ao desenvolvimento.

Um aspecto que mostrou uma tendência de associação com o desfecho foi a cor da mãe. Neste estudo mães não brancas (negras ou mista) apesar de não ser uma associação significativa, apresentaram um risco superior a duas vezes de terem filhos com suspeita de atraso no DNPM. Este risco aumenta em 20% em filhos de mães não brancas⁽⁹⁾. Também há associação entre raça negra e maior risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional⁽¹⁰⁾. Existe a afirmação que nascer de cor parda ou negra aumenta significativamente a probabilidade de um indivíduo ser pobre no Brasil. Assim é preciso deixar claro que etnia em si não é um fator de risco, mas sim a inserção social adversa de um grupo étnico/racial é que o condiciona à característica de vulnerabilidade^(10,11).

No bloco das condições de moradia e exposição a fatores ambientais a única variável que apresentou uma tendência de associação com a suspeita de atraso no DNPM foi a presença de água encanada dentro de casa. Acredita-se que o abastecimento de água dentro do domicílio é um dos principais determinantes do estado de saúde e das condições de vida da criança^(9,12,13).

Percebe-se que a falta de saneamento básico, pode proporcionar condições desfavoráveis ao desenvolvimento da criança. É pertinente ainda, associarmos esta condição a renda familiar, pois estas condições costumam existir simultaneamente.

Quanto à história reprodutiva e características biológicas maternas o fato de a criança ser filho único apresentou uma associação com o desfecho. Outros estudos observaram que crianças com três ou mais irmãos tinham um risco aumentado de suspeita de atraso no DNPM⁽¹²⁾. Estudos encontraram efeito protetor sobre o DNPM o fato de a criança estar na posição de segundo filho⁽¹³⁾. O efeito protetor quando a criança é o segundo filho pode estar relacionado ao fato de a mãe ter mais experiência nos cuidados, sabendo como melhor estimular o desenvolvimento infantil, devido a experiência prévia com o primeiro filho⁽⁹⁻¹³⁾. Por outro lado, relaciona-se um número elevado de filhos com uma situação social desfavorável e com maior chance de haver limitações nos cuidados com a criança⁽¹²⁾.

No bloco de variáveis relativas à atenção durante a gestação um fator associado com o desfecho foi a qualidade do pré-natal, representada pelo número de consultas. O comparecimento às consultas e o seu número total têm apresentado correlação positiva com peso ao nascer, sendo que os filhos de mães que realizaram mais que seis consultas de pré-natal apresentaram menor prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade. Além disso, existe uma necessidade imediata de repensar esta assistência e adequá-la às reais necessidades da população^(14,15). Acredita-se que uma assistência planejada e programada a partir das condições de vida possa auxiliar na qualificação do pré-natal.

Quanto à assistência e orientações à saúde da criança realizada pelos serviços de saúde, as variáveis que estiveram associadas com a suspeita de atraso no DNPM foram o esquema de vacinação completo e família orientada sobre desenvolvimento infantil.

Embora após o ajuste com outras variáveis a associação do esquema vacinal com o desfecho só tenha apresentado uma tendência à significância, o risco de uma criança sem esquema vacinal básico completo apresentar um TTDD II suspeito foi duas vezes maior do que em crianças com a vacinação em dia. A ausência de vacinação está rela-

cionada com algumas morbidades de risco para as crianças, o que, indiretamente, acaba influenciando o desenvolvimento infantil. Além disso, pode-se considerar a cobertura vacinal como um indicador sobre cobertura dos serviços preventivos realizados com a criança⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto importante foi o fato de a família não ter sido orientada por profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil. Alguns trabalhos têm demonstrado que os profissionais de saúde que atendem crianças não costumam orientar as famílias sobre os problemas psicossociais e sobre o desenvolvimento. Vários transtornos do desenvolvimento poderiam ser diagnosticados precocemente se os profissionais de saúde mantivessem um contato aberto e um vínculo com as famílias, principalmente com as mães. Além disso, poucos profissionais praticam a vigilância do desenvolvimento, o que os impede de orientar às famílias sobre estes aspectos^(14,15).

Desta forma, devem ser procuradas novas estratégias que possibilitem um maior envolvimento e comprometimento das famílias e dos profissionais da saúde com o desenvolvimento das crianças. Ao mesmo tempo reforça-se a necessidade de melhor preparação dos profissionais para realizarem a vigilância do desenvolvimento.

No bloco sobre estado nutricional e morbidade da criança, a única variável que mostrou associação com um TTDD II suspeito foi o índice peso/idade, sendo que em crianças em que o estado nutricional estava inadequado o risco foi oito vezes maior. A nutrição infantil adequada possui um papel importante no crescimento físico e no desenvolvimento das potencialidades e aptidões da criança⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Assim, uma nutrição inadequada pode ocasionar problemas de crescimento e conseqüentemente restrições e comprometimentos futuros para o desenvolvimento.

Nesse sentido, é preocupante que neste estudo mais de 24% das crianças com TTDD II suspeito esteja com um índice peso/idade desfavorável, o que confirma a importância da vigilância do estado nutricional das crianças como uma forma de promover o seu desenvolvimento adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou o reconhecimento de alguns fatores que estão contribuindo para desfechos desfavoráveis ao desenvolvimento das crian-

ças, dentre eles: renda mensal da família igual ou inferior a dois salários mínimos, pré-natal inadequada com menos de seis consultas, e índice peso/idade da criança inadequado. Observou-se também que a cor da mãe, a posição da criança, a presença de água encanada dentro de casa, o esquema de vacinação completo e a orientação sobre desenvolvimento infantil, apresentaram uma tendência de associação com as suspeitas de atraso no DNPM.

Entretanto, dentro dos critérios de risco indicados pelo Projeto Ser Saudável, apenas o número de consultas de pré-natal esteve associado ao desfecho estudado. Nesse sentido, acredita-se que outros aspectos, além dos já institucionalizados pelo Programa, tais como renda familiar, estado nutricional da criança, presença de saneamento básico no domicílio e cuidados de puericultura devem ser levados em consideração no momento do planejamento da assistência à saúde da criança, visto a sua relevância quando se refere ao desenvolvimento infantil.

É necessário um trabalho de intensificação da educação junto à população sobre a importância do acompanhamento pré-natal, sendo que este serviço deve ser acessível e de qualidade a toda população que dele necessite. É preciso reforçar junto às mães a necessidade de um acompanhamento da gestação, com no mínimo seis consultas, sendo o início logo no primeiro trimestre. Além disso, o pré-natal deve ser aproveitado como um momento de orientação das mães sobre o processo de desenvolvimento, principalmente sobre a importância da estimulação ambiental no primeiro ano de vida. Esse momento pode ser proporcionado por meio de busca ativa das gestantes, realização de grupos, aconselhamento em relação ao planejamento familiar, vínculo da gestante com o profissional responsável e visitas domiciliares às famílias. Trabalho este que pode ser realizado por profissionais de equipes multidisciplinares, tais como enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais e psicólogos.

Desta forma, acredita-se que o pré-natal deva ser incluído como um critério isolado de risco e não somente como critério de risco se associado a outros fatores, pois pode isoladamente associar-se a desfechos desfavoráveis à saúde da criança. Recomenda-se a inclusão deste aspecto, como um fator de risco isolado, em projetos e políticas de acompanhamento a saúde infantil. Para isso, poderia se considerar o número de consultas de pré-natal co-

mo um indicador primário da qualidade do atendimento prestado.

Reforça-se também a necessidade de um melhor acompanhamento do crescimento, recomendando-se que este seja realizado por meio de registros no Cartão da Criança identificando a evolução do peso e da estatura em relação à idade. Desta maneira, a criança não seria apenas pesada e medida todos os meses, mas sim realmente avaliada quanto a seu estado nutricional. Além disso, esta avaliação deve estar acompanhada de orientações sobre aleitamento materno exclusivo, alimentação infantil e utilização de complementos alimentares após os seis meses, visto que, atualmente, estes aspectos da assistência não são trabalhados de forma a preparar as mulheres e as famílias para o cuidado ao desenvolvimento infantil.

Mesmo sendo uma variável de difícil modificação, a renda familiar também deve ser levada em consideração quando se trabalha com saúde materno-infantil. Indica-se que, devido a sua associação com os desfechos do desenvolvimento encontrados neste estudo, a renda seja considerada um indicador de risco à saúde infantil. Desta maneira, acredita-se que muitos casos que não são considerados de risco e que, devido às condições da família apresentam várias possibilidades de gerar desfechos desfavoráveis ao DNPM, possam ser incluídos nos programas de atenção especial à saúde infantil.

Um aspecto que se considera de extrema urgência é a melhoria na capacitação dos profissionais de saúde para atuarem na vigilância do desenvolvimento nas comunidades. É preciso que, durante a graduação, os aspectos relacionados a este tema não sejam apenas citados nas disciplinas, mas sim que sejam amplamente pesquisados e estudados. Recomenda-se também oportunizar cursos de atualização para os profissionais que já atuam na atenção básica, pois acredita-se que possa auxiliar no planejamento da vigilância do desenvolvimento realizado principalmente nas consultas de puericultura.

Salienta-se também a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, trabalhando interdisciplinarmente com o objetivo de um acompanhamento integral da saúde da criança. Nesse sentido, recomenda-se a inclusão de outros profissionais de saúde e educação no quadro funcional da Rede Básica que, devido às características ine-

rentes à sua formação, são habilitados a desenvolver a vigilância do desenvolvimento e orientar e acompanhar as famílias, tais como o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o pedagogo.

Deve-se estimular esta equipe a realizar uma vigilância que possibilite o diagnóstico e a detecção precoce dos atrasos no DNPM, bem como ações que propiciem uma recuperação rápida caso seja percebida a presença de alguma alteração. Trabalhos de prevenção e promoção da saúde que possibilitem momentos de estimulação da criança na comunidade e que orientem às famílias como oportunizar estes momentos no domicílio, também pode ser uma ótima maneira de acompanhar e educar sobre o processo de desenvolvimento. Nesse sentido, cabe salientar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde e dos profissionais que trabalham nas Unidades Básicas, visto que estes possuem um maior contato com a comunidade e uma chance maior de construir vínculos que possibilitem a educação em saúde.

A partir dos resultados analisados evidenciamos que outros estudos necessitam ser realizados para melhor investigar o desenvolvimento das crianças, indicando-se principalmente o investimento em pesquisas relacionadas à qualidade do pré-natal e os resultados para o desenvolvimento da criança, a qualidade do acompanhamento do crescimento pelos profissionais da saúde e o grau de conhecimentos destes profissionais sobre desenvolvimento infantil, o que pode contribuir para o replanejamento e adequação das Políticas Públicas na área de saúde materno-infantil.

Portanto, evidencia-se o potencial do papel que as Políticas Públicas possuem de contribuir para o acompanhamento do desenvolvimento humano. Acredita-se que a força dos princípios existentes em nosso sistema de saúde, tais como universalidade, equidade e integralidade, quando garantidos realmente a população em todos os setores, possam contribuir para a melhoria das condições de vida dos brasileiros e assim proporcionar condições de desenvolvimento saudável a todas as nossas crianças. Finaliza-se, assim, com um desejo de maior igualdade e melhor adequação da assistência, com maior participação e controle social e um comprometimento de todos os profissionais por uma saúde democrática e em defesa da vida saudável e com dignidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Paiva GS, Lima ACVMS, Lima MC, Eickmann SH. The effect of poverty on developmental screening scores among infants. São Paulo Med J. 2010;128(5):276-83.
- 2 Biscegli TS, Polis LB, Santos LM, Vicentin M. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. Rev Paul Pediatr. 2007;25(4):337-42.
- 3 Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI. Washington (DC): OPAS; 2005.
- 4 Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes médicas; 1996.
- 5 Hekavei T, Oliveira JP. Evoluções motoras e linguísticas de bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva de mães. Rev Bras Educ Esp. 2009;15(1): 31-44.
- 6 Veleda AA. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças identificadas como de risco pelo Projeto Ser Saudável no município do Rio Grande, RS [dissertação]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2006.
- 7 Rio Grande (RS), Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Ser Saudável. Rio Grande; 2004.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 9 Halpern R. Determinação de múltiplos riscos para suspeita de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor aos doze meses de vida nas crianças nascidas em Pelotas, RS, 1993 [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
- 10 Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BR, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):24-9.
- 11 Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saúde Pública. 2004;38(5):630-6.
- 12 Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. Rev Chil Pediatr. 2003;73(5):529-39.
- 13 Fernandes CL. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças entre 0 e 12 meses de idade residentes nas comunidades próximas ao parque industrial do município do Rio Grande, RS [dissertação]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2004.
- 14 Bezerra LC, Oliveira SM, Junqueira V, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2006;6(2):223-9.
- 15 Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso a assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(2):238-45.
- 16 Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1691-9.
- 17 Braga MR, Ávila LA. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(6):884-9.
- 18 Eickmann SH, Maciel MAS, Lira PIC, Lima MC. Fatores associados ao desenvolvimento mental e motor de crianças de quatro creches públicas de Recife, Brasil. Rev Paul Pediatr. 2009;27(3):282-8.
- 19 Zeferino AMB, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri MA. Acompanhamento do crescimento. J Pediatr. 2003;79(3):S23-32.
- 20 Alencar FH, Frota MO. Análise de fatores sócio-econômicos-culturais e ambientais relacionados com déficit ponderal de crianças ao nascimento em 1999, em Manaus-AM, Brasil. Acta Amazôn. 2003;33(1): 33-9.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Aline Alves Veleda
Rua Antônio Simão Numa, 787, Cassino
96207-650, Rio Grande, RS
E-mail: linenfermeira@yahoo.com.br

Recebido em: 30/05/2010
Aprovado em: 25/02/2011