

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM
PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA REGINA LUCATO SIGOLO

SÃO CARLOS - SP

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM
PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ana Regina Lucato Sigolo

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Educação Especial da
Universidade Federal de São Carlos como
parte dos requisitos para a obtenção do título
de Mestre em Educação Especial.
Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial.

SÃO CARLOS - SP

2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S578ad

Sigolo, Ana Regina Lucato.

Avaliação do desenvolvimento infantil em Programas de Saúde da Família / Ana Regina Lucato Sigolo. -- São Carlos : UFSCar, 2011.

195 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Educação especial. 2. Triagem do desenvolvimento infantil. 3. Avaliação do desenvolvimento baseada nas informações dos pais. 4. Estratégia de detecção precoce de risco para o desenvolvimento. 5. Programa Saúde da Família (Brasil). I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Dissertação de Ana Regina Lucato Sigolo.

Profa. Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello
(UFSCar)

Ass. *Ana Lúcia Rossito Aiello*

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
(UFSCar)

Ass. *Thelma Simões Matsukura*

Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa
(UNESP/Botucatu)

Ass. *Gimol Benzaquen Perosa*

Dedico este trabalho,

Ao meu eterno “Vô Vado” que sempre esteve e sempre estará presente em minha vida.....

Saudades!!!!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela presença constante em minha vida.

À minha orientadora prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Rossito Aiello pelos ensinamentos que se iniciaram na graduação com a iniciação científica, pela dedicação, pela responsabilidade e pela confiança em seguir minhas idéias durante todo o processo desse trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pela concessão da bolsa que permitiu a realização dessa pesquisa, processo n° 2009/06609-1.

As professoras Dr.^a Gimol Benzaquem Perosa e Dr.^a Thelma Simões Matsukura pela atenção, delicadeza e valiosas sugestões dadas durante o Exame de Qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial e à Universidade Federal de São Carlos pela excelência de ensino e pesquisa e da qual tive orgulho de me formar.

Aos funcionários do Programa por tornarem mais fáceis as questões burocráticas e nos atenderem prontamente.

À Secretária Municipal de Saúde da cidade onde foi realizado o estudo por abrir as portas para a realização dessa pesquisa.

Aos funcionários dos Programas de Saúde da Família pelo acolhimento e colaboração a esse trabalho.

As famílias, médicos e enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa e tornaram a realização desse trabalho possível.

Aos meus pais, Silvia e Aiê, que me ensinaram a não desistir diante das dificuldades, por sempre acreditarem em mim e por fazerem o possível para que meus sonhos fossem realizados... enfim, meus grandes motivadores, meus grandes amores.

Ao meu amado irmão e melhor amigo Ike, pelo apoio incondicional, pelo companheirismo e por compartilhar todos os momentos de minha vida... tenho certeza que sempre estará ao meu lado.

Ao meu querido Netto, pela compreensão, paciência, dedicação e carinho demonstrados em todos esses anos de convívio... Te amo.

As minhas queridas avós, Ignêz e Anna, pela torcida e felicidade com minhas vitórias.

As amigas Jussara, Marília, Tatiana, Renata, Isabela e Heloísa que acompanharam, de perto ou longe, todos os momentos e tornaram as dificuldades encontradas mais simples de se resolverem.

Muito Obrigada!!!!

“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores;
se não houver flores, valeu a sombra das folhas;
se não houver folhas, valeu a intenção da semente”.

Henfil

RESUMO

SIGOLO, A. R. L. Avaliação do desenvolvimento infantil em programas de saúde da família. 2011. 195 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

Este trabalho teve como objetivo geral verificar a contribuição de instrumento de triagem do desenvolvimento no relato dos pais na avaliação infantil realizada em Programas de Saúde da Família. Para isso foram propostos os seguintes objetivos específicos: 1) localizar um instrumento de triagem de desenvolvimento na literatura, apontado por ela como o mais relevante e adequado, baseado no relato dos pais, de modo a identificar possíveis sinais de risco para o desenvolvimento (etapa 1); 2) verificar os tipos de anotações nos prontuários médicos (etapa 2) e se a natureza dessas anotações muda após os médicos terem o conhecimento dos objetivos da pesquisa (etapas 3); 3) verificar se há ou não discrepância entre as informações contidas no prontuário da criança e as fornecidas pelo instrumento a partir das informações relatadas pelo responsável durante a aplicação do instrumento (etapa 4); 4) avaliar, junto aos médicos e enfermeiros dos Programas de Saúde da Família, a contribuição de se introduzir uma avaliação de desenvolvimento baseada na avaliação dos pais para identificação de sinais de risco no desenvolvimento (etapa 5). Participaram desta pesquisa cinco médicos, cinco enfermeiras, 60 pais/responsáveis de crianças de zero a dois anos atendidas em cinco Unidades do Programa de Saúde da Família. Na etapa 1, por meio de pesquisa documental, selecionou-se um instrumento existente na literatura para triagem do desenvolvimento infantil. As etapas 2 e 3 consistiram na análise de prontuários de 12 crianças atendidas em cada Unidade (60 prontuários em cada etapa) em um período anterior e posterior (respectivamente) do conhecimento dos objetivos da pesquisa pelos médicos. Na etapa 4 foram realizadas as entrevistas com as famílias e a aplicação do instrumento selecionado com pais/responsáveis de 12 crianças atendidas em cada Unidade. Na etapa 5 os médicos e as enfermeiras foram entrevistados sobre a adequação e a funcionalidade do instrumento. Foram realizadas análises quantitativa e qualitativa dos resultados de acordo com classes de resposta, categorias e subcategorias previamente definidas. Esperou-se com isso verificar a utilidade dessa prática nas Unidades de Saúde da Família e assim contribuir para a detecção precoce de atrasos de desenvolvimento infantil na rede de saúde pública. Como resultado da etapa 1 foi realizada uma adaptação do instrumento definido “Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento” proposto pelo Ministério da Saúde. Nas etapas 2 e 3 pode-se observar a prevalência de queixas relacionadas à saúde e de condutas médicas também relacionadas à saúde nos prontuários médicos e não houve diferença na natureza das anotações médicas após o conhecimento dos objetivos da pesquisa por eles. Na etapa 4, os resultados mostraram que 38 de 60 (63,34%) crianças que não apresentaram um desenvolvimento normal para a idade, não possuíam em seus prontuários nenhuma informação à respeito do risco/atraso detectado pelo instrumento. E na etapa 5, 66,67% dos entrevistados afirmaram que as informações fornecidas pelos pais tinham que ser consideradas complementares à avaliação da criança, pois, na maioria das vezes, não eram informações totalmente confiáveis. Porém, todos relataram ser possível inserir na rotina dos Programas de Saúde da Família procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil, mesmo com a existência de algumas dificuldades, sendo tal prática de fundamental importância na saúde infantil.

Palavras-chaves: triagem de desenvolvimento infantil; avaliação do desenvolvimento baseada nas informações dos pais, estratégia de detecção precoce de risco para o desenvolvimento; Programas de Saúde da Família.

ABSTRACT

SIGOLO, A. R. L. Evaluation of child development family health programs. 2011. 195 p. Master's dissertation - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

This paper aimed to determine the contribution of development screening instrument in the reporting from parents on child assessment accomplished in the Family Health Program. Thereunto it was proposed the following specific objectives: 1) to locate a screening tool for development in the literature, appointed by it as the most relevant and appropriate, based on reports from parents, in order to identify possible signs of risk for the development (step 1), 2) to verify types of notes in medical records (step 2) and if nature of these notes changes after doctors had knowledge of the research objectives (step 3), 3) to verify if there is a discrepancy among information contained in records of the child and those provided by the instrument from reported information by the person responsible for implementation of the instrument (step 4), 4) to evaluate, with physicians and nurses from the Family Health Program, the contribution of introducing an assessment of development based on evaluation of parents to identify signs of risk in development (step 5). Participated this research five doctors, five nurses, 60 parents/ children's guardians aged zero to two years attended in five units from Family Health Program. In step 1, through documentary research, it was selected an existent tool on the literature for screening of child development. The steps 2 and 3 were to medical records analysis of 12 children attended in each unit (60 records at each step) in a period before and after (respectively) of knowledge research objectives by doctors. In step 4, it was conducted interviews with families and application of instrument selected with parents / guardians of 12 children attended in each unit. In step five, doctors and nurses were interviewed about the adequacy and functionality of the instrument. It analyzed qualitative and quantitative results according previously defined with classes of response, categories and subcategories. It was hoped thereby to verify the utility of this practice in the Family Health Units and thus it contribute to the early detection of children's development delays in public health system. As a result of step 1 was accomplished an adaptation of the instrument defined "File Monitoring of Development" proposed by the Health Ministry. In steps 2 and 3 can be observed prevalence of health complaints and medical behaviors also related to health in medical records and there was no difference in the nature of medical notes after the knowledge of the goals of searching for them. In step 4, the results showed that 38 of 60 (63.34%) children who didn't show a normal development for their age, their medical records didn't have any information regarding the risk/delay detected by the instrument. And in step 5, 66.67% of respondents said that information provided by parents had to be considered complementary to the evaluation of the child, because in most cases, weren't totally reliable information. However, everybody reported to be possible to introduce into the routine of the Family Health Program evaluation procedures of child development, even with existence of some difficulties, this practice is keeping fundamental importance in child health.

Keywords: child development screening, developmental assessment based on information from parents, strategies for early detection of risk for the development, Family Health Program.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	31
Número de prontuários analisados nas etapas 2 e 3 e de participantes nas etapas 4 e 5 da pesquisa.	
Quadro 2.....	39
Instrumentos de triagem do desenvolvimento infantil.	
Quadro 3.....	43
Análise das informações dos prontuários da Unidade 1 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 4.....	46
Análise das informações dos prontuários da Unidade 2 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 5.....	49
Análise das informações dos prontuários da Unidade 3 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 6.....	52
Análise das informações dos prontuários da Unidade 4 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 7.....	55
Análise das informações dos prontuários da Unidade 5 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 8.....	60
Análise das informações dos prontuários da Unidade 1 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 9.....	63
Análise das informações dos prontuários da Unidade 2 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 10.....	66
Análise das informações dos prontuários da Unidade 3 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 11.....	69
Análise das informações dos prontuários da Unidade 4 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 12.....	72
Análise das informações dos prontuários da Unidade 5 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.	
Quadro 13.....	73
Caracterização das famílias de cada Programa de Saúde da Família.	
Quadro 14.....	79
Descrição do desempenho das crianças, classificação econômica e escolaridade do responsável dos participantes de todas as Unidades.	
Quadro 15.....	85
Desempenho das crianças prematuras com a idade corrigida.	
Quadro 16.....	89
Avaliação dos registros contidos nos prontuários médicos das Unidades.	
Quadro 17.....	93
Informações sobre a formação e experiência dos médicos.	
Quadro 18.....	107
Informações sobre a formação e experiência das enfermeiras.	

Quadro 19.....	126
Síntese comparativa das principais informações fornecidas pelos participantes.	

SUMÁRIO

Introdução.....	14
Método.....	31
Resultados.....	39
Discussão.....	127
Considerações Finais.....	140
Referências.....	143
Apêndices.....	154
Apêndice A.....	155
Entrevista de coleta de dados demográficos da família.	
Apêndice B.....	157
Protocolo de análise do prontuário médico.	
Apêndice C.....	158
Escala de avaliação de desenvolvimento de acordo com o relato dos pais.	
Apêndice D.....	162
Entrevista realizada com médicos e enfermeiras.	
Apêndice E.....	166
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instituição).	
Apêndice F.....	168
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes).	
Apêndice G.....	174
Categorização das informações contidas nos prontuários.	
Apêndice H.....	181
Avaliação dos registros contidos nos prontuários em cada Unidade.	
Anexos.....	188
Anexo A.....	189
Protocolo para aplicação do Critério Brasil.	
Anexo B.....	190
Aprovação do Comitê de Ética.	
Anexo C.....	191
Ficha de acompanhamento do desenvolvimento.	

Anexo D.....192
Padronização da ficha do acompanhamento do desenvolvimento.

Anexo E.....194
Folheto sobre marcos do desenvolvimento, interação entre pais e filhos e segurança da
criança.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é marcado por mudanças físicas, cognitivas e psicossociais que ocorrem ao longo do tempo de modo ordenado e relativamente duradouro, ou seja, é um processo que afeta as estruturas físicas e neurológicas, os processos de pensamento, as emoções, as formas de interação social, e muitos outros comportamentos (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006).

Conseqüentemente, o desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intra-uterina e envolve os vários aspectos já mencionados, como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, as habilidades cognitivas, social e afetiva da criança. Assim, espera-se como resultado, uma criança competente capaz de responder às suas próprias necessidades e às do seu meio (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Vários fatores podem afetar o desenvolvimento infantil de forma adversa prejudicando ou colocando em risco esse desenvolvimento sadio e adaptativo. Para Linhares (2004) “...fatores de risco são influências adversas ao desenvolvimento, que podem ser de natureza biológica, psicológica e/ou social e ser identificados no indivíduo, no ambiente ou em ambos de forma combinada” (p.315). Entretanto, como afirmam Williams e Aiello (2004) “talvez para cada comportamento de risco que poderia afetar o desenvolvimento humano possa ser encontrado ao menos um fator de proteção – cabendo ao profissional identificá-lo” (p. 199).

De acordo com Glascoe (2000^a), o impacto dos fatores de risco do ambiente no qual a criança está inserida pode não ser visível no seu desenvolvimento até os três anos de idade. Como exemplos desses fatores de risco são citados família monoparental, pais com escolaridade inferior ao ensino médio, pouco suporte social, pais com problemas de saúde mental, pobreza, eventos estressores, estilo parental autoritário, mais de três crianças na família, entre outros.

Para prevenir os problemas de desenvolvimento, a investigação dos riscos para o desenvolvimento deve ser realizada com instrumentos aplicados por profissionais da atenção primária à saúde e em larga escala para que esses problemas sejam detectados precocemente. Por isso, é importante que o responsável pela avaliação do desenvolvimento infantil conheça o processo de desenvolvimento típico de uma criança para que tenha condições de identificar possíveis sinais que caracterizam crianças que possam vir a ter um desenvolvimento atípico, assim como os fatores de risco que colaboram para esse quadro.

Além disso, mesmo os fatores de risco que não podem ser eliminados do contexto da criança devem ser considerados para que por meio de trabalhos especializados, tenham suas conseqüências amenizadas no desenvolvimento infantil (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

A triagem do desenvolvimento infantil tem por objetivo identificar problemas no processo evolutivo, almejando ações para promover o desenvolvimento saudável, imprimindo assim uma relação dinâmica entre avaliação e estimulação (CREPALDI et al., 2006).

Em seu trabalho, Dworkin (1989) diferencia o conceito de triagem do desenvolvimento de vigilância do desenvolvimento. Para ele a triagem (*screening*) é o processo de aplicação de testes em crianças para detectar aquelas que podem apresentar riscos em seu desenvolvimento. Enquanto que vigilância (*surveillance*) engloba todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento e à detecção de problemas durante os cuidados primários à saúde da criança; enfatiza a observação cuidadosa e longitudinal, além de aplicar testes nas crianças.

O presente estudo tem como característica a triagem e a vigilância do desenvolvimento, pois com a aplicação do instrumento é possível identificar as crianças que apresentam algum atraso ou risco para o seu desenvolvimento normal e esse tipo de avaliação sistemática pode favorecer a criação de um programa mais completo de vigilância do desenvolvimento infantil. Pode-se dizer que há o incentivo governamental para a realização da vigilância do desenvolvimento com a disponibilização de um instrumento para avaliar o desenvolvimento da criança nas consultas médicas (BRASIL, 2002).

De acordo com o Committee on Children with Disabilities – Academia Americana de Pediatria (2001) a triagem do desenvolvimento tem várias funções, como identificar crianças que podem necessitar de avaliação mais completa; informar sobre o desenvolvimento da criança; levar ao diagnóstico definitivo e à formulação de um atendimento interdisciplinar. O Comitê também enfatiza que há vários instrumentos para realizar a triagem do desenvolvimento e que esses tipos de instrumentos ajudam o pediatra a se recordar de suas observações sobre o desenvolvimento, o que pode lhe proporcionar uma facilidade para identificar as crianças que apresentam atrasos.

Segundo Resegue Silva (2004), a identificação e a intervenção precoce são fundamentais para o acompanhamento das crianças com distúrbios do desenvolvimento e sua avaliação é parte essencial de toda consulta pediátrica. Ou seja, para o prognóstico de crianças com distúrbios do desenvolvimento a identificação e a intervenção precoces são

fundamentais, tornando, desse modo, indispensável este tipo de avaliação (LEVY; HYMAN, 1993). Além das crianças com algum tipo de deficiência, aquelas consideradas de risco, em função das condições pré ou perinatais, também podem ser favorecidas pela intervenção precoce.

A intervenção precoce é efetiva em função do desenvolvimento apresentar muita plasticidade e o organismo humano ser considerado um sistema aberto influenciado pelo ambiente; e, na maioria das vezes, tem como objetivo remover sistematicamente os fatores externos de risco. Além disso, programas de intervenção precoce colocam crianças em ambientes enriquecidos para o seu desenvolvimento, treinam pais em responsividade e afetividade, oferecem um redirecionamento positivo contínuo e focam na construção de habilidades. Crianças que passam por programas de intervenção precoce têm maior probabilidade de no futuro completarem o ensino médio, de se manterem nos seus empregos, terem uma vida independente, evitarem a criminalidade e a gravidez na adolescência (GURALNICK, 1997). Em função desses dados, há nos Estados Unidos programas de intervenção precoce e educação em escolas especiais públicas para crianças até adultos de 22 anos de idade que apresentam deficiência ou tenham um alto risco biológico. Já as crianças que vivem em ambientes de risco participam de outros programas de estimulação precoce do desenvolvimento (GLASCOE, 2000^a).

Os benefícios da intervenção precoce dependem claramente da detecção precoce, a qual requer que os profissionais, em especial os médicos, saibam como identificar acuradamente pacientes que têm deficiência ou atrasos no desenvolvimento. Em função das barreiras encontradas para a realização da identificação precoce de atrasos no desenvolvimento infantil, estes profissionais deveriam ter formas de identificar esses pacientes rapidamente (GLASCOE, 2000). De acordo com o estudo de Glascoe (2000^a), nos Estados Unidos, 15 a 18% das crianças, aproximadamente, apresentam problemas de desenvolvimento e comportamento, e 7 a 10% apresentam uma forte experiência de fracasso escolar e, conseqüentemente, acabam desistindo da escola antes de terminarem o ensino médio. Desse modo, para garantir que as crianças tenham suas dificuldades identificadas precocemente e sejam encaminhadas para serviços especializados adequados, a American Academy of Pediatrics' Committee on Children with Disabilities recomenda que o pediatra utilize instrumentos de triagem validados para cada visita de supervisão de saúde. Nesta perspectiva, é possível se pensar na ampliação dessa prática para todos os profissionais da saúde.

O estudo de Silverstein et al. (2003) teve como principal objetivo avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas de pediatras que referiam famílias ao Head Start Program, e revelou que praticamente todos os profissionais relataram a sua responsabilidade em discutir a avaliação do desenvolvimento infantil com os familiares como parte de sua rotina na consulta. Já o trabalho de Halfon et al. (2004) investigou a avaliação do desenvolvimento na rotina dos cuidados pediátricos de crianças menores de três anos nos Estados Unidos e mostrou que mais da metade das famílias participantes relataram que seus filhos já receberam avaliação do desenvolvimento. Destas famílias, 42% dos pais disseram já terem sido informados pelo pediatra que uma avaliação do desenvolvimento estava sendo realizada; e 39% falaram que seus filhos estavam sendo solicitados a realizarem tarefas específicas de avaliação do desenvolvimento rotineiramente.

De acordo com Glascoe (2000^a) a técnica mais utilizada na triagem do desenvolvimento é a avaliação clínica informal nos locais de cuidados primários e Smith (1978)¹ e Minkowitz, Mathew e Stobino (1998) relatam que são poucos os pediatras que utilizam rotineiramente em suas visitas de supervisão da saúde testes de triagem padronizados. Porém, a avaliação clínica identifica menos que 30% das crianças que apresentam algum problema no seu desenvolvimento (SMITH, 1978) e que somente 20 a 30% dessas crianças têm seus déficits detectados anteriormente da idade escolar (PALFREY et al., 1987 apud SAND, 2005). Por outro lado, instrumentos de triagem do desenvolvimento padronizados apresentam uma sensibilidade e especificidade de 70 a 90% (GLASCOE, 1992; GLASCOE, 1997; SQUIRES; BRICKER; POTTER, 1997).

Os fatores expostos acima levaram a American Academy of Pediatrics (AAP) a publicar em 2001 uma declaração política chamada “triagem de desenvolvimento universal de crianças pequenas e jovens” (p.174-175) como parte da rotina dos procedimentos realizados para os cuidados primários. Essa declaração enfatiza o uso de instrumentos de triagem padronizados práticos e fáceis para serem utilizados nos locais de cuidados primários (COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2001).

Algumas estratégias podem ser utilizadas para identificar precocemente problemas de desenvolvimento: questionários para pais; anotações dos pais sobre o comportamento dos filhos; instrumentos de triagem como auxílio para a vigilância do desenvolvimento (DWORKIN, 1993). E, de acordo com a divisão proposta por Ryds et al.

¹ Apesar de ser uma referência antiga, foi citada em estudos recentes que abordam o mesmo assunto (FIGUEIRAS et al., 2003; HALFON et al., 2004; SAND et al., 2005; GANNAM, 2009)

(2005), as escalas de triagem para atraso de desenvolvimento podem ser reunidas em três grandes grupos: escalas aplicadas pelos profissionais de saúde; questionários preenchidos pelos pais e outras escalas.

Segundo Glascoe (2000^a), a maioria dos instrumentos efetivos para o uso nos cuidados primários são aqueles que invocam as informações dos pais. Estes instrumentos eliminam a necessidade de obter a colaboração das crianças que podem ser desobedientes, terem medo, estarem dormindo ou mesmo doentes e podem ser completados em salas de espera, enviados para casa na preparação do *follow-up*, administrados como entrevistas quando os pais são analfabetos ou por telefone quando as famílias não fazem consultas regularmente. A maioria desses instrumentos é mais breve do que instrumentos que eliciam diretamente habilidades das crianças e podem ser igualmente acurados. Além disso, algumas escalas têm a opção de eliciar diretamente as habilidades das crianças quando a comunicação entre os pais e o profissional é difícil como, por exemplo, quando os pais são adotivos ou os cuidadores (por exemplo, os avós) não sabem muito sobre a criança.

Outros autores também enfatizam que uma forma eficiente para identificar alterações do desenvolvimento é o relato dos pais sobre suas preocupações em relação ao desenvolvimento e ao comportamento de seus filhos (GIEL et al., 1981; GLASCOE, 1997; ROSENBAUM, 1998; AAP, 2001; WILLIAMS; HOLMES, 2004; OBERKLAID; EFRON, 2005; OPAS, 2005; RYDZ et al., 2005; RYDZ et al., 2006; AAP, 2006; HAMILTON, 2006). Além disso, existem fortes evidências de que pais podem oferecer informações precisas e confiáveis sobre o desenvolvimento de seus filhos, independentemente da classe social, cultura pertencente ou condição de saúde (ROSENBAUM, 1998; GARDNER et al., 2003; GLASCOE; ROBERTSHAW, 2007). Por exemplo, alguns pesquisadores relatam que pais são capazes de identificar atrasos de linguagem, problemas de comportamento e relacionar preocupações importantes para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento (GLASCOE 1997; YOUNG; BREWER; PATTISON, 2003; COGHLAN; KIING; WAKE, 2003; RANNARD; LYONS; GLENN, 2004; WILLIAMS; HOLMES, 2004; RYDZ et al., 2006). Outros destacam que crianças com alterações sutis no comportamento, no desempenho e na execução de atividades são geralmente identificadas pelos pais e não pelos profissionais de saúde (GLASCOE, 1997; GLASCOE, 1999; COGHLAN; KIING; WAKE, 2003; WILLIAMS; HOLMES, 2004; RYDZ et al., 2006).

Nesse contexto, pode-se citar o estudo de Habib e Magalhães (2007) o qual teve como objetivo descrever o processo de criação de um questionário para detecção de comportamentos atípicos em bebês de 6 a 12 meses. As autoras optaram em desenvolver um

instrumento que avalia o desenvolvimento da criança a partir do relato dos pais em função deles serem os primeiros a identificar alguma alteração de comportamento de seus filhos e, usualmente, suas informações podem ser consideradas bastante confiáveis.

Outro exemplo é o trabalho de Gannam (2009), realizado no Brasil, que teve como objetivo comparar a avaliação do desenvolvimento de crianças de três a seis anos de uma escola municipal de educação infantil realizada por um médico com a percepção de pais e professores. O médico pediatra (pesquisador) foi responsável pela aplicação do *Teste de Denver II* nas 220 crianças (três a seis anos) participantes da pesquisa. Para a identificação da percepção dos pais foi utilizado como forma de avaliação do desenvolvimento um questionário com duas perguntas sobre desenvolvimento e comportamento das crianças. E para a identificação da percepção dos professores, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas sobre as características socioeconômicas dos educadores e sobre o desenvolvimento e comportamento de seus alunos; cada criança foi avaliada por dois professores. Como resultado, o autor obteve uma prevalência de 12,3% de suspeita para alteração do desenvolvimento, sendo que os três métodos de avaliação detectaram número semelhante de crianças com risco de atraso no desenvolvimento (26 crianças no *Denver II*, 22 crianças na percepção dos pais e 21 crianças na percepção dos professores). Dessa forma, concluiu-se que tanto a percepção dos pais quanto a percepção dos professores aparentam ser procedimentos adequados de triagem para identificar atraso do desenvolvimento quando comparadas ao *Teste de Denver II*.

Dentre as escalas de triagem para atraso de desenvolvimento que se baseiam nos relatos dos pais, a que mais se destaca é o “Parents’ Evaluations of Developmental Status” (PEDS). Há autores que afirmam que o PEDS é uma das formas mais eficazes para essa triagem, uma vez que averigua a opinião dos pais e, dessa forma, seria capaz de identificar crianças com risco para atraso do desenvolvimento antes dos profissionais da saúde (GLASCOE, 1992; GLASCOE; FRANKENBURG, 2002; OBERKLAID; EFRON, 2005; RYDES et al., 2005; HAMILTON, 2006). Porém, ainda não é um instrumento validado para a população brasileira e também não é amplamente utilizado no Brasil.

O estudo de Glascoe (2000^a) descreve as vantagens clínicas de utilizar o PEDS como instrumento para avaliar o desenvolvimento da criança. A autora aponta três justificativas que enfatizam a importância de um instrumento como o PEDS: 1) os pais não sabem responder questões abertas, amplas, por exemplo, a pergunta “você tem alguma preocupação em relação ao desenvolvimento do seu filho” (p. 276) não é adequada por conter termos de difícil compreensão dos pais; 2) os pais nem sempre falam de imediato suas

preocupações com seus filhos quando são indagados; apenas 40% terem preocupações, mas não relatam para o médico do seu filho; e 3) quando os pais falam de suas preocupações informalmente nem sempre têm condições para discuti-las mais completamente, pois não vêem o desenvolvimento como várias competências (linguagem, pessoal-social, motor fino e motor grosseiro). Assim, o PEDS tem como objetivo “dar aos pais múltiplas oportunidades para expressarem suas preocupações e solicitar-lhes para considerar como suas crianças estão em cada área” (p. 276).

A questão que tem sido levantada (GLASCOE, 2000^a) é se a informação dos pais pode ser confiável, mesmo daqueles que apresentam baixa escolaridade, que vivem isolados em áreas rurais, que têm pouca experiência paterna ou que são muito ansiosos ou depressivos. A autora desenvolveu um estudo que revela que quase todos os pais, se apresentadas questões bem estruturadas, podem dar informações acuradas sobre seus filhos. Uma razão é que os pais deduzem suas respostas por comparar seus filhos com outros, freqüentemente quando esperam a consulta médica. Por ser uma tarefa intelectual simples, a comparação torna-se uma ferramenta importante para que os pais tenham condições de fornecer informações precisas sobre o desenvolvimento de seus filhos. No entanto, pais que possuem pouca instrução, baixa escolaridade podem responder as perguntas de qualquer forma e/ou omitir muitas informações que os itens exigem. Por isso, uma alternativa para contornar essa situação é perguntar antes aos pais se eles próprios preferem responder o questionário ou se há alguém que eles queiram que respondam por eles.

Além dos pontos positivos descritos acima em se utilizar esse tipo de procedimento, é possível elencar também alguns possíveis prejuízos que podem “invalidar” o relato dos pais para avaliar o desenvolvimento de seus filhos. Por exemplo, muitos pais/responsáveis podem não querer expor algum problema que seu filho possa vir a ter; até mesmo em função de uma dificuldade própria em aceitar algum tipo de “anormalidade” em seu desenvolvimento; podem não se sentirem à vontade com o profissional responsável pela avaliação do desenvolvimento de seu filho em função da inexistência de um vínculo estabelecido com este profissional; dificuldade em garantir que a definição do item a ser avaliado seja entendida pelo pai/responsável da mesma forma que é pelo profissional responsável pela avaliação; e também garantir que os pais/responsáveis tenham o mesmo critério para avaliar o mesmo item, ou seja, é mais fácil para o profissional que avalia crianças diferentes ter o mesmo critério para o mesmo item.

Pelo fato de ainda não existir um material adequado e universalmente aceito para identificar crianças com risco de atraso no desenvolvimento, apesar da existência de

inúmeras escalas de triagem para atraso de desenvolvimento (MALLHI; SINGUI, 1999; AAP, 2001; BRASIL, 2002b; RYDS et al., 2005; AAP, 2006; RYDS et al., 2006), a AAP (2006) recomendou que novos métodos fossem criados e validados para o aprimoramento de ações referentes à vigilância do desenvolvimento.

Um aspecto da avaliação a ser apontado refere-se aos seus efeitos quando categoriza um indivíduo sendo de risco ou com atraso, reduzindo, assim, as expectativas quanto ao seu desempenho e suas capacidades. Por outro lado, sabemos que esse diagnóstico possibilita a identificação dos serviços mais adequados de acordo com a deficiência da criança, os quais oferecem melhores condições de desenvolvimento para o indivíduo (PEROSA, 1994). Além disso, em função da importância das consequências que o atraso no desenvolvimento pode acarretar para a criança e sua família, a identificação precoce de qualquer tipo e grau de atraso no desenvolvimento pode minimizar os seus efeitos negativos. Assim, quanto mais precoces forem o diagnóstico de atraso no desenvolvimento e a intervenção realizada, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança (HALPERN et al, 2000).

Um exemplo apontado por Ramey e Ramey (1998) é que uma performance pobre na escola é prenunciada por um desempenho abaixo da média da função social e cognitiva durante os anos anteriores da pré-escola, ou seja, é possível identificar a criança com um repertório escolar pobre antes mesmo de ela ingressar na escola. Outro dado enfatizado nesse estudo é o do Centro de Prevenção e Controle de Doenças o qual estima que mais de 300.000 indivíduos com menos de 21 anos nos Estados Unidos apresentam tanto um desenvolvimento cognitivo empobrecido como uma deficiência mental ($QI < 70$) e esses problemas poderiam ter sido prevenidos por meio de uma intervenção precoce e contínua.

Neste estudo (RAMEY; RAMEY, 1998) os participantes foram crianças de zero a três anos atendidas em dois programas (The Abecedarian Project e o Project CARE) oriundas de famílias com baixa escolaridade e pertencentes a camadas economicamente desfavorecidas. Foram divididas em dois grupos: o de controle e o de intervenção, sendo que este último se refere ao projeto “Partners for Learning”. O critério para a admissão nos Programas foi o índice de alto risco definido em estudo anterior. O resultado mostra que o desempenho cognitivo das crianças está positivamente relacionado com o nível educacional de suas mães no grupo controle, ou seja, quanto mais alto o nível educacional da mãe, melhor é o desempenho cognitivo da criança. E os efeitos positivos da intervenção precoce são maiores para as crianças com mães com nível educacional baixo. Em outras palavras, a diferença do desempenho das crianças nos dois grupos (controle e de intervenção) é mais

acentuada quando o nível educacional da mãe é mais baixo. Esse dado nos mostra a importância da intervenção precoce no âmbito da saúde pública, pois é nessa população que os resultados são mais expressivos.

Assim, Figueiras et al (2003) apontam que o papel do profissional que atua na atenção primária é praticar “a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento” (p. 1692) para que recebam precocemente intervenções adequadas. Os dados obtidos dos prontuários do Programa de Estimulação Precoce da Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil-Adolescente de Belém (Estado do Pará) é um exemplo de tratamento tardio, pois a média de idade de encaminhamento das crianças com problemas no desenvolvimento neuropsicomotor para esse Programa é de 11,6 meses, sendo que as dificuldades poderiam ter sido observadas aos 3,9 meses, em média (SESPA, 2000).

Quanto aos médicos pediatras, estes apresentam justificativas para não acompanharem o desenvolvimento da criança, como grande demanda de pacientes; tempo de consulta reduzido; exame não ser baseado na monitoração do desenvolvimento, mas na queixa que a mãe traz; falta de organização dos serviços de saúde para a realização do acompanhamento do desenvolvimento infantil e a pouca valorização desses aspectos; falta de um “ajudante” para esse trabalho, uma possível adesão limitada das crianças em realizar as atividades esperadas pelo profissional; preocupação sobre a acurácia e duração das boas ferramentas de triagem; além do cansaço, da distração, da sobrecarga dos profissionais (LOPREIATO, 2000; GLASCOE, 2000^a; COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2001; DELLA BARBA, 2002; FIGUEIRAS, et al., 2003; SAND, et al., 2005).

O estudo de Sand et al. (2005) teve o objetivo de descrever a utilização de testes de triagem de desenvolvimento em uma amostra formada por pediatras e além disso, analisaram a associação entre a triagem padronizada e o auto-relato para a identificação de crianças com problemas de desenvolvimento. Nesse trabalho, os participantes tinham que responder perguntas sobre a frequência que utilizam métodos de triagem, informais ou formais, para identificar crianças de até três anos incompletos com problemas de desenvolvimento, e a porcentagem de crianças, de três anos incompletos, que são identificadas com possíveis problemas de desenvolvimento por meio de avaliações e triagens que realizam em sua prática. Os instrumentos formais que apareceram como respostas da primeira pergunta foram: Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil, Denver II, Ages and

Stages Questionnaire, Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) e outros instrumentos.

Esse estudo (SAND et al., 2005) indicou que 71% dos pediatras relataram utilizar a avaliação clínica ou outros procedimentos não padronizados para acompanhar o desenvolvimento das crianças. Somente 23% dos participantes disseram utilizar consistentemente testes padronizados de triagem do desenvolvimento e, dentre estes, a maioria citou o Denver II como instrumento utilizado. Porém, os autores não conseguiram mostrar estatisticamente que o uso de instrumentos padronizados é mais efetivo do que o auto-relato dos pediatras para identificar crianças com problemas de desenvolvimento. Como uma possível explicação para este resultado obtido, os autores levantaram a hipótese de que poderia ser em função de um uso inadequado dos instrumentos, como, por exemplo, a utilização parcial do material e não sua íntegra.

De acordo com Glascoe e Macias (2003 apud SAND et al., 2005) há várias maneiras de se incorporar a triagem do desenvolvimento e do comportamento na prática pediátrica, como, por exemplo, mostrar a importância de se usar o relato dos pais como um instrumento de triagem, informações sobre os serviços locais disponíveis e informações sobre os benefícios da triagem do desenvolvimento. Resultados de pesquisas sobre instrumentos de triagem demonstram que sua acurácia é bem maior do que os métodos informais (GLASCOE, 1992; SQUIRES; BRICKER; POTTER, 1997; GLASCOE, 1997). Além disso, o trabalho de Pelletier e Abrams (2002) apontou que com o uso de um instrumento padronizado pelos profissionais cresce, significativamente, o número de detecção de problemas de desenvolvimento nas crianças, uma vez que tem o potencial de reduzir a gravidade e o impacto de problemas de desenvolvimento nas crianças e suas famílias. O programa descrito neste trabalho apresenta dois principais componentes: introdução de uma ferramenta de triagem padronizada e validada para avaliar as crianças e acompanhar as famílias que têm preocupações a respeito do crescimento e desenvolvimento de suas crianças. Acreditam que o instrumento utilizado (ASQ) auxilia os profissionais a identificar as crianças que estão em risco de atraso ou deficiência, a sinalizar aquelas que precisam de uma avaliação mais detalhada da sua saúde e do seu desenvolvimento. Enfatizam também que é uma excelente ferramenta de comunicação, ajuda o pediatra a conversar com os pais sobre questões de desenvolvimento infantil, reforçando o trabalho “educacional” com a família.

Sices et al. (2004 apud SAND et al., 2005) sugerem em seu estudo que os pediatras e os médicos da família não utilizam uma triagem padronizada, eles acabam sendo inconsistentes nos seus padrões de referência com crianças com prováveis problemas de

desenvolvimento e acabam não levando em conta fatores de risco, como a preocupação dos pais. Assim, o uso adequado de instrumentos de triagem do desenvolvimento pode evitar que os profissionais percam a oportunidade de identificar crianças com problemas de desenvolvimento e intervir adequadamente no processo de desenvolvimento dessa população (SAND et al., 2005).

Além disso, o estudo de Sigolo (2008) teve como objetivo comparar os resultados da escala Denver II e da Escala de desenvolvimento do comportamento (EDC) com os da Escala de Avaliação do desenvolvimento psicomotor infantil – 0 a 24 meses (EEDP), utilizada como escala de referência, quanto à identificação de crianças com atraso de desenvolvimento na faixa etária de zero a 12 meses incompletos. Neste trabalho cada participante foi avaliado pelos três instrumentos e apenas 25% das crianças (no total de 24) obtiveram o mesmo resultado nos três instrumentos que se baseiam, segundo seus autores, no Denver (instrumento que avalia crianças de zero a seis anos em quatro áreas: pessoal-social, motor fino adaptativo, linguagem e motor grosseiro). A análise estatística mostrou que a escala EDC e o Denver II não podem ser considerados semelhantes à EEDP e que também não apresentaram semelhanças nos seus resultados obtidos.

Desse modo, esses dados fortalecem ainda mais a conduta médica descrita acima, pois, em primeiro lugar, a partir do momento que se tem discordância nos resultados de instrumentos que se propõe a avaliar o mesmo construto, é difícil escolher o material que se pode utilizar. E em segundo lugar, além de não terem um resultado em comum, as áreas que apresentaram falhas também não foram idênticas. Assim, se o profissional escolher um único instrumento para trabalhar precisa ter a garantia de que os resultados obtidos serão confiáveis; ou se ele optar por utilizar mais instrumentos, os resultados precisam ser congruentes para que haja uma orientação segura a seguir (SIGOLO, 2008).

Segundo Glascoe (2000^a), a maior parte dos médicos baseia-se no julgamento clínico ao invés de utilizarem instrumentos de triagem para avaliarem uma criança. A autora aponta pesquisas que mostram que o julgamento clínico detecta menos que 30% de crianças que têm deficiência mental, dificuldades de aprendizagem, prejuízos na linguagem e outros problemas de desenvolvimento; e menos que 50% de crianças que têm sérios distúrbios emocionais e comportamentais. Ao invés de usá-los com pacientes assintomáticos, como recomendado, muitos médicos só utilizam instrumentos de triagem após o aparecimento do problema. Outro fator que contribui para a detecção limitada de atraso no desenvolvimento é a administração de apenas alguns itens do instrumento e, conseqüentemente, essa violação de

um instrumento validado também pode deixar o profissional sem uma informação clara sobre a real condição do desenvolvimento infantil.

Sintomas de bebês são freqüentemente sutis e difíceis de discriminar do desenvolvimento normal, ou seja, poucas crianças com problemas são reconhecidas visualmente ou mostram outros sinais normalmente aparentes em um exame físico. Por exemplo, crianças que têm graves problemas de atenção e de comportamento podem parecer obedientes e concentradas durante a consulta médica. Como o desenvolvimento está em constante “movimento”, muitas crianças com problemas no desenvolvimento podem iniciar seu desenvolvimento como uma criança com desenvolvimento normal. Assim, é difícil determinar que uma criança de 12 meses de idade possa ter um prejuízo na linguagem. Outro caso é que problemas de aprendizagem e déficits de atenção raramente são detectados antes de quatro a sete anos de idade, período no qual as crianças são expostas a situações em que há instruções de leitura ou tarefas acadêmicas estruturadas. (GLASCOE, 2000^a).

Ainda nesse estudo, a autora considera que, embora 20 a 30% de crianças a mais podem ser identificadas como falso-positivos, estas freqüentemente são crianças com habilidades intelectuais, de linguagem ou acadêmicas abaixo da média. Essas crianças podem não ser qualificadas para a educação especial, mas elas ainda precisam de um cuidado “especial” dos médicos; os pais podem se beneficiar de sugestões para a promoção do desenvolvimento e as crianças, por sua vez, de programas de estimulação do desenvolvimento. De 20 a 30% de crianças com problemas no seu desenvolvimento que não são detectadas pela administração única de uma escala de triagem podem ser detectadas posteriormente se o médico triar repetidamente o desenvolvimento da criança em toda visita de supervisão da saúde. Outro dado é que crianças que vivem em ambientes com fatores de risco, como pobreza, educação parental limitada e outros fatores similares, para atrasos no desenvolvimento e fracasso escolar nem sempre recebem visitas de supervisão da saúde. Desse modo, muitas dessas crianças não fazem parte da população que participam da vigilância dos pediatras para problemas no desenvolvimento (GLASCOE, 2000^a).

Com o exposto anteriormente, pode-se dizer que a realização de triagem do desenvolvimento seria muito importante se fosse considerada uma prática usual pelos médicos que atendem crianças em seus consultórios, nos ambulatórios, nos postos de saúde, pois estes são os profissionais que apresentam mais contato com elas e seus responsáveis quando estas ainda são bebês, além de serem os profissionais a quem os pais recorrem quando os filhos têm problemas. Desse modo, deveriam ter como rotina de atendimento o acompanhamento do desenvolvimento, porém não é isso que as pesquisas demonstram.

A puericultura é uma das bases da saúde materno infantil e possui diversos recursos, baseados em evidências científicas, que podem guiar o profissional na realização de procedimentos mais eficazes na consulta (BLANK, 2003). Em 2004, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) estabeleceu algumas diretrizes do cuidado da atenção integral da criança, de acordo com essas evidências científicas, para a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças na infância e na idade adulta. Porém, o atendimento de puericultura apresenta uma baixa frequência em populações de baixa renda, sendo a doença o principal motivo pela procura desse serviço (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

O estudo de Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) avaliou a “frequência da utilização do serviço público de puericultura e os fatores associados a essa prática no primeiro ano de vida” (p. 2). Nesta pesquisa, 53,2% das crianças não tiveram um acompanhamento regular no primeiro ano de vida nas unidades de atenção primária de saúde e os fatores associados a não utilização desse serviço regularmente foram escolaridade materna igual ou menor a oito anos, estrutura familiar não nuclear e a criança não ser filha única. Além disso, os pais dessas crianças justificaram essa postura por considerarem esse serviço desnecessário, estarem insatisfeitos com ele e impossibilidade devido ao emprego. Esses resultados indicam que a população, na sua grande maioria, procura os serviços em condições de doença, fortalecendo a hipótese de que a procura pela assistência à saúde é motivada pela presença de doença e que o acompanhamento sistemático das crianças no primeiro ano de vida nos serviços de saúde é desnecessário. Nessa mesma direção Blank (2003) aponta que ações educativas devem partir dos profissionais da saúde para que haja a conscientização dos pais sobre a importância do acompanhamento contínuo da criança.

Em relação aos fatores que influenciam a frequência dos pais nos serviços de atenção primária, o estudo de Mello, Lima e Scochi (2007) mostrou a visão dos profissionais da rede básica de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) sobre as mães que comparecem com regularidade ao serviço de puericultura e aquelas que não frequentam regularmente este serviço, cujos resultados corroboram com os encontrados por Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) e Blank (2003). As primeiras são caracterizadas como mães que são preocupadas, que se interessam por informações e orientações sobre amamentação, alimentação, desenvolvimento, crescimento e educação, que não procuram o serviço somente em casos de doenças e que gostam de serem valorizadas pelo cuidado que têm com seus filhos e, conseqüentemente, se sentem mais confiantes na conduta que estão tendo. Já o grupo de mães que não frequentam regularmente

o serviço de puericultura está relacionado com alguns fatores, como trabalho fora de casa, falta de interesse no acompanhamento de seu filho e na prevenção de doenças e falta de tempo para esperar pela consulta.

Considerando a rede básica de saúde como local propício para realizar trabalhos preventivos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) diz que a Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde. A equipe do Programa de Saúde da Família tem como função o acompanhamento de saúde da comunidade com ações de promoção de saúde; prevenção, recuperação e reabilitação de doenças; além da manutenção da saúde desta população. E são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em média 3000 habitantes, localizadas em uma área geográfica delimitada. Vale ressaltar que essa equipe é formada por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e quatro a seis agentes de saúde (no máximo um agente para cada 400 pessoas na área urbana e um para 280 pessoas na área rural). O Programa de Saúde da Família foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorganização da atenção primária. Diferentemente do modelo anterior que supervalorizava as práticas da assistência curativa e especializada, este modelo tem como objetivo valorizar as ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e de atenção integral às pessoas. Ou seja, houve uma mudança nas práticas de saúde, de uma prática curativa, desarticulada e focada no papel dominante do médico para uma prática preventiva e de promoção de saúde, integrada com outros níveis de atenção e construída em conjunto com outros profissionais de saúde. Dessa forma, é uma estratégia que tem como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população de uma forma global e contínua. E, além disso, essas ações são baseadas nas características socioeconômicas e culturais de sua população (MALFITANO; LOPES, 2003), ou seja, as “particularidades” de cada grupo social no qual a Unidade está inserida são preservadas, na medida do possível, nas ações propostas.

Starfield (2002) destaca as diferenças entre a atenção médica convencional e a atenção primária à saúde quanto ao enfoque, conteúdo, organização e responsabilidade. Na primeira situação o enfoque era a doença e sua cura e na segunda passou a ser a saúde e sua prevenção, atenção e cura. Quanto ao conteúdo, a prioridade estava no tratamento, na atenção por episódio de doença e em problemas específicos e, na atenção primária está na promoção de saúde e na atenção continuada à pessoa e abrangente. Já a organização dos profissionais focava no trabalho de especialistas, médicos e no consultório individual, e hoje está pautada

no trabalho de clínicos gerais, em grupos de outros profissionais e no atendimento em equipe. Por fim, a responsabilidade que era apenas do setor de saúde e do profissional passou a ter a colaboração intersetorial e a participação da comunidade.

A Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2006), regulamenta que o Programa de Saúde da Família é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica que possui como um de seus objetivos oferecer condições para um acesso universal e contínuo de serviços de saúde de qualidade, com ênfase na universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Dessa forma, há uma valorização dos aspectos ambientais que influenciam a saúde da pessoa fora do contexto hospitalar. E, de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006), uma das definições mais completa de Atenção Primária de Saúde é apresentada por Lago e Cruz (2001):

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (p.786-787).

Além disso, Starfield (2002) destaca quatro características fundamentais da atenção básica de saúde: a) acessibilidade – considerada uma importante porta de entrada do sistema; b) continuidade – possibilidade de uma prática clínica constante; c) integralidade – responsável por todos os problemas de saúde da população cadastrada na sua respectiva unidade e d) coordenação – responsável pela pessoa, mesmo quando o acompanhamento é realizado juntamente com outros serviços especializados do sistema.

De acordo com Almeida (2008) e com as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2004), pode-se depreender algumas recomendações úteis sobre a prática do cuidado despendido à criança na rede básica de saúde, como: desenvolver um acompanhamento da criança com ênfase na prevenção e educação em saúde; consultas periódicas de puericultura; cronograma de consultas médicas e de enfermagem para otimizar a

agenda médica e para que os enfermeiros possam colaborar ativamente com o atendimento à população; o acompanhamento infantil deve ser integral e ter uma visão global, priorizando a promoção da saúde, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares quanto à manutenção da saúde. Mesmo nas consultas de demanda espontânea, é indicado que se faça uma consulta o mais completa possível, incluindo a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil. Quanto à puericultura (SBP, 2004), o profissional tem como função atuar na prevenção com objetivo de evitar, afastar ou controlar os fatores de risco nos quais as crianças estão expostas. Além disso, também destacam os marcos do desenvolvimento infantil que devem ser avaliados de acordo com a idade da criança em todas as consultas. Neste sentido vale destacar que a periodicidade de consultas para crianças de um a seis meses é mensal, de sete a 12 meses a cada dois meses e de um a dois anos é uma consulta a cada quatro meses.

Como dito anteriormente, o estudo de Amorin et al. (2009) também ressalta que uma avaliação regular do desenvolvimento infantil é importante para que problemas do desenvolvimento sejam identificados precocemente e as crianças diagnosticadas sejam encaminhadas para programas específicos para que as conseqüências do seu atraso sejam nulas ou mínimas. Os autores enfatizam que esse acompanhamento pode ser realizado com procedimentos de baixo custo, simples e que todos os profissionais de saúde da rede pública têm condições de realizá-los. Desse modo, esse monitoramento tem condições de ser implementado nos programas públicos com a função de vigilância do desenvolvimento. E, para confirmar essa afirmação, documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2002b) apontam que os Programas de Saúde da Família podem ser considerados locais adequados para a avaliação e monitoramento do desenvolvimento infantil, uma vez que é responsável pela prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os profissionais da saúde devem estar preparados para identificar os sinais precoces de atraso no desenvolvimento e encaminhar essas crianças para os serviços especializados mais adequados para o problema que foi detectado.

Neste caminho, a pedido do próprio Ministério da Saúde (2002b; KUPFER, 2003) um grupo de especialistas elaborou a Ficha de avaliação do desenvolvimento com o objetivo de monitorar o desenvolvimento infantil na atenção básica, apesar de não ser considerada por alguns autores como uma escala de triagem (FIGUEIRAS et al., 2003). É a forma de avaliação mais citada pelos profissionais de saúde no Brasil, porém, somente 25% destes profissionais referem-se usá-la rotineiramente (FIGUEIRAS et al., 2003).

A partir dos estudos citados foi possível identificar algumas questões que precisam de uma investigação mais cuidadosa, uma vez que: 1) inúmeras crianças são atendidas pelo serviço público de saúde no país; 2) que o principal profissional da equipe responsável pelos atendimentos clínicos e especializados é o médico e que este justifica a ausência de avaliação do desenvolvimento infantil em função do alto número de pacientes, do tempo reduzido das consultas, etc; 3) que a consulta médica pode não incluir uma avaliação do desenvolvimento infantil; e 4) a inexistência de um instrumento destinado para triagem do desenvolvimento infantil no contexto do Programa de Saúde da Família, uma questão de pesquisa a ser respondida é: outras fontes de dados podem auxiliar os médicos nas consultas no Programa de Saúde da Família (PSF) a identificar precocemente crianças de risco ou com atraso no seu desenvolvimento.

Desse modo, o objetivo geral desse trabalho é: verificar a contribuição de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais na avaliação infantil realizada em Programas de Saúde da Família.

E os objetivos específicos são: 1) localizar um instrumento de triagem de desenvolvimento na literatura, apontado por ela como o mais relevante e adequado, baseado no relato dos pais, de modo a identificar possíveis sinais de risco para o desenvolvimento (etapa 1); 2) verificar os tipos de anotações nos prontuários médicos (etapa 2) e se a natureza dessas anotações muda após os médicos terem o conhecimento dos objetivos da pesquisa (etapas 3); 3) verificar se há ou não discrepância entre as informações contidas no prontuário da criança e as fornecidas pelo instrumento a partir das informações relatadas pelo responsável durante a aplicação do instrumento (etapa 4); e 4) avaliar, junto aos médicos e enfermeiros dos Programas de Saúde da Família, a contribuição de se introduzir uma avaliação de desenvolvimento baseada no relato dos pais para identificação de sinais de risco no desenvolvimento (etapa 5).

Como hipótese tem-se: um instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais/responsáveis das crianças auxilia a avaliação do desenvolvimento infantil por profissionais nos Programas de Saúde da Família.

MÉTODO

Participantes e Locais

Participaram desta pesquisa 60 pais/responsáveis de crianças de zero a 24 meses, sendo 12 de zero a seis meses, 12 de sete a 12 meses, 12 de 13 a 18 meses e 12 de 19 a 24 meses; cinco médicos (um em cada Unidade) e cinco enfermeiras (um em cada Unidade). (Quadro 1).

QUADRO 1: Número de prontuários analisados nas etapas 2 e 3 e de participantes nas etapas 4 e 5 da pesquisa.

Unidades do Programa de Saúde da Família	2ª Etapa	3ª Etapa	4ª Etapa	5ª Etapa	
	Número de prontuários de crianças	Número de prontuários de crianças	Número de pais/responsáveis	Número de médicos	Número de enfermeiras
A	12	12	12	1	1
B	12	12	12	1	1
C	12	12	12	1	1
D	12	12	12	1	1
E	12	12	12	1	1
TOTAL	60	60	60	5	5

O trabalho foi realizado nas cinco Unidades do Programa de Saúde da Família em uma cidade de pequeno porte (cerca de 12.000 habitantes) do interior do estado de São Paulo e possui como principal atividade econômica a agropecuária. Os locais das coletas de dados foram as residências dos responsáveis pelas crianças, as salas onde eram guardados os prontuários e as salas do médico e da enfermagem das Unidades. Estas Unidades tinham como sede casas que foram adaptadas para o PSF, com exceção das Unidades 1 e 2 que se localizavam no mesmo prédio. A única sala que não era dividida entre as duas Unidades era a do médico, pois cada profissional tinha a sua. Os outros profissionais acabavam dividindo todos os espaços físicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), cada Unidade do Programa de Saúde da Família tem a responsabilidade de acompanhar cerca de três mil a quatro mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada localidade.

Cada Unidade era responsável pelo atendimento de 100 famílias por agente comunitário em média (de 2000 a 2300 pessoas no total). As equipes eram formadas por um médico clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a sete agentes comunitários. Além desses profissionais, existe uma equipe de saúde bucal composta por um

dentista, um auxiliar de consultório dentário, um escriturário e uma pessoa para serviços gerais.

Os atendimentos em cada Unidade são realizados no período do dia reservado para a “demanda espontânea” e nos programas existentes em cada Unidade em outro período, como o Programa da saúde da mulher, Programa de orientação para gestantes, Programa de hipertensão e diabetes, Programa Viva Leite, Programa de atividade física para idosos, e em uma das Unidades há um grupo de orientação às crianças sobre saúde bucal.

Neste contexto, é importante destacar a importância do Programa Viva Leite para o acompanhamento das crianças, pois atendem famílias que tenham crianças de seis meses a seis anos e 11 meses, com renda mensal inferior a dois salários mínimos. De acordo com a Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (2011), o programa atinge 708 mil famílias dos 645 municípios e a prioridade são famílias nas quais os “chefes” são desempregados ou as mães são as responsáveis pelo seu sustento. No interior paulista, são as prefeituras as responsáveis em repassar o leite para a população e, no município desta pesquisa, as famílias retiram o leite nos Programas de Saúde da Família e para conseguirem esse alimento precisam levar suas crianças para o acompanhamento mensal de seu crescimento. Ou seja, é feito o acompanhamento do peso e da altura da criança em toda retirada do leite.

Além dos cinco Programas de Saúde da Família, o município disponibiliza à população como recurso de saúde um Centro de Especialidades Médicas (pediatra, oftalmologista, neurologista, ginecologista, ortopedista, cardiologista, gastrologista, clínico geral, cirurgião geral e psicólogo), a Santa Casa de Misericórdia e serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Instrumentos e Materiais

Foram utilizados os seguintes instrumentos visando caracterizar as famílias e as crianças atendidas pelo Programa, caracterizar as informações contidas nos prontuários médicos, avaliar o desenvolvimento de crianças a partir do relato dos pais e a visão dos médicos e enfermeiros sobre a utilidade, a importância de um instrumento que os auxiliem na avaliação do desenvolvimento infantil:

1. Entrevista, baseada em Williams e Aiello (2001), com abordagem dos seguintes tópicos: identificação da criança e seus responsáveis, caracterização da família, saúde da criança (Apêndice A);

2. Aplicação do Critério Brasil (ABEP, 2010) para a caracterização socioeconômica das famílias participantes, medindo o poder aquisitivo destas (Anexo A);
3. Protocolo de análise das informações contidas no prontuário médico com o objetivo de identificar a natureza das informações neles contidas como identificação da criança, dados da saúde física, queixa apresentada pelo responsável, diagnóstico, exames solicitados, medicação prescrita, encaminhamentos e informações sobre o desenvolvimento da criança (se houver). Foi elaborado um sistema de análise dos prontuários médicos de acordo com o utilizado por esses profissionais nos Programas de Saúde da Família (Apêndice B);
4. Escala com pais ou responsáveis da criança adaptada segundo instrumento detectado na literatura empregado para, por meio de relato, identificar possíveis atrasos de desenvolvimento da criança (Apêndice C);
5. Roteiro de entrevista com os médicos e enfermeiras para verificar a pertinência do instrumento de avaliação do desenvolvimento utilizado (Apêndice D).

Procedimento

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, nos termos da resolução 196/96 (Anexo B). A pesquisa teve seu início após a aprovação pelo Comitê de Ética.

Etapa 1

Como dito anteriormente, o objetivo desta etapa foi localizar um instrumento de triagem de desenvolvimento na literatura, apontado como o mais relevante e adequado, baseado no relato dos pais, de modo a identificar possíveis sinais de risco para o desenvolvimento infantil.

Em um primeiro momento foi realizado um levantamento na literatura dos instrumentos já existentes para triagem do desenvolvimento infantil e outros relacionados. O procedimento para tal levantamento de instrumentos constou com busca nas bases de dados: Periódicos CAPES, SCIELO, Banco de teses e dissertações no período de 1990 a 2010, com os seguintes descritores, tanto em português quanto em inglês: testes, escalas, triagem de desenvolvimento, intervenção precoce, diagnóstico precoce, atraso de desenvolvimento, vigilância do desenvolvimento, acompanhamento do desenvolvimento. De posse das referências foram localizados os resumos e, quando possível, os próprios instrumentos. A análise desses instrumentos quanto aos objetivos e resultados obtidos, junto com a consideração de qual seria o instrumento mais útil e rápido de ser aplicado, permitiu encontrar

um que fosse adequado aos objetivos do estudo que foi, então, utilizado com pequenas adaptações.

Após a definição do instrumento e aprovação do Comitê de Ética, foram iniciadas visitas às Unidades de Saúde da Família com a finalidade de: apresentar os objetivos e as justificativas do estudo, preencher Autorização da Instituição (Apêndice E) em seguida à decisão de participar da pesquisa e recrutar os participantes (médicos, enfermeiros, crianças e seus responsáveis).

Os objetivos também foram apresentados aos participantes para que estes pudessem decidir pela participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F).

Etapa 2

Nesta etapa foi realizada a avaliação dos prontuários de crianças em um determinado período anterior ao do convite aos médicos para a participação na pesquisa. Esse procedimento teve como objetivo analisar as anotações dos médicos em um momento em que estes não tinham o conhecimento dos objetivos da pesquisa. A pesquisadora informou às enfermeiras e aos médicos de cada Unidade, individualmente, os objetivos do presente estudo. Foi dito aos participantes que o trabalho era sobre avaliação do desenvolvimento e que, para isso, haveria uma análise das informações contidas nos prontuários de crianças de zero a 24 meses; uma avaliação do desenvolvimento dessas crianças a partir dos relatos dos pais; e uma entrevista com cada participante para que emitisse suas opiniões sobre o tema.

Os prontuários consistiam em um envelope com o nome do responsável pela família, o código da família e o código do agente de saúde responsável por ela. Dentro do envelope havia folhas com o registro das consultas de cada integrante da família. As fichas das crianças continham informações das consultas, ou seja, em cada atendimento havia a data, a idade, o peso, a altura e, na maioria das vezes, informações sobre queixa, diagnóstico, conduta médica, prescrição de medicações e algumas observações sobre a criança.

Em cada Unidade foram selecionados 12 prontuários de crianças de zero a dois anos, sendo três de cada faixa etária: zero a seis meses, sete a 12 meses, 13 a 18 meses e 19 a 24 meses. Pelo fato da pesquisadora não ter acesso aos prontuários, o critério de seleção foi o seguinte: foi feita uma lista do número de prontuários para cada faixa etária e os agentes comunitários ficaram responsáveis em passar para a pesquisadora os prontuários necessários. O critério de exclusão e, conseqüentemente, substituição dos prontuários foram: as crianças não pertencerem à faixa etária determinada e não terem sido consultadas, uma vez que, por

haver um cadastro para a família, havia a possibilidade de a criança estar cadastrada e não ter realizado nenhuma consulta médica.

A análise do prontuário médico seguiu um protocolo desenvolvido para essa finalidade (ver descrição em instrumentos) e foi realizada uma análise qualitativa das informações contidas nos prontuários (identificação da criança, dados da saúde física, queixa apresentada pelo responsável, diagnóstico, exames solicitados, medicação prescrita, encaminhamentos e informações sobre o desenvolvimento da criança, se houver) com o objetivo de verificar o padrão das anotações médicas e o tipo de avaliação rotineiramente realizada durante as consultas médicas.

As informações obtidas nos prontuários foram divididas em classes de resposta, categorias e subcategorias que estão descritas nos resultados. As classes de resposta definidas foram: caracterização da criança, queixa, diagnóstico, conduta médica, observações e gráfico de crescimento.

Etapa 3

Esta etapa foi semelhante à anterior, porém o período de análise dos prontuários foi posterior ao da apresentação dos objetivos da pesquisa ao médico. O número de participantes foi o mesmo: 12 prontuários de crianças de zero a dois anos, sendo três de cada faixa etária (zero a seis meses, sete a 12 meses, 13 a 18 meses e 19 a 24 meses). Nesse segundo momento, a pesquisadora priorizou os prontuários que tinham sido analisados na etapa anterior; aqueles que não pertenciam mais à faixa etária determinada e que não constavam consultas em um período posterior ao da apresentação dos objetivos da pesquisa ao médico foram substituídos por outros.

Com essas informações foi possível compará-las com as da etapa anterior e verificar se o padrão de anotações dos médicos permaneceu o mesmo ou se teve alguma mudança em função do conhecimento dos objetivos da pesquisa.

Foi realizada uma análise dos dados semelhante à etapa 2, mas agora com o objetivo de verificar se o padrão de anotação das informações contidas nos prontuários modificaram-se com o conhecimento do propósito da pesquisa em questão.

Da mesma forma que na etapa anterior, as informações obtidas nos prontuários nesta etapa foram divididas nas mesmas categorias e subcategorias que também estão descritas nos resultados.

Além disso, neste momento foi realizada a fidedignidade das anotações nos prontuários. Foram selecionados quatro prontuários aleatórios de três Unidades (12 no total)

para que as informações fossem analisadas. Uma Psicóloga, que reside no mesmo município em que a pesquisa está sendo realizada e ingênua quanto aos objetivos da pesquisa, realizou a fidedignidade dos dados. Ela recebeu as seguintes instruções: analisar e registrar todas as consultas determinadas para esta etapa de acordo com o protocolo de avaliação do prontuário. A análise de um prontuário serviu para ajustar a compreensão sobre as categorias de análise. Obteve-se 100% de concordância entre análise realizada pela pesquisadora e a realizada pela colaboradora.

Etapa 4

Nesta etapa, foi realizada a entrevista de coleta de dados demográficos da família, a aplicação do Critério Brasil (ABEP, 2010) e a aplicação do instrumento escolhido nos pais/responsáveis de 12 crianças atendidas em cada uma das cinco Unidades de Saúde, no total de 60 entrevistas. Importante destacar que o critério determinado pela pesquisadora para a escolha dos entrevistados foi ter uma criança de zero a 24 meses e que não possuísse nenhuma deficiência instalada e diagnosticada.

A princípio, o contato com as famílias seria na sala de espera da Unidade, porém, este procedimento não seria viável em função do tempo que seria gasto para atingir o número de 60 famílias, uma vez que a procura, da maioria das famílias, por atendimento médico não é freqüente, ocorre quando há uma queixa de saúde. Além disso, chamar o responsável pela criança na Unidade também não seria possível, uma vez que não seria permitida a entrega de um atestado médico para dispensa de dia de trabalho, fato que interferiria na adesão à pesquisa. Dessa forma, em acordo com as enfermeiras-chefe das Unidades, foi decidido que o contato com as famílias seria por meio de visitas domiciliares da pesquisadora juntamente com os agentes de saúde da respectiva Unidade.

Essa etapa teve como objetivo verificar se havia ou não discrepância entre as informações contidas no prontuário da criança e as fornecidas pelo instrumento, quanto ao desenvolvimento, a partir das informações relatadas pelo responsável durante a sua aplicação.

Os resultados do instrumento escolhido na etapa 1 foi analisado quanto a presença ou não de indicadores de atraso do desenvolvimento segundo relato do responsável seguindo as recomendações de seu(s) autor(es). Em seguida foi analisado e comparado com os registros do prontuário de atendimento e as anotações médicas sobre a criança. Buscou-se identificar se havia nas anotações do médico indicações sobre problemas de desenvolvimento ou se apenas referências sobre a queixa de doença e as recomendações médicas para tal. Essas

informações foram analisadas quantitativamente (em termos de ocorrência por casos atendidos) e qualitativamente (a natureza e qualidade das anotações médicas).

Desse modo, pôde-se também verificar a utilidade do instrumento preenchido via relato dos pais no atendimento e nos encaminhamentos do médico.

É importante destacar algumas características do instrumento escolhido e que foi adaptado para a pesquisa (BRASIL, 2002). De acordo com o procedimento, a observação do desenvolvimento da criança deve acontecer durante a consulta médica e somente o necessário deve ser eliciado pelo médico. É recomendado que a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Anexo C) fique no prontuário da criança e a sua padronização (Anexo D) no consultório médico. Além disso, é fundamental que o profissional use a mesma padronização para todas as avaliações realizadas.

A observação realizada de cada marco do desenvolvimento deve ser registrada no espaço correspondente à idade da criança como P (Presente), A (Ausente) e NV (Não verificado). Após a aplicação, o profissional deverá ter uma conduta de acordo com cada situação:

- a) Presença das respostas esperadas para a idade: o profissional deve seguir o calendário da consulta, pois o desenvolvimento da criança está normal;
- b) Falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade: o profissional deve antecipar a próxima consulta; averiguar o ambiente no qual a criança vive, os estímulos presentes, o relacionamento do responsável com a criança. É necessário também incentivar o responsável a brincar e conversar com a criança no dia-a-dia;
- c) Persistência do atraso por mais duas consultas ou ausência do marco no último quadro sombreado: o profissional deve encaminhar para um centro de atendimento especializado.

Etapa 5

Por fim, uma entrevista com os médicos e com os enfermeiros das Unidades foi realizada com a finalidade de relatarem a adequação e a funcionalidade do instrumento com os seguintes tópicos: a) procedimentos realizados no atendimento infantil; b) realização de avaliação do desenvolvimento infantil; c) dificuldades encontradas para realizar avaliação do desenvolvimento infantil; d) conhecimento sobre a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento; e) apreciação da Ficha quanto à sua contribuição para avaliação clínica, relevância dos itens para avaliação do desenvolvimento infantil, adequação das áreas de desenvolvimento investigadas e facilidade de aplicação; f) conhecimento de instrumentos de

avaliação do desenvolvimento; g) viabilidade da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento nas consultas médicas; h) momento da rotina mais adequado para aplicação do instrumento; i) profissional responsável; j) auxílio nos encaminhamentos e orientações às famílias; l) apreciação do relato dos pais/responsáveis sobre o desenvolvimento da criança quanto à qualidade das informações fornecidas por eles (precisas, confiáveis e necessidade de informação complementar) e recurso facilitador para avaliação do desenvolvimento; m) inserção da avaliação do desenvolvimento infantil na rotina do PSF; n) pontos positivos e negativos da avaliação do desenvolvimento infantil; o) ações frente a suspeita de atraso no desenvolvimento infantil no município; e p) profissional responsável em detectar problemas de desenvolvimento no PSF para os enfermeiros.

Além dos tópicos descritos acima, informações dos participantes sobre idade, tipo de residência ou especialização cursada, tempo de formação, tempo de trabalho em PSFs e tempo de trabalho no atual PSF também foram obtidas.

Uma análise de conteúdo (BARDIN, 1977; CRESWELL, 2010) das entrevistas foi realizada para que fosse possível interpretar, extrair um significado dos dados das principais questões formuladas nas entrevistas.

Neste momento foi feita a devolutiva do desempenho das crianças para as enfermeiras-chefe de cada Unidade. As enfermeiras foram escolhidas em função terem maior disponibilidade de tempo, pois, além do tempo gasto com a entrevista, seria necessário um tempo adicional para a devolutiva. Outro fator que influenciou essa decisão foi o fato da Unidade 2 estar sem médico e com a escolha da enfermeira seria possível manter o mesmo procedimento em todas as Unidades. Mesmo assim, os médicos foram informados de que os resultados da avaliação das crianças estavam disponíveis e tinham sido entregues às enfermeiras.

Além disso, foi entregue para cada entrevistado um folheto contendo dicas sobre marcos do desenvolvimento, interação entre pais e filhos e segurança da criança, desenvolvido durante o trabalho de Iniciação Científica da pesquisadora (Anexo E). E também foi deixado em cada Unidade um conjunto de folhetos para serem distribuídos para cada família participante da pesquisa.

RESULTADOS

1ª Etapa

Com base no levantamento realizado foram encontrados os seguintes instrumentos: EEDP, ITFI, a escala de desenvolvimento proposta por Vitor da Fonseca, NBAS, Escala de desenvolvimento do comportamento da criança, DENVER II, Escalas Bayley do Desenvolvimento, Escala Gesell, Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, Escala de Desenvolvimento Infantil Heloisa Marinho e os que são baseados exclusivamente no relato dos pais, como PEDs, CDIs, MCDI, ASQ, Pediatric symptom checklist, PDQII, como pode ser visto no Quadro 2.

Dessa forma elaborou-se o Quadro 2 com a descrição dos instrumentos encontrados quanto a triagem do desenvolvimento. Essa tabela contém as seguintes informações: nome do instrumento, referência, idade do grupo alvo (faixa etária da criança), conteúdo (número de itens e áreas avaliadas) e tempo de aplicação.

QUADRO 2: Instrumentos de triagem do desenvolvimento infantil.

INSTRUMENTOS ESTRANGEIROS			
Instrumentos de triagem/Referências	Idade do grupo alvo	Conteúdo	Tempo de aplicação (minutos)
PEDS (GLASCOE, 1997)	Nascimento até oito anos.	São 10 questões que sobre as preocupações dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos ao invés de informações específicas sobre o desenvolvimento.	5
CDIs (GLASCOE, 2000b)	Três meses à seis anos.	São 60 questões de “sim” ou “não” sobre marcos do desenvolvimento da criança. As áreas avaliadas são: social, auto-ajuda, motor grosso, motor fino, linguagem expressiva, linguagem compreensiva, letras, números e desenvolvimento geral.	10
MCDI (FERSON et al., 1993)	Oito a 30 meses.	Os pais devem indicar de acordo com uma lista as palavras, se a criança só entende ou ela entende e diz a palavra.	20 a 40
ASQ (SQUIRES, J.; POTTER, L.; BRICKER, D., 1999)	Quatro meses a seis anos.	São 35 descrições de tarefas de desenvolvimento e os pais devem responder “sim”, “às vezes” ou “não”. As áreas avaliadas são: comunicação, motor grosso, motor fino, resolução de problemas, pessoal-social e global.	10 a 20

Pediatric symptom checklist (JELLINEK, M. S. et al., 1988)	Quatro anos à 16 anos.	São 35 pequenas afirmações sobre problemas de comportamentos. Os pais devem responder ‘nunca’, ‘algumas vezes’, ou ‘freqüentemente’.	7
PDQII (FRANKENBURG, W. K.; BRESNICK, B., 1998)	Nascimento até seis anos.	São 90 questões que os pais podem responder até três “nãos”. Eles não precisam ser consecutivos.	10
EEDP (RODRIGUEZ, S.; ARANCIBIA, V.; UNDURRAGA, C., 1994)	Nascimento até os dois anos.	São 75 itens divididos em quatro áreas: motora, adaptação, linguagem e comportamento social. Alguns itens podem ser respondidos pelos pais caso a criança não os realize.	20
ITFI (APFEL, N. H.; PROVENCE, S., 2001)	Seis meses até três anos.	Itens que avaliam o desenvolvimento motor grosso e fino, social e emocional, linguagem e estratégias de enfrentamento e auto-ajuda.	-
DA FONSECA, V., 1995	Nascimento até oito anos	São 1119 itens divididos em cinco áreas: motricidade global, motricidade fina, linguagem, cognitiva e autonomia social.	-
NBAS (BRAZELTON, T. B., 1973)	Nascimento até dois meses.	São 46 itens que avaliam a “linguagem” do recém-nascido em função do comportamento e do reflexo.	-
Escalas Bayley do Desenvolvimento (BAYLEY, N., 1993)	Um até 42 meses.	Itens divididos em três áreas: mental, psicomotora e comportamental.	60
INSTRUMENTOS PADRONIZADOS/NACIONAIS			
Escala de desenvolvimento do comportamento da criança (PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; Vieira, R. M., 1997)	Um à 12 meses incompletos.	São 64 itens divididos em oito categorias: axial espontâneo não comunicativo, axial espontâneo comunicativo, axial estimulado não comunicativo, axial estimulado comunicativo, apendicular espontâneo não comunicativo, apendicular espontâneo comunicativo, apendicular estimulado não comunicativo, apendicular estimulado comunicativo.	-
DENVER II (FRANKENBURG, W. K. et al., 1999)	Nascimento até os seis anos.	São 125 itens divididos em quatro áreas: pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosseiro. Em alguns itens é solicitado que o cuidador informe se a criança realiza ou não a tarefa solicitada.	20

Escala Gesell (GESELL, A.; AMATRUDA, C., 2002).	Um a 18 meses.	Itens divididos em cinco áreas: adaptativo, motor delicado, motor grosseiro, linguagem e pessoal-social. Alguns itens são perguntados aos pais.	—
Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (BRASIL, 2002)	Nascimento até os seis anos	São 44 itens divididos em quatro indicadores: maturativo, psicomotor, social e psíquico.	—
Escala de Desenvolvimento Infantil Heloisa Marinho (MARINHO, H., 1978)	Nascimento até os nove anos.	Itens divididos em três áreas: física, mental e social.	—

O Quadro 2 permite verificar que há vários instrumentos diferentes com abrangências variadas quanto a idade e áreas de desenvolvimento, assim como tempo de aplicação. Entretanto, em função de não existir um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais padronizado para a população brasileira, optou-se pela adaptação da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (BRASIL, 2002) disponibilizada pelo próprio Ministério da Saúde. Além disso, outros critérios também nortearam a escolha, como, ter sido criada por um grupo de especialistas para monitoração do desenvolvimento infantil na atenção básica a pedido do Ministério da Saúde; por ser um material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pressupõe a facilidade de acesso, conhecimento e utilização do material pelos profissionais dos Programas de Saúde da Família; ser baseada no Denver, o qual é a ferramenta mais frequentemente utilizada nas pesquisas para avaliação do desenvolvimento em pré-escolares (SOUZA et al., 2008; MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; SANTOS; ARAÚJO; PORTO, 2008) e pelo fato de que a padronização de um instrumento existente baseado no relato dos pais não daria condições de atender os objetivos propostos neste trabalho.

2ª Etapa

Para representar as informações contidas nos prontuários foram criadas classes de resposta, categorias e subcategorias (Apêndice G) para essa análise. Para cada criança, as informações que se repetiam nas consultas realizadas foram computadas apenas uma única vez, por exemplo, uma criança que em três consultas apresentou a queixa de gripe teve essa informação computada uma vez. Desse modo, os dados aqui apresentados não são absolutos, formam um conjunto que representam as principais informações contidas nos prontuários. Os itens das Subcategorias estão indicados de acordo com suas presenças na análise dos dados

em cada Unidade de Saúde, ou seja, alguns itens dessa subcategoria podem estar presentes na descrição dos resultados de um Programa e não estarem presentes na descrição de outro Programa.

Nesta etapa foram descritos o período da coleta de dados, a formação da equipe, o número de famílias e pessoas atendidas, os Programas e grupos que são realizados para cada Programa de Saúde da Família. É importante destacar que em todas as consultas eram aferidos o peso e o tamanho das crianças pelos profissionais de enfermagem.

→ *Programa de Saúde da Família 1*

Os dados analisados presentes nos prontuários são de consultas realizadas anteriormente ao convite aos médicos para a participação da pesquisa, ou seja, consultas realizadas antes de 31/08/2009. Todas as consultas anteriores a essa data foram analisadas em cada prontuário.

Esta Unidade tinha uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira chefe, 1 técnica de enfermagem, 6 agentes comunitários, 1 recepcionista. Em função do PSF 1 e PSF 2 estarem no mesmo lugar físico, alguns profissionais atendem a população dos dois postos, são eles: 1 dentista do PSF e 1 dentista da prefeitura para ajudá-lo, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 farmacêutica.

No momento da coleta de dados desta etapa, este Posto era responsável pelo atendimento de 613 famílias que, no total, representava 1977 pessoas. De acordo com a enfermeira chefe, nesta Unidade, atualmente, existem o Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Atividade Física para os idosos, um grupo de orientação para gestantes e o Programa Viva Leite. Além disso, os atendimentos são realizados por demanda espontânea e por agendamento, porém o ideal seria que a grande maioria da população fosse atendida por agendamento.

O Quadro 3 mostra as classes de resposta, as categorias e as subcategorias em que as informações dos prontuários foram analisadas.

QUADRO 3: Análise das informações dos prontuários da Unidade 1 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	3,6	3	
		Sete a 12 meses	10,3	3	
		13 a 18 meses	16,6	3	
		19 a 24 meses	20	3	
	Sexo	Feminino	-	9	
		Masculino	-	3	
	Número de consultas	1 consulta	-	2	
		2 consultas	-	1	
		4 consultas	-	1	
		5 consultas	-	3	
		6 consultas	-	1	
		7 consultas	-	2	
		11 consultas	-	1	
		14 consultas	-	1	
Queixa	Tempo médio entre as consultas	-	0,8 a 3,4	-	
	Sem queixa	-	-	-	
	Não consta	-	-	2	
	Queixas de saúde	-	-	28	
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-	
	Outras informações	-	-	-	
	Não consta	-	-	6	
Diagnóstico	Testes	Teste do pezinho normal	-	4	
	Saúde	-	-	3	
	Desenvolvimento	-	-	-	
Conduta médica	Não consta	-	-	1	
		-	-	9	
	Saúde	Medicação	-	-	15
		Levantamento de informações	-	-	-
	Exames	-	-	-	
	Cirurgia médica	-	-	-	
	Encaminhamento para especialista	-	-	-	
	Avaliação	Clínica	-	-	-
Física (puericultura)		-	-	1	
Desenvolvimento		-	-	-	

Observações	Prevenção	Vacinação	-	6
	Orientações	-	-	-
	Acompanhamento	-	-	-
	Não consta	-	-	8
	Saúde	-	-	4
Gráfico de crescimento	<i>Desenvolvimento</i>	<i>Criança ativa, brincando</i>	-	<i>1</i>
	Gerais	-	-	-
	Preenchido e atualizado	-	-	1
	Preenchido e não atualizado	-	-	6
	Branco	-	-	-
	Não apresentava	-	-	5

Neste posto, a média de idade das crianças ficou entre 3,6 e 20 meses; nove crianças eram do sexo feminino e três do sexo masculino; o número médio de consultas foi 5 para crianças de zero a 12 meses e 6,34 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,8 a 3,4 meses.

Em relação à “Queixa” todas foram relacionadas à saúde, evidenciando que o cuidador não relata problemas de desenvolvimento e quanto ao “Diagnóstico” seis prontuários não havia nenhum tipo de registro médico. Quanto à “Conduta médica” a maioria das incidências estava relacionada à saúde e em um prontuário tinha uma incidência de avaliação física, puericultura, da criança.

Na classe de resposta “Observações” houve um registro relacionado ao desenvolvimento da criança (criança ativa, brincando) e a maioria dos prontuários apresentava o Gráfico de crescimento preenchido e não atualizado.

→ *Programa de Saúde da Família 2*

Os dados analisados presentes nos prontuários são de consultas realizadas anteriormente ao convite aos médicos para a participação da pesquisa, ou seja, consultas realizadas antes de 31/08/2009. Todas as consultas anteriores a essa data foram analisadas em cada prontuário.

Esta Unidade tinha uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira chefe, 2 auxiliares de enfermagem, 6 agentes comunitários, 1 recepcionista. De acordo com a descrição do PSF 1, alguns funcionários atendem a demanda dos dois postos. No momento da coleta de dados desta etapa, este Posto era responsável pelo atendimento de 649 famílias que, no total, representava 2093 pessoas.

De acordo com a enfermeira chefe, nesta Unidade, atualmente, existem o Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Atividade Física para os idosos, um grupo de orientação para gestantes e o Programa Viva Leite. Além disso, os atendimentos são, em sua grande maioria, realizados por demanda espontânea em função da população atendida nesta Unidade ser mais carente do que a do PSF 1; priorizar os agendamentos é um trabalho muito difícil. A análise dos dados foi realizada em 11 prontuários, pois no dia da coleta de dados tinham somente dois prontuários de crianças na faixa etária de zero a seis meses.

O Quadro 4 mostra as classes de resposta, as categorias e as subcategorias em que as informações dos prontuários foram analisadas.

QUADRO 4: Análise das informações dos prontuários da Unidade 2 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	3,5	2
		Sete a 12 meses	9	3
		13 a 18 meses	14,6	3
		19 a 24 meses	22	3
	Sexo	Feminino	-	5
		Masculino	-	6
	Número de consultas	1 consulta	-	1
		2 consultas	-	2
		4 consultas	-	1
		6 consultas	-	1
		7 consultas	-	1
		8 consultas	-	1
		10 consultas	-	1
		11 consultas	-	2
13 consultas		-	1	
Queixa		Tempo médio entre as consultas	-	0,8 a 11
	Sem queixa	-	-	-
	Não consta	-	-	1
	Queixas de saúde	-	-	34
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-
	Outras informações	-	-	-
	Diagnóstico	Não consta	-	-
Testes		Teste do pezinho normal	-	6
Saúde		-	-	1
Conduta médica	Desenvolvimento	-	-	-
		-	-	1
	Saúde	Medicação	-	7
		Levantamento de informações	-	2
	Exames	-	-	-
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	Pediatra	-	4
		Ortopedista	-	1

	Avaliação	Fisioterapeuta	-	1
		Clínica	-	2
		Física	-	-
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	Vacinação	-	1
	Orientações	-	-	-
	Acompanhamento	-	-	-
Observações	Não consta	-	-	10
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	Informações	-	1
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	6
	Branco	-	-	3
	Não apresentava	-	-	2

Neste posto, a média de idade das crianças ficou entre 3,5 e 22 meses; foram seis prontuários do sexo masculino e cinco do sexo feminino; o número médio de consultas foi 6 para crianças de zero a 12 meses e 7,5 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas variou entre 0,8 a 11 meses.

Na classe de resposta “Queixa” todas as queixas foram relacionadas à saúde e na “Diagnóstico” a maioria dos prontuários não apresentava qualquer registro. Em relação à “Conduta médica” pode-se observar uma ênfase das incidências relacionadas à saúde e ao encaminhamento para especialistas.

Quanto a “Observações”, em 10 prontuários não constavam nenhum tipo registro e na classe de resposta “Gráfico de crescimento” a maioria dos gráficos estava preenchido e não atualizado.

→ *Programa de Saúde da Família 3*

Os dados analisados presentes nos prontuários são de consultas realizadas anteriormente ao convite aos médicos para a participação da pesquisa, ou seja, consultas realizadas antes de 14/09/2009. Todas as consultas anteriores a essa data foram analisadas em cada prontuário.

Esta Unidade tinha uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira chefe, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 5 agentes comunitários, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de limpeza e 1 motorista. No momento da coleta de dados desta etapa, este Posto era responsável pelo atendimento de 454 famílias que, no total, representava 1440 pessoas.

De acordo com a enfermeira chefe, a Unidade oferece atendimento por demanda espontânea. Os agentes comunitários realizam visitas domiciliares uma vez por mês e estes profissionais são responsáveis em providenciar o que as pessoas precisam. Dependendo dos problemas de saúde, as pessoas vão até a Unidade para serem consultadas. A visita domiciliar do médico e da enfermeira acontece quando há alguma intercorrência, como pessoas que estão acamadas e que por algum motivo não podem ir até a Unidade. Além disso, atualmente, existem grupos de orientações para gestantes, para hipertensos e diabéticos, para crianças sobre saúde bucal, o Programa da Mulher e o Programa Viva Leite.

O Quadro 5 mostra as classes de resposta, as categorias e as subcategorias em que as informações dos prontuários foram analisadas.

QUADRO 5: Análise das informações dos prontuários da Unidade 3 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	2,6	3	
		Sete a 12 meses	10	3	
		13 a 18 meses	15,3	3	
		19 a 24 meses	22	3	
	Sexo	Feminino	-	6	
		Masculino	-	6	
	Número de consultas	3 consultas	-	3	
		5 consultas	-	1	
		9 consultas	-	2	
		10 consultas	-	1	
		13 consultas	-	1	
		17 consultas	-	2	
		18 consultas	-	1	
		27 consultas	-	1	
Tempo médio entre as consultas	-	0,3 a 4,4	-		
	Sem queixa	-	1		
	Não consta	-	-		
	Queixas de saúde	-	61		
	Queixas de desenvolvimento	-	-		
	Informações sobre desenvolvimento	-	-		
	Outras informações	-	4		
	Não consta	-	4		
Diagnóstico	Testes	Teste do pezinho normal	-	6	
	Saúde	-	-	7	
Conduta médica	Desenvolvimento	-	-	-	
	Não consta	-	-	-	
	Saúde	Medicação	-	-	11
		Levantamento de informações	-	-	2
		Inalação	-	-	6
		Internação	-	-	1
	Exames	Curativo	-	-	1
	-	-	-	-	4

	Cirurgia médica	-	-	2
	Encaminhamento para especialista	-	-	-
	Avaliação	Clínica	-	11
		Física (puericultura)	-	7
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	-	-	-
	Orientações	Médicas	-	2
	Acompanhamento	-	-	3
Observações	Não consta	-	-	-
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	Informações	-	7
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	2
	Branco	-	-	-
	Não apresentava	-	-	10

Neste posto a média de idade das crianças ficou entre 2,6 e 22 meses; foram seis crianças do sexo feminino e seis do sexo masculino; o número médio de consultas foi 8,67 para crianças de zero a 12 meses e 13,67 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,3 a 4,4 meses.

Em relação à “Queixa” a prevalência foi nas queixas relacionadas à saúde e teve uma incidência na categoria “Sem queixa”, ou seja, teve uma consulta na qual o responsável pela criança foi para fazer uma avaliação de rotina ou não tinha nenhuma queixa específica.

Na classe de resposta denominada “Diagnóstico” a maior incidência estava relacionada à saúde e em quatro prontuários não constava nenhum tipo de diagnóstico. Quanto à “Conduta médica” foi possível observar a maior incidência de condutas relacionadas à saúde e houve sete incidência de avaliação física (1 puericultura e 6 “crianças eutróficas”) da criança. Vale ressaltar que “criança eutrófica” é um termo utilizado para designar criança que apresenta o peso e a altura adequados de acordo com sua idade.

Por fim, a maioria dos prontuários não apresentava o “Gráfico de crescimento”.

→ *Programa de Saúde da Família 4*

Os dados analisados presentes nos prontuários são de consultas realizadas anteriormente ao convite aos médicos para a participação da pesquisa, ou seja, consultas realizadas antes de 15/09/2009. Todas as consultas anteriores a essa data foram analisadas em cada prontuário.

Esta Unidade tinha uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira chefe, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 6 agentes comunitários, 1 auxiliar de dentista, 1 pessoa para apoio. No momento da coleta de dados desta etapa, este Posto era responsável pelo atendimento de 546 famílias que, no total, representava 1955 pessoas.

De acordo com a enfermeira chefe, nesta Unidade, atualmente, existem o Programa de Atividade Física para os idosos, grupos de orientação para gestantes, para diabéticos e hipertensos e o Programa Viva Leite. Além disso, os atendimentos são, em sua grande maioria, realizados por demanda espontânea.

O Quadro 6 mostra as classes de resposta, as categorias e as subcategorias em que as informações dos prontuários foram analisadas.

QUADRO 6: Análise das informações dos prontuários da Unidade 4 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	5	3
		Sete a 12 meses	10	3
		13 a 18 meses	13,3	3
		19 a 24 meses	20,3	3
	Sexo	Feminino	-	6
		Masculino	-	6
	Número de consultas	7 consultas	-	2
		8 consultas	-	1
		9 consultas	-	1
		11 consultas	-	2
		13 consultas	-	2
		16 consultas	-	1
		17 consultas	-	1
		25 consultas	-	1
31 consultas		-	1	
Queixa		Tempo médio entre as consultas	-	0,5 a 1,5
	Sem queixa	-	-	8
	Não consta	-	-	-
	Queixas de saúde	-	-	67
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	2
	Outras informações	-	-	1
Diagnóstico	Não consta	-	-	9
	Testes	Teste do pezinho normal	-	2
		Teste do pezinho alterado	-	1
	Saúde	-	-	1
Conduta médica	Desenvolvimento	Trissomia do 21	-	1
	Não consta	-	-	-
	Saúde	Medicação	-	12
		Levantamento de informações	-	2
		Inalação	-	12
		Internação	-	1

		Curativo	-	1
	Exames	-	-	1
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	Pediatra	-	1
	Avaliação	Clínica	-	1
		Física	-	4
		Desenvolvimento	-	3
	Prevenção	Vacinação	-	5
		Triagem neonatal	-	1
	Orientações	Médicas	-	5
Observações	Acompanhamento	-	-	1
	Não consta	-	-	5
	Saúde	-	-	1
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	Informações	-	7
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	8
	Branco	-	-	2
	Não apresentava	-	-	2

Neste posto a média de idade ficou entre cinco e 20,3 meses; foram seis crianças do sexo feminino e seis crianças do sexo masculino; o número médio de consultas foi 9,16 para crianças de zero a 12 meses e 18,84 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,5 a 1,5 meses.

A prevalência na classe de resposta “Queixa” foi das incidências relacionadas à saúde; houve oito incidências na categoria “Sem queixa” e duas na “Informações sobre desenvolvimento”. Quanto ao “Diagnóstico” nove prontuários não continham nenhum tipo de registro e houve uma incidência na categoria “Desenvolvimento”.

Em relação à “Conduta médica” a maior incidência foi relacionada à saúde; houve quatro “Avaliações físicas” e três “Avaliações do desenvolvimento”. Quanto à classe de resposta “Observações” cinco prontuários não tinham nenhum tipo de observação registrada e oito prontuários continham o “Gráfico de crescimento” preenchido e não atualizado.

→ *Programa de Saúde da Família 5*

Os dados analisados presentes nos prontuários são de consultas realizadas anteriormente ao convite aos médicos para a participação da pesquisa, ou seja, consultas realizadas antes de 28/09/2009. Todas as consultas anteriores a essa data foram analisadas em cada prontuário.

Esta Unidade tinha uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira chefe, 1 técnica de enfermagem (contratada como auxiliar de enfermagem), 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 6 agentes comunitários, 1 recepcionista e 1 pessoa para serviços gerais. No momento da coleta de dados desta etapa, este Posto era responsável pelo atendimento de 567 famílias que, no total, representava 2044 pessoas.

De acordo com a enfermeira chefe, nesta Unidade, atualmente, existem o Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Atividade Física para os idosos, um grupo de orientação para gestantes e o Programa Viva Leite. Além disso, os atendimentos são, em sua grande maioria, realizados por demanda espontânea.

O Quadro 7 mostra as classes de resposta, as categorias e as subcategorias em que as informações dos prontuários foram analisadas.

QUADRO 7: Análise das informações dos prontuários da Unidade 5 na etapa 2 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	3,3	3
		Sete a 12 meses	10,3	3
		13 a 18 meses	15,3	3
		19 a 24 meses	21,3	3
	Sexo	Feminino	-	6
		Masculino	-	6
	Número de consultas	1 consulta	-	3
		2 consultas	-	3
		3 consultas	-	1
		5 consultas	-	1
		11 consultas	-	1
		12 consultas	-	1
		13 consultas	-	1
		20 consultas	-	1
Tempo médio entre as consultas		-	1 a 16	-
Queixa	Sem queixa	-	-	2
	Não consta	-	-	2
	Queixas de saúde	-	-	37
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-
	Outras informações	-	-	-
Diagnóstico	Não consta	-	-	10
	Testes	-	-	-
	Saúde	-	-	3
	Desenvolvimento	-	-	-
Conduta médica	Não consta	-	-	-
	Saúde	Medicação	-	7
		Levantamento de informações	-	2
	Inalação	-	-	5
	Exames	-	-	3
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para	Pediatra	-	-

	especialista			
	Avaliação	Clínica	-	-
		Física (puericultura)	-	5
		Desenvolvimento	-	3
	Prevenção	Vacinação	-	2
	Orientações	Médicas	-	2
		Visita domiciliar	-	5
	Acompanhamento	-	-	2
Observações	Não consta	-	-	9
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	Informações	-	3
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	6
	Branco	-	-	2
	Não apresentava	-	-	4

Neste posto a média de idade ficou entre 3,3 e 21,3 meses; seis prontuários eram do sexo feminino e seis do sexo masculino; o número médio de consultas foi 2,17 para crianças de zero a 12 meses e 10 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de um a 16 meses.

Em relação à “Queixa” a prevalência foi das queixas relacionadas à saúde e teve duas incidências na categoria “Sem queixa”.

Na classe de resposta “Diagnóstico” 10 prontuários não constavam nenhum tipo de registro. Quanto à “Conduta médica” foi possível observar uma maior incidência de condutas relacionadas à saúde; houve cinco incidências de “Avaliação física” e três de “Avaliações de desenvolvimento” de crianças.

Quanto às “Observações”, na categoria “Não consta” houve nove prontuários de crianças que não tinham nenhum tipo de registro. Por fim, na classe de resposta “Gráfico de crescimento” seis prontuários continham o gráfico preenchido e não atualizado e quatro não apresentavam o gráfico.

Em resumo, nesta etapa foram analisados 59 prontuários de crianças de zero a 24 meses, sendo 32 participantes do sexo feminino e 27 do sexo masculino e, no total, foram 518 consultas analisadas em todos do Programas de Saúde da Família. O tempo médio entre as consultas mais baixo foi 0,3 meses no Posto 3 e o mais alto foi 16 meses no Posto 5, ou seja, teve uma criança que foi consultada em um período menor do que um mês e teve uma criança que apresentou um espaço de 16 meses entre as consultas. É importante destacar que no Posto 4 o retorno das crianças é mais freqüente, uma vez que o tempo médio entre as consultas foi de 0,5 a 1,5 meses.

O número médio de consultas das crianças de zero a 12 meses variou entre 2,17 no Posto 5 e 9,16 no Posto 4 e para crianças de 13 a 24 meses variou entre 6,34 no Posto 1 e 18,84 no Posto 4. Neste momento é importante destacar que de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde o número de consultas para crianças de zero a 12 meses são nove (consultas mensais até seis meses e a cada dois meses até 12 meses) e para crianças de 13 a 24 meses são três (uma consulta a cada quatro meses), sendo no total 12 consultas para crianças até 24 meses. Dessa forma, as Unidades que mais se aproximaram dessa indicação foram a 3 e a 4 (8,67/13,67 e 9,16/18,84, respectivamente). Porém, mesmo apresentando o número ideal de consultas infantis (ou até mesmo um número superior), é preciso ter cautela na análise desses dados, pois não é possível dizer que há um acompanhamento integral da criança, em função de não existir um registro sistemático de

toda avaliação realizada durante a consulta médica. Além disso, pode ser um indício de um grande número de problemas de saúde, o que não deixa de ser um dado alarmante.

Em relação à classe de resposta “Queixa”, a prevalência em todos os Postos foi na categoria “Queixas de saúde”, como tosse, gripe, diarreia, febre, vômito, alergia na perna, entre outras. Além disso, no Posto 4 apareceram 2 incidências na categoria “Informações sobre desenvolvimento” que foram as informações que a criança tinha passado por uma consulta no Ambulatório de Genética e que tinha recebido alta da Fonoaudióloga. Vale ressaltar também que na categoria “Sem queixa” houve apenas 12 incidências, em 242 (4,9%) em todos os postos, ou seja, uma incidência muito baixa de consultas em que o responsável pela criança a levou para uma consulta de rotina ou sem nenhuma queixa específica. Aqui não foi possível detectar possíveis crianças que foram levadas às Unidades, a princípio, sem nenhuma queixa e no momento da consulta houve a identificação de algum problema existente.

Quanto à classe de resposta denominada “Diagnóstico”, houve uma incidência, em 34 (2,9%), na categoria “Desenvolvimento” com o diagnóstico de uma criança com Síndrome de Down no Posto 4 (a mãe informou ao médico que a geneticista tinha solicitado o cariótipo da banda G – Trissomia do 21). Na classe de resposta “Conduta médica” e categoria “Avaliação” foram inseridas, na área física, qualquer conduta médica referente à avaliação física da criança, inclusive o procedimento de puericultura que envolvia a avaliação física da criança e orientações para a mãe em relação à amamentação, alimentação e cuidados gerais em relação à saúde da criança. Dessa forma, a incidência do procedimento de puericultura (Avaliação do desenvolvimento físico) foi uma no Posto 1, sete no Posto 3 e três no Posto 5, ou seja, de 183 incidências, cinco (2,7%) foram de puericultura.

Ainda nesta classe de resposta, na área de desenvolvimento ocorreram três incidências no Posto 4 e três no Posto 5. No Posto 4, no prontuário da primeira criança estava o registro, dentro do procedimento puericultura, da avaliação dos *reflexos* aos 12 dias e com um mês; da segunda o de *senta com apoio* aos quatro meses e *senta sozinha* aos seis meses; e no prontuário da terceira criança estava o registro de *senta com apoio* aos quatro meses, *senta sem apoio* aos seis meses e *começou a engatinhar* com oito meses de idade. No Posto 5, no prontuário da primeira criança estava a avaliação dos *reflexos* aos nove dias; da segunda criança estava os reflexos com um e dois meses e *senta com apoio* aos quatro meses; e na terceira criança o registro de avaliação dos *reflexos* aos 26 dias e com dois meses, de *senta com apoio* aos três meses e aos cinco meses e *senta sem apoio* aos seis meses. É importante destacar que essas avaliações do desenvolvimento das crianças não foram realizadas pelos

médicos atuais de cada Posto, exceto a avaliação da primeira criança do Posto 5. Muitas consultas registradas nos prontuários foram realizadas por outros médicos e este fato pode ser em decorrência de uma rotatividade de profissionais nessas funções.

Na classe de resposta “Observação” e categoria “Desenvolvimento” houve uma incidência no Posto 1 com o registro de *criança ativa, brincando*. Por fim, a última classe de resposta “Gráfico de Crescimento” indicava a presença ou não desse instrumento denominado “Gráfico para Acompanhamento do Crescimento SISVAM”, disponibilizado pela secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Dos 59 prontuários analisados nesta etapa um (1,7%) estava preenchido e atualizado na idade da criança, 28 (47,4%) estavam preenchidos e não atualizados, sete (11,9%) estavam em branco e 23 (39%) prontuários não continham esse material.

Dessa forma, vale ressaltar que, de acordo com as anotações nos prontuários, a conduta médica é baseada na queixa relatada pelo responsável da criança; há uma “rotatividade” dos médicos, uma vez que muitas consultas registradas nos prontuários não eram realizadas pelo médico responsável pelo Posto; os prontuários não possuem o mesmo padrão de registro; há poucas avaliações do desenvolvimento das crianças e não há nas Unidades um Programa específico que trabalhe com a avaliação do desenvolvimento infantil.

3ª Etapa

Vale ressaltar que nesta etapa as categorias ‘Número de consultas’ e ‘Tempo médio entre as consultas’ têm todas as informações registradas em cada prontuário. E a categoria ‘Número de consultas nesta etapa’ e as classes de resposta “Queixa”, “Diagnóstico”, “Condutas médica” e “Observações” contêm as informações somente do período posterior à apresentação dos objetivos da pesquisa para o médico. É importante destacar também que em todas as consultas eram aferidos o peso e o tamanho das crianças pelos profissionais de enfermagem.

→ *Programa de Saúde da Família 1*

Nesta etapa foram analisados 12 prontuários, sendo que sete foram analisados também na etapa anterior. O Quadro 8 mostra a descrição dos dados coletados nesta etapa.

QUADRO 8: Análise das informações dos prontuários da Unidade 1 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	4,3	3	
		Sete a 12 meses	9,6	3	
		13 a 18 meses	16,3	3	
		19 a 24 meses	21,6	3	
	Sexo	Feminino	-	7	
		Masculino	-	5	
	Número de consultas (total)	2 consultas	-	2	
		3 consultas	-	1	
		4 consultas	-	1	
		6 consultas	-	3	
		8 consultas	-	1	
		9 consultas	-	2	
		10 consultas	-	1	
		12 consultas	-	1	
		Número de consultas nesta etapa	1 consulta	-	3
			2 consultas	-	3
	3 consultas		-	2	
4 consultas	-		1		
6 consultas	-		1		
Queixa	Tempo médio entre as consultas	-	0,3 a 10,5	-	
	Sem queixa	-	-	-	
	Não consta	-	-	2	
	Queixas de saúde	-	-	27	
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-	
	Outras informações	-	-	-	
	Diagnóstico	Não consta	-	-	9
		Testes	Teste do pezinho normal	-	2
		Saúde	-	-	1
Conduta médica	Desenvolvimento	-	-	-	
	Não consta	-	-	1	
	Saúde	Medicação	-	10	
		Levantamento de informações	-	19	

	Exames	-	-	3
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	-	-	-
	Avaliação	Clínica	-	7
		Física	-	-
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	Vacinação	-	2
	Orientações	Médicas	-	1
Observações	Acompanhamento	-	-	1
	Não consta	-	-	11
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	Criança atenta	-	1
	Gerais	-	-	-
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	7
	Branco	-	-	-
	Não apresentava	-	-	5

Neste posto, a média de idade das crianças ficou entre 4,3 e 21,6 meses; sete crianças eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino; o número médio de consultas foi 5,67 para crianças de zero a 12 meses e 7,17 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,3 a 10,5 meses.

Em relação à “Queixa” todas foram relacionadas à saúde; quanto ao “Diagnóstico” em nove prontuários não havia nenhum tipo de registro médico e quanto à “Conduta médica” a maioria das incidências estava relacionada à saúde.

Na classe de resposta “Observações” houve um registro relacionado ao desenvolvimento da criança (criança atenta) e em relação ao “Gráfico de crescimento”, sete prontuários apresentavam o gráfico preenchido e não atualizado e cinco não o apresentavam.

→ *Programa de Saúde da Família 2*

Nesta etapa foram analisados 12 prontuários, sendo que seis foram analisados também na etapa anterior. O Quadro 9 mostra a descrição dos dados coletados nesta etapa.

QUADRO 9: Análise das informações dos prontuários da Unidade 2 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	5	3	
		Sete a 12 meses	10,3	3	
		13 a 18 meses	16,2	3	
		19 a 24 meses	19,3	3	
	Sexo	Feminino	-	7	
		Masculino	-	5	
	Número de consultas (total)	1 consulta	-	1	
		4 consultas	-	2	
		5 consultas	-	1	
		11 consultas	-	1	
		12 consultas	-	2	
		13 consultas	-	1	
		18 consultas	-	1	
		19 consultas	-	1	
		21 consultas	-	1	
		35 consultas	-	1	
		Número de consultas nesta etapa	1 consulta	-	5
			2 consultas	-	4
			3 consultas	-	2
	4 consultas		-	1	
Queixa	Tempo médio entre as consultas	-	0,8 a 5	-	
	Sem queixa	-	-	1	
	Não consta	-	-	-	
	Queixas de saúde	-	-	26	
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-	
	Outras informações	-	-	-	
	Diagnóstico	Não consta	-	-	9
		Testes	Teste do pezinho normal	-	1
		Saúde	-	-	4
Conduta médica	Desenvolvimento	-	-	-	
	Não consta	-	-	-	
	Saúde	Medicação	-	11	

	Exames	-	-	4
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	Ortopedista	-	2
	Avaliação	Clínica	-	9
		Física	-	-
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	-	-	-
	Orientações	-	-	-
Observações	Acompanhamento	-	-	-
	Não consta	-	-	12
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	-	-	-
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	4
	Branco	-	-	4
	Não apresentava	-	-	4

Neste posto, a média de idade das crianças ficou entre cinco e 19,3 meses; foram cinco prontuários do sexo masculino e sete do sexo feminino; o número médio de consultas foi 4,5 para crianças de zero a 12 meses e 9,67 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas variou entre 0,8 a cinco meses.

Na classe de resposta “Queixa” apareceram somente às relacionadas à saúde e na “Diagnóstico” a maioria dos prontuários não apresentava qualquer registro. Em relação à “Conduta médica” pode-se observar uma ênfase das incidências relacionadas à saúde e na avaliação clínica das crianças.

Quanto à “Observações”, em todos os prontuários não constavam nenhum tipo registro e na classe de resposta “Gráfico de crescimento” somente a categoria “Preenchido e atualizado” não teve nenhum prontuário.

→ *Programa de Saúde da Família 3*

Nesta etapa foram analisados 12 prontuários, porém na segunda faixa etária (sete a 12 meses) foram analisados somente dois em função de não ter outro que atendesse o critério (criança ter sido consultada após a data estipulada). E na terceira faixa etária (13 a 18 meses) optou-se por analisar quatro prontuários em função destes terem sido analisados na etapa anterior. Além disso, 10 destes 12 prontuários foram analisados também na etapa anterior.

O Quadro 10 mostra a descrição dos dados coletados nesta etapa.

QUADRO 10: Análise das informações dos prontuários da Unidade 3 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	5	3
		Sete a 12 meses	10,3	2
		13 a 18 meses	16,2	4
		19 a 24 meses	22	3
	Sexo	Feminino	-	7
		Masculino	-	5
	Número de consultas (total)	1 consulta	-	1
		4 consultas	-	2
		5 consultas	-	1
		11 consultas	-	1
		12 consultas	-	2
		13 consultas	-	1
		18 consultas	-	1
		19 consultas	-	1
		21 consultas	-	1
		35 consultas	-	1
		Número de consultas nesta etapa	1 consulta	-
	2 consultas		-	4
	3 consultas		-	2
	4 consultas		-	1
Tempo médio entre as consultas	-	0,3 a 12	-	
Queixa	Sem queixa	-	-	
	Não consta	-	-	
	Queixas de saúde	-	30	
	Queixas de desenvolvimento	-	-	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	
	Outras informações	-	2	
Diagnóstico	Não consta	-	7	
	Testes	-	-	
	Saúde	-	6	
Conduta médica	Desenvolvimento	-	-	
	Não consta	-	-	
	Saúde	Medicação	-	14

		Levantamento de informações	-	3
		Inalação	-	1
		Drenagem	-	1
	Exames	-	-	2
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	Pediatra	-	1
		Oftalmologista		1
	Avaliação	Clínica	-	12
		Física	-	-
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	-	-	-
	Orientações	-	-	-
	Acompanhamento	-	-	2
Observações	Não consta	-	-	12
	Saúde	-	-	-
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	-	-	-
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	2
	Branco	-	-	-
	Não apresentava	-	-	10

Neste posto a média de idade das crianças ficou entre cinco e 22 meses; foram sete crianças do sexo feminino e cinco do sexo masculino; o número médio de consultas foi 5 para crianças de zero a 12 meses e 18,57 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,3 a 12 meses.

Em relação à “Queixa” todas as queixas registradas nos prontuários estavam relacionadas à saúde. Na classe de resposta “Diagnóstico” a incidência foi na categoria “Saúde” e em sete prontuários não constava nenhum tipo de diagnóstico. Quanto à “Conduta médica” foi possível observar a maior incidência de condutas relacionadas à saúde.

Quanto às “Observações”, todos os prontuários não apresentavam nenhum tipo de observação. Por fim, a maioria dos prontuários não apresentava o “Gráfico de crescimento”.

→ *Programa de Saúde da Família 4*

Nesta etapa foram analisados 13 prontuários, pois na faixa etária de sete a 12 meses foram incluídos quatro prontuários que foram analisados na etapa anterior e agora pertencem a mesma faixa etária. No total foram oito prontuários analisados novamente. O Quadro 11 mostra a descrição dos dados coletados nesta etapa.

QUADRO 11: Análise das informações dos prontuários da Unidade 4 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	2,3	3	
		Sete a 12 meses	8,7	4	
		13 a 18 meses	15,3	3	
		19 a 24 meses	23,3	3	
	Sexo	Feminino	-	6	
		Masculino	-	7	
	Número de consultas (total)	2 consultas	-	2	
		5 consultas	-	1	
		7 consultas	-	1	
		8 consultas	-	1	
		9 consultas	-	1	
		10 consultas	-	1	
		11 consultas	-	2	
		14 consultas	-	1	
		16 consultas	-	1	
		20 consultas	-	1	
		29 consultas	-	1	
		Número de consultas nesta etapa	1 consulta	-	1
			2 consultas	-	6
	3 consultas		-	4	
4 consultas	-		2		
Queixa	Tempo médio entre as consultas	-	0,5 a 2,6	-	
	Sem queixa	-	-	8	
	Não consta	-	-	1	
	Queixas de saúde	-	-	34	
	Queixas de desenvolvimento	-	-	-	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-	-	
	Outras informações	-	-	-	
	Não consta	-	-	7	
Diagnóstico	Testes	Teste do pezinho normal	-	1	
		Apagar 10/10	-	1	
		Cariótipo	-	1	
	Saúde	-	-	4	

Conduta médica	Desenvolvimento	Trissomia do 21	-	1
	Não consta	-	-	-
	Saúde	Medicação	-	11
		Levantamento de informações	-	15
		Inalação	-	4
	Exames	-	-	7
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	-	-	-
	Avaliação	Clínica	-	6
		Física	-	1
		Desenvolvimento	-	1
		Vacinação	-	4
	Observações	Prevenção	-	-
Orientações		-	-	-
Acompanhamento		-	-	2
Não consta		-	-	6
Saúde		-	-	1
Desenvolvimento		-	-	-
Gráfico de crescimento	Gerais	Informações	-	6
		Não seguimento de recomendação médica	-	1
	Preenchido e atualizado	-	-	1
	Preenchido e não atualizado	-	-	7
	Branco	-	-	3
	Não apresentava	-	2	

Neste posto a média de idade ficou entre 2,3 e 23,3 meses; foram seis crianças do sexo feminino e sete crianças do sexo masculino; o número médio de consultas foi 7 para crianças de zero a 12 meses e 15,84 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,5 a 2,6 meses.

A prevalência na classe de resposta “Queixa” foi nas relacionadas à saúde e houve oito incidências na categoria “Sem queixa”. Quanto ao “Diagnóstico” sete prontuários não continham nenhum tipo de registro e houve uma incidência na categoria “Desenvolvimento” (essa incidência é a mesma da etapa anterior).

Em relação à “Conduta médica” a maior incidência foi relacionada à saúde, houve uma incidência em “Avaliação física” e uma incidência em “Avaliação do desenvolvimento”. Quanto à classe de resposta “Observações” seis incidências foram na categoria “Gerais” e a maioria dos prontuários continham o “Gráfico de crescimento” preenchido e não atualizado.

→ *Programa de Saúde da Família 5*

Nesta etapa foram analisados 12 prontuários, sendo que cinco foram analisados também na etapa anterior. O Quadro 12 mostra a descrição dos dados coletados nesta etapa.

QUADRO 12: Análise das informações dos prontuários da Unidade 5 na etapa 3 de acordo com as classes de resposta, categorias e subcategorias descritas.

CLASSES DE RESPOSTA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	MÉDIA (meses)	CRIANÇAS/PRONTUÁRIOS/INCIDÊNCIAS	
Caracterização das crianças	Média de idade por faixa etária	Zero a seis meses	3,6	3	
		Sete a 12 meses	10,6	3	
		13 a 18 meses	17	3	
		19 a 24 meses	20,3	3	
	Sexo	Feminino	-	5	
		Masculino	-	7	
	Número de consultas (total)	2 consultas	-	4	
		3 consultas	-	1	
		4 consultas	-	2	
		5 consultas	-	1	
		6 consultas	-	1	
		13 consultas	-	1	
		15 consultas	-	1	
		20 consultas	-	1	
		Número de consultas nesta etapa	1 consulta	-	5
			2 consultas	-	5
	4 consultas		-	2	
	Tempo médio entre as consultas	-	0,6 a 9,5	-	
Queixa	Sem queixa	-	-		
	Não consta	-	3		
	Queixas de saúde	-	20		
	<i>Queixas de desenvolvimento</i>	<i>Preocupação com o novo dente</i>	-	1	
	Informações sobre desenvolvimento	-	-		
	Outras informações	-	1		
	Não consta	-	2		
Diagnóstico	Testes	Teste do pezinho normal	-	3	
	Saúde	-	-	11	
	Desenvolvimento	-	-	-	
Conduta médica	Não consta	-	-	1	
	Saúde	Medicação	-	7	
		Levantamento de informações	-	3	
		Inalação	-	2	

	Exames	-	-	4
	Cirurgia médica	-	-	-
	Encaminhamento para especialista	Pediatra	-	3
	Avaliação	Clínica	-	11
		Física	-	1
		Desenvolvimento	-	-
	Prevenção	-	-	-
	Orientações	Médicas	-	3
	Acompanhamento	-	-	5
Observações	Não consta	-	-	11
	Saúde	-	-	3
	Desenvolvimento	-	-	-
	Gerais	Informações	-	1
Gráfico de crescimento	Preenchido e atualizado	-	-	-
	Preenchido e não atualizado	-	-	4
	Branco	-	-	5
	Não apresentava	-	-	3

Neste posto a média de idade ficou entre 3,6 e 20,3 meses; cinco prontuários eram do sexo feminino e sete do sexo masculino; o número médio de consultas foi 5,17 para crianças de zero a 12 meses e 7,84 para crianças de 13 a 24 meses; e o tempo médio entre as consultas foi de 0,6 a nove meses.

Em relação à “Queixa” a prevalência foi nas queixas relacionadas à saúde e teve uma incidência na categoria “Queixas de desenvolvimento”.

Na classe de resposta “Diagnóstico” dois prontuários não constavam nenhum tipo de registro e a maioria das incidências foram relacionadas à saúde. Quanto à “Conduta médica” foi possível observar uma maior incidência de condutas relacionadas à saúde.

Quanto às “Observações”, na categoria “Não consta” houve 11 prontuários de crianças que não tinham nenhum tipo de registro. Por fim, na classe de resposta “Gráfico de crescimento” cinco prontuários continham o gráfico em branco, quatro continham o gráfico preenchido e não atualizado e três não apresentavam o gráfico.

Em resumo, nesta etapa foram analisados 61 prontuários de crianças de zero a 24 meses, sendo 32 participantes do sexo feminino e 29 do sexo masculino e, no total, foram 127 consultas analisadas nesta etapa em todos do Programas de Saúde da Família. O tempo médio entre as consultas mais baixo foi 0,3 meses no Posto 1 e 3 e o mais alto foi 12 meses no Posto 3, ou seja, tiveram duas crianças que foram consultadas em um período menor do que um mês, em média, e teve uma criança que apresentou um espaço médio de 12 meses entre as consultas. É importante destacar que no Posto 4 o retorno das crianças é mais freqüente, uma vez que o tempo médio de entre as consultas foi de 0,5 a 2,6 meses nesta etapa, condição que se repetiu na etapa anterior.

O número médio de consultas das crianças de zero a 12 meses variou entre 4,5 no Posto 2 e 7 no Posto 4 e para crianças de 13 a 24 meses variou entre 7,17 no Posto 1 e 18,57 no Posto 3. Dessa forma, as Unidades que mais se aproximaram da recomendação do Ministério da Saúde foram a 4 para crianças de zero a 12 meses (7) e as 3 e 4 para crianças de 13 a 24 meses (18,57 e 15,84, respectivamente). Da mesma forma que na etapa anterior, é preciso ter cautela na análise desses dados em função dos reais motivos para as consultas.

Do total de prontuários, 36 foram analisados nas etapas 2 e 3 sendo que o posto com maior repetição foi o 3 com 10 prontuários e com menor foi o 5 com cinco prontuários.

Em relação à classe de resposta “Queixa”, a prevalência em todos os Postos foi na categoria “Queixas de saúde”, como coriza, resfriado, cólica, alteração no sono, choro, dificuldade para respirar, entre outras. Além disso, a categoria “Queixas de desenvolvimento” teve uma incidência no Posto 5 com a queixa de *preocupação com o novo dente*. Vale ressaltar também que na categoria “Sem queixa” houve apenas nove incidências, em 150 (6%), em todos os postos nesta etapa, ou seja, uma incidência muito baixa de consultas em que o responsável pela criança a levou para uma consulta de rotina ou sem nenhuma queixa específica. Aqui também não foi possível detectar possíveis crianças que foram levadas às Unidades, a princípio, sem nenhuma queixa e no momento da consulta houve a identificação de algum problema existente.

Quanto à classe de resposta “Diagnóstico”, houve uma incidência, em 35 (2,8%), na categoria “Desenvolvimento” com o diagnóstico de uma criança com Síndrome de Down no Posto 4. Vale ressaltar que essa criança é a mesma que teve seu prontuário analisado na etapa anterior.

Na classe de resposta “Conduta médica” e categoria “Avaliação” foram inseridas na área física, como dito anteriormente, qualquer conduta médica referente à avaliação física da criança, inclusive o procedimento de puericultura que envolvia a avaliação física da criança e orientações para a mãe em relação à amamentação, alimentação e cuidados gerais em relação à saúde da criança. Dessa forma, não foi registrada nenhuma incidência do procedimento de puericultura nos Postos e no Posto 5 houve uma incidência de avaliação física da criança quanto ao seu tamanho. Quanto à avaliação do desenvolvimento teve uma incidência em que havia anotação de uma avaliação médica do cariótipo da criança, aparentemente trazida pela mãe, mas não solicitada pelo médico e sim por uma geneticista.

Na classe de resposta “Observação” e categoria “Desenvolvimento” houve uma incidência no Posto 1 com o registro de *criança atenta*.

Por fim, a última classe de resposta “Gráfico de Crescimento” indicava a presença ou não desse instrumento denominado “Gráfico para Acompanhamento do Crescimento SISVAM”, disponibilizado pela secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Dos 61 prontuários analisados nesta etapa um (1,7%) estava preenchido e atualizado na idade da criança, 24 (39,3%) estavam preenchidos e não atualizados, 12 (19,7%) estavam em branco e 24 (39,3%) prontuários não continham esse material.

Dessa forma, de acordo com o objetivo proposto para esta etapa (verificar se a natureza das anotações nos prontuários médicos muda após os médicos terem o conhecimento dos objetivos desta pesquisa) pode-se dizer que o padrão de anotações dos médicos continuou o mesmo da etapa anterior; a apresentação da pesquisa não influenciou a conduta médica nos atendimentos das crianças. Parece evidente que sua conduta é baseada nas queixas de saúde e, além disso, as poucas anotações diferentes da queixa de saúde dizem pouco sobre possíveis orientações e encaminhamentos realizados.

4ª Etapa

A descrição dos resultados desta etapa está dividida em três partes: caracterização das famílias participantes de cada Programa de Saúde da Família; descrição dos resultados obtidos nas avaliações do desenvolvimento realizadas a partir do relato do responsável pela criança; e análise das informações contidas nos prontuários das crianças.

A) Caracterização das famílias participantes de cada Programa de Saúde da Família.

Nesta etapa foram caracterizadas as 60 famílias dos participantes em cada Unidade quanto a idade, a escolaridade, a profissão dos pais das crianças, bem como o número de filhos da mãe, o número de pessoas que vivem na mesma casa e se a gravidez da criança em questão tinha sido planejada e se tinha realizado o seu pré-natal.

De acordo com o Quadro 13, pode-se dizer que a idade média dos pais na Unidade 5 foi a mais baixa. Quanto à profissão mais comum houve uma predominância de dona de casa para as mães e de trabalhador rural para os pais. Porém, o número de mães que eram donas de casa pode ser explicado em função de a amostra ser de conveniência, ou seja, como a amostra foi escolhida pelos profissionais das Unidades (a enfermeira-chefe de cada Unidade optou pela visita domiciliar em função da dificuldade em realizar a entrevista na própria Unidade em função da não previsibilidade da presença dos responsáveis pelas crianças de zero a 24 meses), é plausível explicar esse alto número devido ao procedimento determinado por esses profissionais para a coleta de dados que foi a entrevista domiciliar.

QUADRO 13: Caracterização das famílias de cada Programa de Saúde da Família.

	PSF1	PSF2	PSF 3	PSF4	PSF5
Idade média mãe (anos)	25	27	27	26	23
Idade média pai (anos)	28	29	31	29	27
Escolaridade mãe	Ensino Médio completo (4)	Ensino Médio completo (5)	Ensino Médio completo (5)	Ensino Médio completo (7)	Ensino Médio completo (7)
Escolaridade pai	Ensino Médio completo (6)	Ensino Médio completo (3)	Ensino Fundamental ciclo I completo (3)	Ensino Médio completo (6)	Ensino Médio completo (8)
Profissão mãe	Dona de casa (8)	Dona de casa (10)	Dona de casa (11)	Dona de casa (9)	Dona de casa (5)
Profissão pai	Trabalhador rural (6)	Trabalhador rural (3)	Tratorista (5)	Trabalhador rural (3)	Trabalhador rural (3)
Número de filhos	1,58	1,92	1,75	2,08	1,92
Número de pessoas na casa	4,67	5,08	3,83	4,17	4,67
Gravidez Pré-natal	Planejada (12) Sim (12)	Planejada (6) Sim (12)	Planejada (8) Sim (12)	Planejada (4) Sim (10)	Planejada (4) Sim (12)

Em relação aos dados obtidos, foi possível notar que quase 50% da amostra (46,67% para as mulheres e 41,67% para os homens) tinham completado o ensino médio e, com exceção do PSF3, a profissão mais citada para os homens em cada Unidade foi a de trabalhador rural, ou seja, um tipo de trabalho que não exige tal formação. Porém, neste caso é importante considerar as oportunidades de trabalho que o município oferece para a população. Atualmente, a cidade conta com três indústrias, sendo uma têxtil, uma de moagem e torrefação de café e uma que produz caldeiras para usinas. A primeira trabalha com 80 funcionários (considerando sua capacidade máxima) e as outras duas, em função de possuírem uma produção automatizada, empregam, no máximo, de 10 a 15 funcionários. Além disso, a indústria de caldeiras necessita de mão-de-obra especializada e, em função de ser uma filial, traz profissional especializado de fora. Vale destacar também que o município tem como característica a produção agrícola.

Considerando que a taxa de fecundidade média das brasileiras é 1,94 (IBGE, 2011), foi possível dizer que o número médio de filhos nas Unidades 1 e 3 ficaram abaixo da

média (1,58 e 1,75, respectivamente), nas Unidades 2 e 5 ficaram na média (1,92) e na Unidade 4 ficou acima da média (2,08).

Quanto ao número de pessoas que vivem na mesma casa, pôde-se concluir que nas Unidades 2, 3 e 4 existem agregados nas famílias, estas não eram somente nucleares.

Em relação às gestações das crianças, apenas duas participantes, do total de 60, relataram não terem feito o acompanhamento do pré-natal de uma forma completa apesar de 43,34% responderem que a gravidez não tinha sido planejada.

B) Resultado da avaliação do desenvolvimento infantil de acordo com a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (BRASIL, 2002).

No Quadro 14 foram descritos e analisados os resultados obtidos da avaliação do desenvolvimento de 60 crianças a partir do relato de seus pais via entrevista. Vale ressaltar que durante as entrevistas foram possíveis realizar observações assistemáticas pela pesquisadora de determinados itens que a situação natural permitiu, em todas as oportunidades nas quais as crianças estavam presentes. Pode-se notar que o relato do responsável era convergente com o desempenho da criança, como por exemplo, uma criança de 18 meses ainda se arrastava no chão para poder se locomover e sua mãe disse que sua filha ainda não andava. Os responsáveis pelas crianças foram, em sua grande maioria, receptivos com a pesquisadora e foi possível perceber que, de um modo geral, eles compreendiam o que estava sendo perguntado, que a linguagem foi clara. Além disso, eles identificaram quando a criança não apresentava um desempenho esperado para a sua idade (por exemplo, não arrastar-se ou engatinhar), porém não era visto como um problema. Vale lembrar que a folha de resposta utilizada na aplicação do instrumento foi modificada visualmente para que não pudessem identificar o desempenho da criança segundo a faixa etária. Tal cuidado foi tomado para que não houvesse algum tipo de questionamento quanto a conduta do médico (o instrumento poderia indicar um desempenho da criança aquém do esperado para a sua idade e o médico poderia não ter se atentado a um possível atraso no desenvolvimento desta criança); e para de evitar um viés de resposta dos responsáveis.

Além disso, foi realizada uma relação da classificação sócio-econômica e escolaridade do responsável com o desempenho obtido pela criança.

QUADRO 14: Descrição do desempenho das crianças, classificação econômica e escolaridade dos responsáveis dos participantes de todas as Unidades.

Criança	Idade (meses)	Escala de Avaliação do Desenvolvimento			Critério Brasil	Escolaridade do Responsável
		Orientação ²	Área	Item		
EBO	1	A	-	-	Classe D	Primário completo
MTS	1	B	Maturativo	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual (1 a 4 meses)	Classe C2	2º grau completo
CEBL	1	A	-	-	Classe C2	1º grau incompleto
GVJR	2	A	-	-	Classe B2	Superior completo
JOC	2	B	Psíquico	Começa a diferenciar dia/noite (2 a 4 meses)	Classe D	1º grau incompleto
ACL	3	B	Psíquico	Começa a diferenciar dia/noite (2 a 4 meses)	Classe C2	2º grau completo
				Conta com a ajuda de outra pessoa, mas não fica passiva (3 a 6 meses)		
JLR	3	A	-	-	* ³	1º grau incompleto
ALSA	3	A	-	-	Classe C2	2º grau completo
ROL	3	B	Maturativo	Postura: passa da posição lateral para linha média (2 a 5 meses)	Classe B2	2º grau incompleto

² A: Presença das respostas esperadas para a idade: a criança está se desenvolvendo bem e o profissional de saúde deve seguir o calendário de consulta;

B: Falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade: antecipar a consulta seguinte; investigar a situação ambiental da criança, relação com a mãe, oferta de estímulos. Sugere-se orientar a mãe para brincar e conversar com a criança durante os cuidados diários;

C: Persistência do atraso por mais de duas consultas (ou ausência do “marco” no último quadro sombreado): se verificado, encaminhar a criança para referência ou serviço de maior complexidade.

³ O responsável não soube dizer o grau de instrução do chefe da família.

PRCS (P ⁴)	4 (IC ⁵ : 2m)	A	-	-	Classe D	Primário completo
MEPD	4	B	Maturativo	Rola da posição supina para prona (4 a 7 meses)	Classe C2	2º grau completo
AAC	5	B	Maturativo	Senta-se sem apoio (5 a 10 meses)	*	1º grau completo
EIAM	6	B	Psíquico	Imita pequenos gestos ou brincadeiras (6 a 12 meses)	Classe D	1º grau completo
ABSS	6	B	Maturativo	Arrasta-se ou engatinha (6 a 13 meses)	Classe C2	2º grau completo
LRA	6	B	Maturativo	Rola da posição supina para prona (4 a 7 meses)	Classe C1	2º grau completo
				Arrasta-se ou engatinha (6 a 12 meses)		
			Psíquico	Imita pequenos gestos ou brincadeiras (6 a 12 meses)		
TSS	7	B	Maturativo	Arrasta-se ou engatinha (6 a 13 meses)	Classe C2	1º grau incompleto
POS (P)	7 (IC: 6m)	B	Maturativo	Senta-se sem apoio (5 a 10 meses)	Classe B2	2º grau completo
SMN (P)	7 (IC: 5m15d)	B	Maturativo	Senta-se sem apoio (5 a 10 meses)	Classe B2	2º grau completo
				Arrasta-se ou engatinha (6 a 13 meses)		
		C		Rola da posição supina para prona (4 a 7 meses)		
LPC	8	A	-	-	Classe C2	2º grau completo
GCS	8	A	-	-	Classe C2	1º grau completo
AVS	8	A	-	-	Classe C2	2º grau incompleto
SVMA	8	A	-	-	Classe C1	2º grau completo

⁴ Criança prematura

⁵ IC: idade corrigida

TBC (P)	10 (IC: 7m)	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe D	1º grau incompleto
LNM	10	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe C1	2º grau completo
LEA	11	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe D	2º grau completo
KRS (P)	11 (IC: 10m)	B	Maturativo	Arrasta-se ou engatinha (6 a 13 meses)	Classe C2	2º grau completo
IEGA	11	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe C1	2º grau completo
AAS	12	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe B2	2º grau completo
KSS	12	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe D	1º grau incompleto
LGG	12 (IC: 9m)	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	*	1º grau completo
		C	Social	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos (6 a 11 meses)		
GHSS	13	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C2	1º grau completo
RBM (P)	14 (IC: 12m8d)	B	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)	Classe D	2º grau completo
			Psicomotor	Corre e/ou sobe degraus baixos (14 meses a 2 anos)		
CVAO	14	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C1	2º grau incompleto
LVSGF	15	A	-	-	Classe B2	1º grau incompleto
THMM	15	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C2	2º grau completo
AAS	16	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C1	2º grau completo
MCSA	16	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C1	2º grau completo

BRS	16	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C1	1º grau completo
ILSF	17	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe D	2º grau completo
KVA	17	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe D	1º grau incompleto
VGFC	18	A	-	-	Classe C2	2º grau incompleto
LTS	18	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe C1	Primário incompleto
		C	Psicomotor Maturativo	Corre e/ou sobe degraus baixos (14 meses a 2 anos) Anda sozinha, raramente cai (10 a 15 meses)		
TMAV	18	A	-	-	Classe D	2º grau completo
SANU (P)	18 (IC: 15m)	A	-	-	Classe C2	2º grau completo
DENU (P)	18 (IC: 15m)	A	-	-	Classe C2	2º grau completo
VHR	19	A	-	-	Classe E	2º grau incompleto
AASA	19	A	-	-	Classe C2	2º grau incompleto
ESS	19	A	-	-	Classe C2	Primário incompleto
RRF	19	A	-	-	Classe B2	2º grau completo
ACVC	21	B	Psíquico	Usa frases (21 meses a 4 anos)	Classe C2	1º grau incompleto
ACSS	21	B	Social	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente (21 meses a 3 anos)	Classe C1	2º grau completo
				Usa frases (21 meses a 4 anos)		
MABL	21	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	Classe D	1º grau incompleto

			Psicomotor	Usa frases (21 meses a 4 anos)		
			Maturativo	Corre e/ou sobe degraus baixos (14 meses a 2 anos)		
				Veste-se com auxílio (21 meses a 4 anos)		
MAN	21	A	-	-	Classe B2	2º grau completo
EOOM	22	B	Social	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente (21 meses a 3 anos)	Classe C2	2º grau completo
ABL	22	B	Social	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente (21 meses a 3 anos)	Classe B2	2º grau completo
EDSA	22	A	-	-	Classe C1	2º grau completo
AAS	22	B	Social	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente (21 meses a 3 anos)	Classe D	2º grau completo
HBS	22	B	Social	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente (21 meses a 3 anos)	Classe D	2º grau incompleto
MJPN	23	B	Social	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras (13 meses a 2 anos)	*	Primário completo
			Psíquico	Usa frases (21 meses a 4 anos)		
				Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu (21 meses a 3 anos)		
MTA (P)	23 (IC: 21m)	A	-	-	Classe C2	1º grau completo

Em todas as Unidades foram identificadas 38 crianças (63,34%), no total de 60, que falharam em alcançar algum marco do desenvolvimento para a sua idade (sendo seis na Unidade 1; oito na Unidade 2; sete na Unidade 3; 10 na Unidade 4; e sete na Unidade 5). Houve um equilíbrio na distribuição dessas crianças nas faixas etárias desse estudo, sendo nove na faixa de zero a seis meses, 11 na de sete a 12 meses, 10 na de 13 a 18 meses e oito na de 19 a 24 meses. Conforme o calendário de consultas para a assistência à saúde da criança indicado pelo Ministério da Saúde, o número de consultas diminui de frequência com o passar dos anos da criança. Ou seja, recém-nascidos de até 15 dias passam por uma consulta com a enfermagem e com um mês com o médico, do primeiro mês até os seis meses é uma consulta mensal, de sete a 12 meses uma consulta a cada dois meses, de um até dois anos uma consulta a cada quatro meses e de dois até cinco anos uma consulta a cada seis meses. Assim, de uma forma geral, é preocupante o fato de que o acompanhamento médico tende diminuir com o avanço da idade da criança, enquanto que o aparecimento de “problemas” no desenvolvimento infantil não diminui, com base nos dados obtidos.

De acordo com o material utilizado, estas crianças teriam que ter um acompanhamento mais sistemático dos profissionais e seus responsáveis deveriam ser orientados quanto à estimulação necessária a ser realizada com suas crianças. Além disso, três crianças (LTS da Unidade 3; LGG da Unidade 4; SMN da Unidade 5) deveriam ser encaminhadas para um centro de atendimento especializado, uma vez que não apresentaram o marco do desenvolvimento no último mês esperado para este. Importante ressaltar que dessas 38 crianças que apresentaram alguma falha em seu desempenho, seis eram prematuras (TBC e RPM do Posto 1; POS e LGG do Posto 4; SMN e KRS do Posto 5) (Quadro 15).

QUADRO 15: Desempenho das crianças prematuras com a idade corrigida.

Criança/Unidade	Idade cronológica (meses)	Idade corrigida (meses)	Escala de Avaliação do Desenvolvimento		Desempenho
			Área	Item	
TBC (PSF1)	10	7	Maturativo	Senta-se sem apoio ⁶	DN ⁷
RBM (PSF1)	14	12m8d	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai ⁸	Desenvolvimento não normal
PRCS (PSF3)	4	2	-	-	DN
POS (PSF4)	7	6	Maturativo	Senta-se sem apoio	Desenvolvimento não normal
LGG (PSF4)	12	9	Maturativo	Anda sozinha, raramente cai	DN
SMN (PSF5)	7	5m5d	Maturativo	Senta-se sem apoio	Desenvolvimento não normal
				Arrasta-se ou engatinha ⁹	DN
				Rola da posição supina para prona ¹⁰	Desenvolvimento não normal
KRS (PSF5)	11	10	Maturativo	Arrasta-se ou engatinha	Desenvolvimento não normal
				Anda sozinha, raramente cai	Desenvolvimento não normal
SANU (PSF5)	18	15	-	-	DN
DENU (PSF5)	18	15	-	-	DN
MTA (PSF5)	23	21	-	-	DN

⁶ Senta-se sem apoio: 5 a 10 meses.

⁷ DN: desenvolvimento normal

⁸ Anda sozinha, raramente cai: 10 a 15 meses.

⁹ Arrasta-se ou engatinha: 6 a 13 meses.

¹⁰ Rola da posição supina para prona: 4 a 7 meses.

Desta forma, calculando suas idades corrigidas, somente a criança TBC do Posto 1 deixaria de apresentar alguma falha em um marco do desenvolvimento, ainda assim, cinco crianças precisariam de um acompanhamento do seu desenvolvimento mais sistemático e detalhado dos profissionais das Unidades. Vale destacar que o instrumento não indica a necessidade em considerar a idade corrigida da criança na sua aplicação. Porém, o fato dessas crianças serem prematuras implica em uma atenção maior, uma vez que apresentam maior probabilidade em terem algum atraso em seu desenvolvimento e, conseqüentemente, se beneficiariam de uma intervenção e/ou estimulação precoces. Outro dado interessante é que quatro crianças (PRCS da Unidade 4; SANU, DENU e MTA da Unidade 5) eram prematuras e apresentaram um desenvolvimento normal tanto para a sua idade cronológica quanto para sua idade corrigida, sendo também uma população em potencial para os programas de estimulação precoce para evitarem o aparecimento de possíveis atrasos no desenvolvimento. Em função da importância do trabalho de estimulação do desenvolvimento, é interessante pensar em corrigir a idade das crianças prematuras de até 12 meses para que estas se beneficiassem deste programa.

Quanto à natureza da área dos atrasos apresentados pelas crianças, o maturativo foi o que registrou o maior número com 20 crianças (com maior incidência no item “anda sozinha, raramente cai”), seguido pelo social com 17 (com maior incidência no item “combina pelo menos 2 ou 3 palavras”), psíquico com seis e psicomotor com três crianças. Nestes cálculos, oito crianças (RBM da Unidade 1; LTS e MJPN da Unidade 3; LGG e MABL da Unidade 4; LRA da Unidade 5) apresentaram falhas em mais de uma área. Ou seja, 29 crianças apresentaram falha em exibir marco do desenvolvimento pelo menos em uma área de desenvolvimento; duas apresentaram duas falhas em uma área; duas apresentaram duas falhas em duas áreas; duas apresentaram três falhas em duas áreas; uma apresentou três falhas em três áreas; uma apresentou quatro falhas em três áreas e uma apresentou três falhas em uma área. Esses dados são importantes de serem destacados em função de enfatizarem a importância de um olhar mais cuidadoso e específico para o desenvolvimento infantil, uma vez que há formas de trabalhar precocemente na estimulação do desenvolvimento dessas crianças.

Em relação ao desempenho da criança, à escolaridade da mãe e à classificação no Critério Brasil 2010, pode-se dizer que no grupo de crianças que apresentaram um desenvolvimento normal para a sua idade, metade das famílias pertencia à classe C2 com 11¹¹ do

¹¹ A criança JRL da Unidade 2 não foi classificada em função da falta de informação.

total de 22 crianças e nove responsáveis pelas crianças possuíam como escolaridade o segundo grau completo. No grupo de crianças que necessitariam de um acompanhamento mais sistemático por apresentar alguma falha em seu desempenho, 11¹² famílias, do total de 38, pertenciam à classe D e a maioria dos responsáveis também possuía como escolaridade o segundo grau completo. Já no grupo¹³ das três crianças que deveriam ser encaminhadas para um centro de atendimento especializado, uma família pertencia à classe B2, uma à C1 e uma não foi possível classificá-la em função do responsável não conhecer a escolaridade do chefe da família. Já os responsáveis possuíam como escolaridade o primário incompleto, o primeiro grau completo e o segundo grau completo, respectivamente. Para verificar a relação das variáveis (desempenho da criança X classe econômica da família e escolaridade do responsável pela criança) foi realizado um Teste de Aderência (Qui-quadrado) com nível de confiança de 95%. Para as variáveis “escolaridade” e “classe econômica” os valores de χ^2 calculados foram 4,67 e 3,26 (respectivamente) sendo inferiores aos valores tabelados (7,81 e 5,99, respectivamente). Por meio dessa análise confirmou-se a hipótese de que essas variáveis estudadas são independentes.

Esses resultados devem ser olhados com cautela, mas ainda assim de forma preocupante. Porque, apesar da amostra ser pequena e não aleatória (de conveniência), ainda assim 63,34% (38) das crianças avaliadas apresentaram falhas de desenvolvimento que sugerem condutas específicas sobre elas, como: antecipar a próxima consulta, investigar sistematicamente o ambiente da criança, a sua relação com o responsável e a oferta de estímulos. O objetivo dessas condutas dos profissionais é impedir que essas falhas se transformem em persistência do atraso. É, portanto, lidar de forma preventiva em relação a isso e favorecer o bom desenvolvimento infantil. Essas condutas estão sendo feitas? Os profissionais estão “detectando” e “atentos” a elas?

C) Análise das informações registradas nos prontuários de cada criança

Nesta etapa, com o objetivo de verificar se havia ou não discrepância entre as informações contidas no prontuário da criança e as fornecidas pelo instrumento a partir das

¹² As crianças AAC da Unidade 1, MJPN da Unidade 3 e LGG da Unidade 4 não foram classificadas em função da falta de informação.

¹³ As crianças desse grupo também estão computadas no segundo grupo, uma vez que apresentaram falhas que não implicam em atraso no desenvolvimento.

informações relatadas pelo responsável durante a aplicação do instrumento, foram descritas as informações contidas nos prontuários das crianças com o objetivo de verificar a existência de registros sobre o desenvolvimento infantil, sobretudo daquelas que não apresentaram um desenvolvimento “normal” segundo o instrumento. Dessa forma, essas informações foram relacionadas com o desempenho das crianças. O Quadro 16 sintetiza as informações das cinco Unidades. Em Apêndice (H) encontram-se as informações de cada Unidade separadamente.

QUADRO 16: Avaliação dos registros contidos nos prontuários médicos das Unidades.

Unidades	Número de atendimentos na Unidade	Gráfico nos prontuários	Informações registradas
PSF 1	70	Atualizado: 1 Não atualizado: 4 Em branco: - Sem gráfico: 5 Sem prontuário: 2	Saúde: 64 Desenvolvimento: - Saúde e desenvolvimento: 1 Saúde e outras informações: 1 Desenvolvimento e outras informações: - Saúde, desenvolvimento e outras informações: -
PSF 2	116	Atualizado: 1 Não atualizado: 5 Em branco: 3 Sem gráfico: 2 Sem prontuário: 1	Saúde: 106 Desenvolvimento: - Saúde e desenvolvimento: - Saúde e outras informações: 5 Desenvolvimento e outras informações: 1 Saúde, desenvolvimento e outras informações: -
PSF 3	71	Atualizado: 1 Não atualizado: - Em branco: 1 Sem gráfico: 10 Sem prontuário: -	Saúde: 63 Desenvolvimento: - Saúde e desenvolvimento: - Saúde e outras informações: 6 Desenvolvimento e outras informações: - Saúde, desenvolvimento e outras informações: -

PSF 4	106	Atualizado: - Não atualizado: 8 Em branco: 2 Sem gráfico: 1 Sem prontuário: 1	Saúde: 72 Desenvolvimento: - Saúde e desenvolvimento: 1 Saúde e outras informações: 7 Desenvolvimento e outras informações: - Saúde, desenvolvimento e outras informações: 8
PSF 5	76	Atualizado: 1 Não atualizado: 7 Em branco: 3 Sem gráfico: 1 Sem prontuário: -	Saúde: 74 Desenvolvimento: - Saúde e desenvolvimento: - Saúde e outras informações: - Desenvolvimento e outras informações: 1 Saúde, desenvolvimento e outras informações: -

Com a análise dos prontuários dessas crianças foi possível verificar a predominância de informações sobre saúde nas consultas médicas, mesmo sendo únicas ou com outro tipo de informação. Do total de 444 consultas, 397 (89,4%) foram classificadas na classe de resposta “saúde” (de acordo com o Apêndice G). Em relação ao desenvolvimento das crianças pode-se observar 11 consultas com registro de algum aspecto relacionado à avaliação desta área: “aparecimento da dentição” da criança LVSGF da Unidade 1; marcos do desenvolvimento da criança THMM da Unidade 2, porém realizada por um profissional que não trabalha mais na Unidade e nove crianças da Unidade 4 e uma da Unidade 5 tiveram o registro da avaliação dos reflexos. Independente do tipo de informação, estes são dados importantes de serem ressaltados em função da dificuldade de encontrá-los. Além das poucas consultas com anotações sobre o desenvolvimento da criança (2,48%), não foi observado nenhum registro quanto aos marcos do desenvolvimento que convergia com os resultados obtidos pelas crianças que não apresentaram um desenvolvimento normal, segunda a Ficha de acompanhamento do desenvolvimento (BRASIL, 2002). Dessa forma, esses resultados obtidos confirmam os dados encontrados nas etapas 2 e 3 deste estudo, ou seja, predomínio de anotações referentes à saúde das crianças e escassez de registros relacionados ao seu desenvolvimento.

Em outras palavras, nenhum prontuário das 38 crianças que apresentaram alguma falha de desenvolvimento tinha registrado uma avaliação do “problema” detectado pelo instrumento e de alguma orientação específica. Aparentemente profissionais não “perceberam” a falha de desenvolvimento e, ao não perceber, não realizaram encaminhamentos. O que chama a atenção é que do total destas crianças, 12 (31,58%) foram consultadas uma ou mais vezes ao mês e nove (23,69%) tiveram 10 ou mais consultas médicas registradas.

Além disso, foi possível verificar o espaçamento da última consulta realizada no momento da avaliação dos prontuários das crianças que apresentaram um desempenho diferente do normal (Apêndice H), ou seja, na Unidade 1 a última consulta realizada tinha sido há seis meses da criança EOOM, na Unidade 2 há três meses da criança CVAO, na Unidade 3 há 10 meses da criança LTS, na Unidade 4 há quatro meses da criança ILSF e na Unidade 5 há 10 meses da criança BRS. Estas crianças deveriam ter suas consultas antecipadas em função das falhas apresentadas e não é isso que os dados revelam; essa falta de acompanhamento sistemático pode acarretar um possível atraso no desenvolvimento delas. De acordo com a Ficha de acompanhamento do desenvolvimento (BRASIL, 2002), a criança LTS da Unidade 3 deveria ser

encaminhada para um programa de intervenção precoce, uma vez que aos 18 meses ainda não anda sozinha e sua última consulta tinha sido há 10 meses. Uma informação obtida informalmente (fornecida por uma agente de saúde fora da Unidade) revelou que esta criança nasceu com hidrocefalia e faz um acompanhamento em outra cidade, porém em seu prontuário na Unidade não há nenhuma informação sobre essa condição da criança e sua mãe não “gosta” de falar sobre esse problema.

Em relação ao número de gráficos do crescimento presentes nos prontuários, pode-se afirmar que das 60 crianças avaliadas, somente quatro possuíam em seus prontuários este material preenchido e atualizado, 24 estavam preenchidos e não atualizados, 19 não apresentavam esse material, nove estavam em branco e nove crianças não possuíam prontuário na Unidade. E quanto às crianças que não apresentaram o desenvolvimento normal, apenas duas tinham em seus prontuários o gráfico de crescimento preenchido e atualizado.

Dessa forma, pode-se observar que não há registros sobre o desenvolvimento de cada criança que convergem com os resultados obtidos pela avaliação, principalmente daquelas que apresentaram algum atraso em seu desenvolvimento.

Etapa 5

Nesta etapa foram realizadas entrevistas, com médicos e enfermeiras de cada Unidade, com o objetivo de compreender como a avaliação do desenvolvimento infantil é vista no contexto do Programa de Saúde da Família. Para isso foi proposto uma entrevista e os dados obtidos foram analisados de acordo com as categorias numeradas abaixo para cada grupo de profissionais (médicos e enfermeiras). Também foram sistematizadas as informações fornecidas pelos participantes quanto à sua formação profissional.

Entrevistas com os médicos

QUADRO 17: Informações sobre a formação e experiência dos médicos.

Unidade	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Residência	Experiência em PSFs (anos)	Tempo de trabalho atual no PSF (anos)
1	40	14	<i>Ginecologia e Obstetrícia, Pós em Saúde da Família, Saúde Pública e Ultrasonografia básica</i>	7	5
2	-	-	-	-	-
3	68	40	<i>Ginecologia e Obstetrícia</i>	6	5½
4	52	21	<i>Não fez residência, é Clínico Geral, tem 20 anos de experiência em Pediatria</i>	13	2½
5	40	5	<i>1 ano de Clínica e Cardiologia (cursando)</i>	1½	1½

De acordo com o Quadro 17, pode-se dizer que a idade média dos médicos era de 50 (mediana = 46) anos, que o tempo médio de trabalho era em torno de três anos e meio (mediana = 3 anos e nove meses) e que pelo menos três médicos possuíam mais de seis anos de experiência em trabalhar na saúde pública, especificamente nos Programas de Saúde da Família. Além disso, apenas um tem uma formação acadêmica relacionada com seu trabalho desenvolvido atualmente. No momento da entrevista a Unidade 2 estava sem médico para atender a população e, em função disso, o médico da Unidade 1 era o responsável pelos atendimentos.

1) Procedimentos realizados durante a consulta da criança.

Quanto aos procedimentos realizados durante a consulta da criança, foram citados os procedimentos de rotina das Unidades como demanda espontânea e agendamentos pelo Programa da Criança por M1 e M4.

M1: A rotina básica é assim: durante o dia, sempre na primeira hora da manhã de atendimento e da tarde é o que a gente chama de acolhimento, então são aquelas consultas eventuais que acontecem de dor, de febre que acontecem à noite ou naquele mesmo dia, esses casos a gente não agenda, é demanda espontânea, o que tiver que vir

a gente acolhe, atende e depois a gente também tem aqueles agendados que a gente faz o Programa, no caso da criança se chama de Programa da Criança [...]

M4: Se é uma consulta de rotina a gente avalia todos os dados, peso e altura da criança para ver se são compatíveis com a idade dela ou não [...] Aquela que chega por acolhimento a gente vai muito em cima da queixa mas a queixa mesmo é o que menos importa, importa é que eu vou examinar na criança, é claro que a queixa é sempre importante, embora eu ache que as mães sempre exageram um pouquinho, a gente tem que considerar a queixa porque é ela que está com a criança, ela que está avaliando a criança durante o dia, durante a noite, mas vale muito aquilo que a nossa percepção pega.

Nestes agendamentos é realizada a puericultura que é a avaliação do peso, da altura, do perímetro encefálico, abdominal da criança, é feito também orientações sobre o aleitamento materno, a alimentação, a periodicidade das consultas para o responsável, além do controle da saúde da criança quando há alguma alteração. M5 também enfatizou esse tipo de acompanhamento da criança na Unidade e, juntamente com M1, citou o encaminhamento para o Centro de Especialidades Médicas (CEM) quando a criança apresenta algum problema que eles julgam a necessidade de uma avaliação do especialista.

M1: [...] quando percebe-se alguma alteração mais importante, se a gente fica um pouco receoso em relação à trabalhar aquele sinalzinho alterado em relação ao bebê, à criança, a gente tem o pediatra um apoio, o pediatra não vem aqui na Unidade, ele fica no Centro de Especialidades [...]

M5: [...] quando se evidencia alterações ou modificações na anamnese e no exame físico a criança é encaminhada para o pediatra, a gente não assume muito assim o da criança [...]

Além da avaliação dos parâmetros da criança e da sua condição de saúde na consulta, M3 destacou o trabalho da enfermagem na rotina de atendimentos da Unidade. Trabalho também enfatizado por M1.

M3: Elas [crianças] passam por uma pré-consulta onde é anotado idade, elas [enfermeiras] colhem os parâmetros peso, altura, temperatura, depois elas vão para consulta onde eu faço essa avaliação, vê se tem alguma coisa fora do normal nesses parâmetros e aí uma consulta normal.

M1: Lógico que tem cuidados também que às vezes não se percebe só na consulta, então você tem o agente comunitário, você tem a própria auxiliar de enfermagem que sabe mais que o médico, a gente fica mais na Unidade, mas aí eles conseguem detectar alguma coisa errada talvez no ambiente daquela criança [...]

2) Realização de avaliação do desenvolvimento infantil.

Em relação à realização da avaliação do desenvolvimento infantil todos os médicos disseram que acompanham o desenvolvimento da criança durante as consultas. Quanto à forma de realizar essa avaliação, M3, M4 e M5 disseram que avaliam o desenvolvimento físico da criança. M5 também destacou o trabalho de outros profissionais nessa área e M1 disse que faz a observação dos marcos do desenvolvimento e investiga a estimulação existente no ambiente da criança durante a consulta. Além disso, afirmou que a equipe de enfermagem e os agentes de saúde também utilizam o mesmo material que ele, que é um roteiro de observação proposto na Carteira de Vacinação. Após a pesquisadora mostrar a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, M4 disse que observa os itens descritos no material, mas não anota, não registra no prontuário da criança.

M3: [...] eu avalio os parâmetros que a enfermeira me passou, é nessa hora que eu vejo se há alguma discrepância [...]

M4: A gente faz pelo gráfico de crescimento [...]

M5: [...] a gente tem dentro do Programa, está estabelecido que a gente tem uma dia para ver as crianças, desde o recém-nascido, e essas crianças agendam a consulta junto com a mãe e a gente faz uma avaliação. Aí já vem com espório do nascimento, pega alguns dados, a gente faz o exame físico, vê altura [...]

M5: [...] a gente depende muito também da equipe né, da enfermagem estar indo a campo, tem mães que teve nenê e nem passam aqui [...]

M1: Ah, não tenha dúvida. Eu procuro falar sempre para a mãe 'deixa a criança à vontade', você conversando, lógico que com a experiência profissional, você vai observando, em relação à idade da criança, as atitudes que ela toma no meio do seu consultório, ações, às vezes uma criança de sete, oito meses ela tem que estar sentada, uma vez eu coloquei uma criança sentada e ela tombou, bom aí será que não precisa de uma consulta com um profissional ligado à isso? [...]

M1:[...] [quando a mãe fala] 'ah doutor, ela tem preguiça de falar, não fala nada', eu pergunto se os pais estão estimulando, se conversam com a criança [...]

M1: Essa ficha, essa avaliação não fica só para mim, eles também usam esse material.

M4: [...] eu faço esses testes aqui quando eu estou com a criança ali [maca], mas eu faço para mim, eu não anoto, eu sei se ela balbucia, se eu colocar um negócio na frente ela vai olhar, ela vai pegar dependendo da idade dela, então... mas eu faço para mim [...]

3) Dificuldades encontradas ao realizar avaliação do desenvolvimento infantil.

Nesta categoria, dois participantes disseram não encontrar dificuldades. M1 relatou que possui apoio de outros profissionais como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, pediatra e outros médicos do CEM, além de uma parceria com a APAE de São Paulo onde são encaminhadas as crianças que apresentam algum quadro de deficiência para ser realizado o seu cariótipo (M1). Já M3 disse que quando a criança apresenta alguma alteração a mãe relata ao médico e pelo exame clínico é possível identificar algum problema.

M1: Não é tão complicado não, eu não acho tão complicado não. Porque assim, mesmo X sendo uma cidade pequena, a gente tem terapeuta ocupacional, fisioterapia, fono, o importante em trabalho de reabilitação é que consegue absorver, então dando o diagnóstico, percebendo [algum problema] a gente tem esse apoio que a gente consegue trabalhar bem, então eu não teria tanta dificuldade não [...]

M3: [...] se há algum problema na área neurológica a mãe me trás essas informações, uma criança maior na idade escolar, a mãe informa, trás o problema para a gente né [...] na avaliação clínica, no exame clínico a gente percebe algum tipo de alteração.

Os outros dois participantes disseram que encontravam dificuldades em realizar avaliação do desenvolvimento infantil, tais como falta de esclarecimento da família para saber o que está fazendo de adequado, o tempo reduzido que tinham para essa conduta (M4) e falta de materiais, tabelas atualizadas e maior capacitação dos profissionais da Saúde da Família (M5).

M5: A gente encontra bastante, sendo sincero eu acho que falta material, tabelas atualizadas [...] melhores preparos dos profissionais da saúde da família, tanto da enfermeira padrão como do médico e de toda a equipe porque para que isso funcione todos têm que estar com orientação, desde o agente de saúde que vai nas casas e que possa trazer essas crianças, esses pacientes para a gente né, então nisso a gente podia melhorar.

4) Conhecimento sobre a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento.

Quanto ao conhecimento sobre a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento disponibilizada pelo Ministério da Saúde, M1 e M3 disseram que não conheciam o material e M4 e M5 disseram que conheciam, mas que não era utilizada, disponibilizada no município.

5) Apreciação da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento

Na análise deste tópico foram identificadas as seguintes subcategorias: contribuição da Ficha para a avaliação clínica; relevância dos itens para avaliação do desenvolvimento infantil; adequação das áreas de desenvolvimento investigadas; facilidade de aplicação.

De acordo com a apreciação desse material, todos os participantes acharam que este poderia contribuir como uma complementação da avaliação clínica porque é utilizado como um parâmetro na consulta (M1), por ser um material padronizado como o gráfico de crescimento (M3) e por sistematizar as informações importantes (M5). M4 disse que deveria ser utilizado um instrumento com padronização para a população brasileira e não como o gráfico de crescimento que não tem uma padronização brasileira. M1 também disse que apesar de não conhecer o material, ele fazia avaliação dos marcos do desenvolvimento na consulta baseando-se em um cartão com os parâmetros apresentados pela Ficha.

M1: [...] Pra mim é importantíssimo, essa ficha eu uso como parâmetro no meu atendimento sim e tem me ajudado bastante. [...]É parecida com essa que a gente usa do cartãozinho (Carteira de vacinação), eu acompanho, eu faço isso aqui, isso eu faço viu Ana.

M3: [...] é um roteiro escrito [...] pode ajudar como a tabela de peso e altura nos ajuda né.

M5: [...] eu acho que isso sim vai contar muito e aparentemente parece ser um material bem interessante, vai ajudar e muito. Eu te agradeço muito desde já porque isso vai ser muito útil para a gente.

M4: Eu conheço, mas a gente não vê aqui. Eu conheço porque em Praia Grande eu tinha. Em primeiro lugar, a nossa ficha de acompanhamento não é brasileira, é um padrão americano, então está totalmente fora de nossos padrões e nós não temos uma brasileira mesmo, adequada [...]

Quanto à relevância dos itens desse material para a avaliação do desenvolvimento infantil, todos os participantes disseram que os itens eram muito importantes para o acompanhamento das crianças. Também concordaram com a adequação das áreas de desenvolvimento investigadas pela Ficha, sendo que M3 incluiria a área “comportamento” para avaliar crianças maiores, bem como com sua facilidade de aplicação pelos profissionais.

M3: [...] Entra uma criança de 3 anos, a mãe senta ela no colo, faz a queixa, depois eu examino e esta criança está no colo, ponho na maca, divã, examino, a mãe pega e essa criança sai andando, esse é um comportamento. Tem outro que a criança chega na frente, já sobe no divã, vai ver o que tem na mesa, pega o meu estetoscópio, abre uma gaveta minha, é outro tipo de comportamento. Isso faz parte da observação porque às vezes a mãe precisa de uma orientação, além da criança né [...]

6) Conhecimento de instrumentos de avaliação do desenvolvimento

Nesta categoria, apenas M5 disse que não conhecia outro material, que eram carentes em relação a isso. M1 disse que conhece o roteiro presente na carteira de vacinação, M3 falou que existem exames complementares quando é percebido alguma alteração e profissionais

especialistas que também podem avaliar as crianças; e M4 não se lembrava do nome do outro instrumento.

7) Viabilidade da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento nas consultas médicas

Todos os participantes concluíram que esse tipo de procedimento na consulta médica seria útil, porém M4 ressaltou a falta de tempo como possível impedimento para realizar esse procedimento.

M4: Desde que eu tivesse tempo seria fantástico, o problema é tempo para eu fazer todos esses testes [...]

M1: Eu acho que é positivo [...] eu estou usando sim, eu acompanho aqui pelas fichinhas deles né e sempre procuro usar esse instrumento aqui.

M3: É, é útil, eu acho que é possível, nos ajudaria.

M5: Eu acho que é útil, eu acho que você foi bem clara e direta, a gente consegue avaliar isso de forma prática e eu acho que não demanda muito tempo, eu acho que dá para adequar isso sim durante a consulta no dia que a gente atende as crianças.

8) Momento da rotina mais adequado para aplicação do instrumento

Quanto ao momento adequado para realizar esse procedimento as opiniões dos médicos se dividiram, pois M1 e M3 responderam na consulta agendada e na consulta (respectivamente). Por outro lado, M4 citou a pré-consulta e M5 indicou a Unidade e as visitas domiciliares da equipe como etapas da rotina do PSF adequadas para aplicação dess tipo de material.

9) Profissional responsável

Nesta categoria cada participante enfatizou a responsabilidade em um profissional. M1 disse que seria o médico, mas que as enfermeiras e os agentes de saúde também poderiam aplicar, pois poderiam observar algo que não foi visto pelo médico. M3 respondeu que seria o médico, M4 que seria a enfermeira e depois o médico e M5 disse que seria a enfermeira.

10) Auxílio nos encaminhamentos e orientações às famílias

Todos os médicos foram unânimes em dizer que os resultados obtidos por esse instrumento poderiam ajudá-los nos encaminhamentos dessas crianças para atendimentos especializados e também nas orientações feitas às famílias em função da possibilidade de uma detecção precoce de algum atraso e, conseqüentemente, um tratamento mais eficaz; por ser um instrumento que avalia as principais áreas do desenvolvimento infantil; além de ser um guia, um parâmetro para a avaliação médica.

M1: [...] eu acho que além de ajudar é um diagnóstico mais precoce né, isso é muito importante [...]e quando você faz o diagnóstico precoce o resultado é melhor [...]

M3: [...] um instrumento assim bem detalhado [...] deixa muito pouca coisa de fora e o que você tem que colher durante uma consulta de uma criança né.

M4: [...] tudo o que vem à somar para a experiência da gente eu acho que ajuda em todos os sentidos, ajuda sim porque nem sempre você está 100% no dia para trabalhar para atender [...]

M5: [...] colabora muito, a gente pode conseguir ver um transtorno do desenvolvimento da criança logo no início e eventualmente poder sanar isso para evitar complicações futuras.

11) Apreciação do relato dos pais/responsáveis sobre o desenvolvimento da criança

Foram analisadas a qualidade das informações fornecidas pelos pais/responsáveis (precisas e confiáveis e se há necessidade de informação complementar) e se esta se constitui em um recurso facilitador para avaliação do desenvolvimento.

Neste tópico, M1 e M4 destacaram que as informações relatadas pelos pais/responsáveis das crianças não são precisas e confiáveis na maioria das vezes; enquanto que M3 e M5 disseram que sim, que na maioria das vezes era possível confiar nas informações fornecidas pelos pais, uma vez que estes percebem alterações que não foram percebidas pelo médico. Porém, todos os participantes enfatizaram que não era possível se basear somente nessas informações; que havia a necessidade de informações complementares a partir da avaliação

médica. Mesmo assim, disseram que poderia ser um recurso importante para o acompanhamento das crianças.

M1: [...] tem que valorizar a fala do pai, da mãe, tem que perguntar sim, mas nem sempre, a gente percebe também que às vezes eles escondem, evitam respostas, mentem às vezes com receio de uma bronca. Então é importante sim, mas um pouco mais de critério, de atenção porque às vezes nem sempre é confiável aquela informação dos pais.

M4: Não, pelo que o pai me diz não, teria que ser avaliado junto, a mãe fala e você avalia junto, tem que ser os dois.

M3: Na grande maioria das vezes sim [...] eu acho que facilitaria meu trabalho, é uma informação importante, como eu disse, na grande maioria das vezes essa informação é fidedigna, é confiável [...] aí passa pelo crivo do médico, uma análise né [...]

M5: [...] eu acho que as informações dos pais sempre aportam muito, às vezes os pais realmente percebem coisas que nós não percebemos, no entanto isso tem que ser muito bem analisado porque às vezes também se torna um pouco confuso [...] Mas se são pessoas esclarecidas aporta muito porque os pais estão no dia a dia e vêem coisas que nós não vemos e a gente sempre tem que acreditar no que eles falam e tentar interpretar isso dentro dos sintomas clínicos ou do desenvolvimento, mas às vezes confunde um pouco, então tem que tomar muito cuidado como vai ser feito essa abordagem, que dados a gente pode pegar com os pais que possam acordar [...]

12) Inserção da avaliação do desenvolvimento infantil na rotina do Programa de Saúde da Família

Todos os participantes consideraram possível inserir na rotina do Programa de Saúde da Família a avaliação proposta por esse instrumento, uma vez que é uma conduta importante, uma avaliação fundamental para o acompanhamento da criança. Porém M3 destacou que encontraria dificuldades para implantação em função da realidade enfrentada pelos PSFs, como falta de profissional e de capacitação.

M1: [...] Eu sinceramente acho que deveria ser obrigatório ter isso na consulta [...] essa ficha aqui também eu acharia espetacular acompanhar no prontuário da criança.

M3: Eu acho que é possível, mas eu acho que vai ter muita dificuldade de implantação, mas eu acho que é importante.

M4: Não só dá como deve, essa avaliação psicomotora é fundamental, de desenvolvimento, a gente sabe muito bem [...] o desenvolvimento da criança traz a relação da afetividade dela com as pessoas da família [...]

M5: Dá, dá sim, eu acho que não só esse como uma série de outras condutas para que a gente possa cada vez melhorar mais o Programa [...] o mais importante é uma medicina preventiva e isso é diretamente relacionado com o trabalho preventivo, a gente vai estar vendo desde o início o desenvolvimento dessa criança e a gente pode, em um dado momento, perceber que não está se dando da forma esperada, a gente pode interceder, então eu acho que esse tipo de trabalho pode sim se encaixar e se adequar à nossa rotina daqui do PSF.

13) Pontos positivos e negativos da avaliação do desenvolvimento infantil

Os pontos positivos da avaliação do desenvolvimento infantil citados pelos participantes foram: um instrumento é um parâmetro importante para os médicos generalistas avaliarem o desenvolvimento da criança, uma vez que não são especialistas na área; oferece informações fundamentais para o acompanhamento; é uma avaliação objetiva e pode identificar alterações no desenvolvimento precocemente.

Quanto aos pontos negativos, somente M3 listou alguns como alta rotatividade dos médicos e enfermeiras, falta de capacitação dos profissionais para trabalhar nos PSFs, falta de tempo, grande demanda espontânea para os atendimentos e muitos Programas para serem desenvolvidos nas Unidades. Os outros participantes disseram que não viam nada de negativo em uma ação que tinha como objetivo auxiliar na avaliação do desenvolvimento infantil.

14) Ações frente a suspeita de atraso no desenvolvimento infantil no município.

Os participantes M1 e M5 foram otimistas em relação à infraestrutura oferecida pelo município; disseram que não encontrariam problemas nos encaminhamentos e que haviam recursos disponíveis para a população, como os especialistas do Centro de Especialidades

Médicas. É importante destacar que os médicos das Unidades podem encaminhar para um médico especialista de fora caso o município não ofereça atendimento dessa especialidade ou se a agenda deste estiver muito cheia. Além disso, a Pediatria é a única especialidade que não requer um encaminhamento do médico de cada Unidade, ou seja, o responsável pela criança pode procurá-lo independentemente de um encaminhamento, não há necessidade de uma guia específica.

M1: [...] esse Centro de Especialidades que a gente tem como apoio das outras especialidades é o que me ajuda, então você não fica sozinho aqui né, então se precisar até para fora a gente tem isso. Por isso que eu acho que a gente não fica carente da ação do acompanhamento daquela criança que precisa, está indo bem essa parte.

M5: Dentro da saúde da família, o médico de família faz uma primeira abordagem para ver se a gente evidencia algum tipo de alteração no desenvolvimento. O que a gente tem de estrutura seria.....a gente tem um pediatra que vem 4 vezes por semana, a gente pode encaminhar para que esse pediatra reavalie e que possa interceder nessas alterações de desenvolvimento e, eventualmente dentro da estrutura do SUS, a gente tem a referência que também pode ser encaminhado [...] Quando é um caso que a gente vê que não pode esperar muito, a gente consegue conversar, tem bastante possibilidades dentro da saúde, a gente tenta fazer com que isso seja feito o mais breve possível, eu acho que eu não teria grandes problemas [...]

Por outro lado, os participantes M3 e M4 disseram que o município não oferece uma infraestrutura adequada para que possam encaminhar as crianças que vierem a apresentar alguma alteração em seu desenvolvimento; elas precisariam de um encaminhamento de um especialista para conseguirem um serviço fora do município.

M3: Muito pouco recurso, eu teria muita dificuldade para conseguir um local que pudesse acompanhar bem essa criança, esse é um tipo de problema, muita dificuldade.

M5: Só um neurologista, mais nada. Tem um psicólogo que não resolve nada no meu ponto de vista [...]

Além das informações descritas acima, os participantes relataram outras também importantes.

M1 informou que, na medida do possível, foram realizadas aulas de capacitação para os agentes de saúde, geralmente de responsabilidade das enfermeiras, mas às vezes ele participava também. O objetivo dessas aulas era preparar o agente, que era uma pessoa da comunidade, para observar o ambiente em sua visita, ter a percepção do que é certo ou errado e informar o médico e a enfermeira para avaliarem se era necessário a visita da enfermagem ou médica.

M1: A gente sempre que possível também capacita os agentes comunitários, então fica mais a cargo das enfermeiras, eu também venho, dou uma aula ou outra, para.....porque o agente comunitário é uma pessoa do bairro, da comunidade, leiga, até aquele leigo que não sabia nada da questão da saúde, da questão de promoção de saúde, então a gente capacita elas com aulas de preparação para elas absorverem e no meio da sua visita, meio que grosseiramente, ter a percepção do que está certo ou errado e trazer, tirar dúvida.

Em função da demanda das consultas de acolhimento (demanda espontânea), as consultas agendadas tinham seu tempo reduzido e M1 disse que o ideal seria que a enfermagem aplicasse o instrumento de avaliação do desenvolvimento antes da consulta médica.

M1: [...] seria importantíssimo, antes dela [criança] entrar aqui, a enfermeira já com um critério, um cuidado avaliar, ver em relação à idade da criança se tem alguma coisa que deixasse um sinal já para a gente, eu acho que é importante.

Outro ponto destacado por este participante foi a extinção da pós-consulta em função da falta de espaço na Unidade, uma vez que as Unidades 1 e 2 funcionam no mesmo espaço físico. Essa conduta consistia no reforçamento pela enfermagem de todas as recomendações passadas pelo médico ao responsável pela criança, pois muitos não entendiam e sentiam vergonha de tirar as dúvidas com o médico, sentiam-se mais à vontade com os profissionais da enfermagem.

O participante da Unidade 4 (M4) destacou o problema socioeconômico e cultural vivido por muitas famílias e que acabam refletindo nos cuidados com as crianças, pois muitas mães não têm o mínimo de instrução para relatar os problemas apresentados pelo seu filho.

M4: [...] as mães não sabem referir se teve ou se não teve, não sabem o que são doenças da infância, sabem que tomou vacina por causa da carteirinha, mas não sabem quais, nem porquê, é complicado isso para a gente né [...]

Quanto à forma de trabalho do PSF, disse que os da região trabalham de forma errada pois não há “consulta” da enfermeira. No seu trabalho anterior a primeira consulta do recém-nascido era com a enfermeira em casa e até o sexto mês as consultas médicas e da enfermagem se alternavam. Depois as consultas passavam a ser a cada dois meses e quando a criança tinha um ano a enfermeira fazia novamente uma consulta de orientação.

M4: [...] porque lá se passava assim, a primeira consulta de puericultura era aquela consulta que era feita na casa quando a criança nasce, a enfermeira ia, ela fazia todos os exames, testes, inclusive esse, logo que o nenê nascia. Aí a primeira consulta vinha comigo, a segunda com ela, a terceira comigo, a quarta com ela, a quinta comigo, a sexta comigo, depois a cada dois meses. Depois com um ano com ela, que seria de novo uma nova orientação alimentar e aí passaria para esse padrão aqui de avaliação né [...]

Por fim, ressaltou a importância de realizar avaliação do desenvolvimento infantil, mas disse que é preciso ter uma melhor infraestrutura, pois não adianta detectar que uma criança tem algum problema, é preciso ter condições de atender essa população.

M4: Agora eu acho legal isso daí, esse trabalho de avaliação do desenvolvimento porque o que a gente tem é muito básico sabe, é ruim, está muito aquém do que a gente precisa. Agora também não adianta eu ter um negócio desse daqui e falar assim para você ‘e daí?’ se uma criança estiver com atraso por exemplo, eu quero que me resolva entendeu, eu posso até fazer a avaliação, resolver muitas vezes você não consegue, não tem jeito.

M5 também destacou a importância desse trabalho.

M5: A gente só tem a agradecer a vocês por ter abordado esse tipo de material e a partir de agora vamos ver se a gente consegue fazer um acompanhamento mais adequado das crianças.

Em resumo, pode-se dizer que os participantes não possuem uma formação específica para trabalharem no âmbito da saúde pública (com exceção de M1) e contam com a experiência prática para executarem suas funções, exceto M5 que tem apenas um ano e meio de trabalho na área. As análises das entrevistas mostraram que todos os médicos disseram que acompanham o desenvolvimento da criança durante as consultas, mesmo sendo somente as medidas antropométricas; que reconhecem a importância de realizar a avaliação do desenvolvimento infantil; que o instrumento poderia contribuir como uma complementação da avaliação clínica por apresentarem itens relevantes, áreas investigadas adequadas e por ser de fácil aplicação; apenas um participante não conhecia instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil; todos relataram que o procedimento seria útil na consulta médica e consideraram possível inserir na rotina do PSF a avaliação do desenvolvimento infantil. Por outro lado, destacaram algumas dificuldades para a realização desse tipo de trabalho, como falta de tempo; grande demanda espontânea e, consequentemente, consultas baseadas nas queixas dos pacientes; falta de profissional e de capacitação e alta rotatividade dos médicos e enfermeiras. Além disso, quando realizam a avaliação dos marcos do desenvolvimento não costumam anotar suas observações sobre a criança.

Vale ressaltar que os participantes que citaram pontos negativos na avaliação do desenvolvimento infantil elencaram dificuldades de inserir esse tipo de procedimento na rotina do PSF em função de sua forma atual de funcionamento e não problemas com a avaliação propriamente dita.

Dessa forma, se fazem a avaliação do desenvolvimento por que não anotam? Uma vez que a rotatividade de profissionais é alta, esse procedimento seria fundamental para facilitar o trabalho de acompanhamento das crianças pelos novos profissionais. Outra questão é o fato do profissional reconhecer a importância de avaliar o desenvolvimento infantil como uma conduta preventiva e não executá-la por falta de recurso no município. Será que os pais dessas crianças que apresentam algum risco ou atraso em seu desenvolvimento não têm o direito de ter essa

informação, mesmo o município não oferecendo os recursos necessários para o acompanhamento? É ético negar o direito desses pais de procurarem ajuda? Mesmo que sejam famílias humildes, é ético não exercer sua influência como uma “autoridade” na área junto à Secretaria de Saúde e esta, por sua vez, com seu Centro de referência?

Entrevistas com as enfermeiras

QUADRO 18: Informações sobre a formação e experiência das enfermeiras.

Unidade	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Especialização	Experiência em PSFs (anos)	Tempo de trabalho atual no PSF (anos)
1	32	3	<i>Enfermagem do trabalho e Gestão Pública de Saúde</i>	4	4
2	44	24	<i>Saúde Pública, Saúde da Família</i>	6	4
3	25	3	<i>Enfermagem do trabalho</i>	1 ^a 8m	1 ^a 8m
4	24	1½	-	6m	6m
5	25	3	<i>Gestão em Saúde (está cursando)</i>	2 ^a 8m	2 ^a 8m

De acordo com as informações do Quadro 18, pode-se dizer que a média de idade era de 30 anos (mediana = 25), que três enfermeiras tinham até três anos de experiência e que o tempo médio de trabalho nas Unidades atuais era em torno de dois anos e meio (mediana = 2 anos e 7 meses). De um modo geral, as participantes possuíam pouco experiência no âmbito do Programa de Saúde da Família, porém, academicamente, apresentavam uma formação no presente campo de atuação profissional. Situação esta que difere da dos médicos, pois estes apresentavam experiência prática e não formação acadêmica na área da saúde pública.

Juntamente com a entrevista das enfermeiras foi realizada a devolutiva do desempenho das crianças, segundo o material utilizado. Para representar o resultado obtido foi utilizado a folha de resposta do próprio material para cada criança. As participantes gostaram da forma com que os resultados foram disponibilizados para elas; se comprometeram em acompanhar, juntamente com o médico, as crianças que não tiveram um desenvolvimento normal de acordo com o material; e relataram a possibilidade de utilizarem esse material no protocolo da criança que ainda seria criado.

Importante destacar que somado ao critério da escolha da enfermeira-chefe para receber a devolutiva (ter maior disponibilidade de tempo), o fato da Unidade 2 não ter um médico também influenciou na decisão, uma vez que o objetivo era manter o mesmo procedimento em todas as Unidades na medida do possível.

1) Procedimentos realizados para atendimentos de crianças

Quanto aos procedimentos realizados nos atendimentos de demanda espontânea das crianças, todas as enfermeiras disseram que existe a pré-consulta e a consulta médica, sendo que a primeira se refere ao momento no qual a enfermagem avalia a altura, peso, temperatura e se informa sobre a queixa da mãe e a segunda a consulta médica propriamente dita. O Programa Viva Leite foi citado pelas enfermeiras 1 e 3, sendo que E1 disse que em função dele as mães são obrigadas a levarem a criança na Unidade, independente de apresentarem algum problema de saúde, mas em função do número elevado de crianças o acompanhamento do peso e da altura é realizado a cada dois ou três meses. E3 complementou essa informação dizendo que as crianças são avaliadas em relação ao peso e altura mensalmente pela enfermagem até os dois anos nesse Programa e se houver alguma alteração é encaminhada para o médico e, se houver necessidade, é encaminhada para o pediatra. Após os dois anos, essa avaliação é realizada na pré-consulta pela mesma equipe.

E1: ... uma das coisas que força essas mães estarem vindo é o Viva Leite que a partir do sexto mês as mães já pedem, porque muitas trabalham ou estão saindo do aleitamento, para entrar no Programa, então elas são obrigadas a vir. Antigamente era mensal a pesagem, agora como são muitas as crianças o próprio Viva Leite distribuiu, então a cada 2 ou 3 meses é feita a pesagem.

E3: Tem o acompanhamento das crianças do leite, até os dois anos [...] elas são pesadas mensalmente por mim ou pela técnica de enfermagem, a gente pesa e passa para o gráfico de acompanhamento e lá a gente vê se ela está dentro do percentil, que é entre o P10 e P90, a gente vê se ela está bem, se tiver bem tudo bem, se tiver alguma alteração, ou abaixo ou acima do peso, a gente encaminha para o médico daqui, aí ele avalia, se for alguma coisa para encaminhar para o pediatra a gente encaminha... Depois dos dois anos é consulta de rotina, vem para a consulta, na própria pré-consulta a gente faz o acompanhamento no gráfico.

Além dessas informações, E1 também falou de um Programa voltado para a criança e que hoje não existe mais em função da falta de médico. Nesta situação, as consultas das crianças eram agendadas periodicamente com o objetivo de realizar um acompanhamento contínuo, porém, mesmo com a sua extinção, disse que os profissionais continuam orientando as mães para levarem seus filhos à Unidade, mesmo estando bem. Já E4 citou a Puericultura que é realizada às segundas-feiras onde são avaliadas crianças de até 12 anos quanto ao peso, altura, são realizadas orientações sobre o aleitamento materno, de alimentação e depois passa por uma consulta médica e o médico avalia a necessidade de incluir a criança no Programa Viva Leite. Por fim, E5 destacou o procedimento realizado com os recém-nascidos, ou seja, é feito o Teste do pezinho e a BCG e é agendado uma consulta da enfermagem e de saúde bucal na casa da criança.

E1: No começo a gente estava trabalhando com os Programas, então a gente começou o agendamento com a criança e sempre com um olhar diferenciado, criança pequena fazendo no perímetro encefálico, o perímetro abdominal, mas não eram todas, verificava a temperatura, altura. Hoje nós não estamos fazendo esse Programa porque estamos com problema com médico, então está bem assim...

E4: A gente tem um dia, geralmente de segunda-feira na agenda, que é para puericultura, então nesse dia a gente marca criança de zero até 12 anos de idade, a gente faz a pesagem, faz a altura, todos os dados, faz orientação de aleitamento materno, alimentação dependendo da faixa etária e depois a criança faz consulta com o médico. Aí o médico vai ver o crescimento, o desenvolvimento e vê se vai ser necessária a inclusão no Viva Leite...

E5: A criança nasce, tem um período de 2 a 3 dias que ela fica em casa para se adaptar, aí já vem para fazer o teste do pezinho que é de segunda-feira, mais a BCG. Nesse dia a gente já conversa com a mãe, a gente agenda uma consulta de enfermagem e saúde bucal na casa dela, aí a gente avisa o dia que eu e o dentista vamos juntos para fazer a orientações de cuidados gerais tanto para a puérpera, quanto para o bebê...

2) Realização de avaliação do desenvolvimento infantil

Em relação à realização da avaliação do desenvolvimento infantil, E1 e E3 disseram que não fazem esse tipo de avaliação, que investigam com mais detalhes o problema da

criança quando a presença desta é constante na Unidade (E1) e que só avaliam peso e altura, que não há um motivo específico para não avaliarem o desenvolvimento infantil (E3).

E1: Não, sendo sincera não. Aí fica assim né, quando você vê que a presença da criança está demais na Unidade, que mesmo você não fazendo.....no trabalho você percebe né a criança sempre doente, aí a gente vai fazer uma pesquisa, ver o que está acontecendo, verificar se está se alimentando bem, se a mãe realmente dá os remédios de forma correta e a gente encaminha.

E3: Não, só mesmo peso e altura. Não tem num motivo específico.

Já as participantes das Unidades 2 e 5 disseram que não realizam como deveria ser feito (E2), que acabam ficando somente na avaliação do peso e altura da criança, que não possuem um instrumento adequado para isso (E5).

E2: Não como deveria, até os dois anos a gente faz acompanhamento pelo gráfico, peso e altura, avaliamos o percentil e quando nos chama muita atenção a gente alerta o médico...

E5: O único instrumento que a gente usa é aquele de crescimento e desenvolvimento (peso e altura), é o único que a gente faz toda vez que a criança vem...

Por sua vez, E4 disse que esse tipo de procedimento fica a critério do médico, mas caso percebam alguma alteração importante comunicam o profissional.

E4: Geralmente fica mais na parte do médico, é mais o médico, a gente trabalha em conjunto, claro que se eu identificar alguma coisa diferente eu passo para ele, a avaliação, o diagnóstico fica para o médico mesmo...

Além dos dados relatados acima, é importante destacar a ênfase dada pela participante E1 na preocupação em mudar a realidade dos atendimentos das crianças na Unidade e como obtêm informações a respeito do desenvolvimento da criança.

E1: ...não está tendo o programa [Programa da criança], está péssimo (risos), é uma coisa até frustrante, mas é uma coisa que a gente quer mudar, a gente quer ter um atendimento melhor para a criança. Até a parte do desenvolvimento que quando você começou a vir já até nos alertou para algumas coisas e hoje está assim... A gente sempre orienta, mesmo não tendo Programa a gente orienta as mães a trazer a criança mesmo que ela esteja bem, trazer mensalmente para ela ser pesada, aferida a estatura né e para a gente tentar ver o desenvolvimento ou se tem alguma outra coisa. Mesmo que a criança esteja bem a gente orienta assim, então orienta até 1 ano, 2 anos para estar vindo...

E1: Às vezes, só de você conversar com a mãe no corredor e os próprios agentes trazem de fora, uma criança que já está com dois [anos] que não está falando nada, que está com problema de andar, então a gente está conseguindo... Isso aí os agentes ajudam bastante porque na casa a mãe já refere isso, crianças que são agressivas, crianças que estão com comportamento um pouco diferenciado [...] então perde por não ter o Programa, mas a gente fica assim, com um olhar clínico mesmo.

3) Dificuldades encontradas para realizar avaliação do desenvolvimento infantil

Nesta categoria dois participantes disseram encontrar dificuldades para realizarem avaliação do desenvolvimento infantil nas Unidades em função de não existir um instrumento para avaliar todas as crianças (E1) e da falta de tempo em consequência do baixo número de funcionários (E5).

E1: Para ser sincera, eu acho que tem que ter um instrumento para você poder fazer isso com todas para você não estar perdendo nada, eu acho que isso é uma coisa que falta...

E5: Falta de tempo em função de termos poucos funcionários.

As outras participantes disseram que não encontram dificuldades, pois o motivo de não fazerem é em função de outras atribuições (E2); a avaliação é feita pelo médico, quando há algum problema é encaminhada para um especialista e acredita que não encontraria problemas para realizar o procedimento, que seria bem aceito (E3); e as crianças com crescimento abaixo da expectativa são incluídas no banco de leite ou em uma rotina mais frequente de consultas

médicas, sendo, dessa forma, mais fácil a identificação de algum problema de desenvolvimento pelo médico (E4).

E2: Não, eu acho que é a gente mesmo que acaba deixando, sabe, por outras atribuições. Às vezes passa, elas [técnicas de enfermagem e agentes de saúde] são orientadas a nos chamar, mas você não vê todas as crianças, a gente não faz aquilo mais de perto como deveria.

E3: Não, o pessoal aceita bem assim, tudo que é para o bem deles eles aceitam. A avaliação mesmo é feita pelo médico, se ele vê que tem algum problema encaminha.

E4: Não, existem aquelas crianças que têm o desenvolvimento do crescimento abaixo do normal, são os que mais encontramos, não muitos e a gente já inclui no banco de leite ou inclui uma rotina de consultas maiores para acompanhar a criança para ver se está crescendo, se desenvolvendo melhor...

4) Conhecimento sobre a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento

Quanto ao conhecimento sobre a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento disponibilizada pelo Ministério da Saúde, as participantes E1 e E4 disseram que já conheciam esse material, enquanto que E2, E3 e E5 relataram que não o conheciam.

5) Apreciação da Ficha

Na análise deste tópico foram identificadas as seguintes subcategorias: contribuição da Ficha para a avaliação clínica; relevância dos itens para avaliação do desenvolvimento infantil; adequação das áreas de desenvolvimento investigadas; facilidade de aplicação.

De acordo com a apreciação desse material, todas as participantes acharam que este poderia contribuir como uma complementação da avaliação clínica porque é possível ver o desenvolvimento como um todo e auxilia nas orientações às mães (E1); por ser um norteador, um roteiro para acompanhar o desenvolvimento infantil (E3 e E4); e por ser um instrumento com alguma fundamentação teórica (E5). A participante da Unidade 2 destacou que a carteira de vacinação tem algumas observações sobre o desenvolvimento infantil e que os profissionais deveriam alertar as mães, mas não fazem esse tipo de trabalho.

E1: Com certeza ajuda bastante porque você vê de maneira geral e não perde nada e você até alerta a mãe sobre algumas coisas porque tem mãe que acha 'é minha criança que demora para falar'...

E3: Com certeza ajuda bastante. Tem que ter uma visão geral de tudo né, é um norteador.

E4: ...é ótimo ter, é muito bom. É um roteiro que nos ajuda a acompanhar o desenvolvimento.

E5: ...todo e qualquer instrumento para avaliar, que tenha uma breve teoria sobre ele é tudo bem vindo né, com certeza.

E2: Com certeza. Você sabe que na carteira de vacinação tem algumas observações né, que você vê, sabe que tem e a gente deveria estar alertando a mãe 'olha, você vai levar para casa, isso não é só no dia de agendamento que é assim, observa, veja'. Até mudou a carteira de vacinação, hoje ela é mais completinha e a gente não alerta mesmo, eles [responsáveis] não vêm as orientações que têm. Elas [orientações] abrangem um pouco de cada área.

Além disso, E1 destacou que o instrumento era uma ferramenta importante para identificar alguns sinais de atraso que, muitas vezes, demora para ser percebido; e E4 enfatizou que a facilidade de se trabalhar com o material viria com o tempo.

E1: Teve até um dia que a fono veio na Unidade e questionou porque não estava sendo encaminhado logo no começo, é o olhar que está faltando nisso [...] eu achei legal.

E4: É até bom para a gente né porque a partir do momento que você começa a mexer com esse tipo de tabela, com esse tipo de ficha você acaba pegando uma certa facilidade né [...]

Quanto à relevância dos itens desse material para avaliação do desenvolvimento infantil, todas as participantes disseram que os itens era muito importantes para o acompanhamento das crianças. Também concordaram com a adequação das áreas de desenvolvimento investigadas pela Ficha, sendo que E1 disse que precisaria trabalhar com o

material para verificar se há alguma falha; E3 acrescentaria a avaliação da alimentação da criança; E4 e E5 acrescentariam a avaliação do crescimento (da estatura) da criança. Quanto à facilidade de aplicação do instrumento, todas as participantes o consideraram fácil utilização, destacando que o agente de saúde poderia aplicá-lo em suas visitas (E1) e que os responsáveis pela criança poderiam ser orientados a observá-la de acordo com os marcos de desenvolvimento do instrumento (E5).

E1: ...até olhando algumas coisas aqui, até o próprio agente de saúde na visita poderia estar aplicando esse instrumento, aí a gente [enfermagem] faria uma análise e poderia convocar também.

E5: Ele é fácil sim de ser realizado e também é um instrumento da gente estar passando para a mãe, para ela estar ciente, eu posso estar colocando para a própria mãe esse instrumento, 'olha mãe, você pode estar observando de período em período em casa, se tiver alguma coisa fora disso aqui, você pode procurar a Unidade pra gente ver o que podemos fazer', porque a mãe ou o cuidador vai estar atento, a gente espera que esteja atento. Dá para orientar 'olha mãe, está no período tal e não está apresentando tal coisa ou está pouco ou ainda não observou, então vamos observar para uma próxima consulta' e aí você passa a orientação para ela ficar atenta e passa para o profissional da saúde o que ela observou.

6) Conhecimento de instrumentos de avaliação do desenvolvimento

Nesta categoria apenas a participante E1 disse que já tinha visto outros materiais quando trabalhou com protocolos do Programa da criança de outros municípios, porém disse que já fazia um tempo e não se lembrava. As outras enfermeiras disseram não conhecer outros instrumentos que avaliam o desenvolvimento infantil.

7) Viabilidade da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento nas consultas médicas

Todas as participantes concluíram que esse tipo de procedimento na consulta médica seria útil, uma vez que o médico passa muita responsabilidade para a enfermagem (E1); fornece uma visão geral do desenvolvimento infantil (E3); e o tempo durante a consulta é maior para realizar esse tipo de procedimento, bem como nas consultas de enfermagem (E4).

E1: Essencial, porque o médico joga muita responsabilidade para a enfermagem e, às vezes, muitas coisas o médico passa assim batido e quem vê é a enfermagem, eu acho que ele também tem que mudar um pouco a conduta...

E3: Eu acho que é útil porque dá uma visão da criança, você está acompanhando, ajuda bastante.

E4: Na consulta médica é bem mais fácil, é bem útil, o tempo é um pouco maior, então é mais fácil. Até assim, quando eu faço a consulta de enfermagem também, é bem interessante.

Por outro lado, E2 disse que o médico não aceitaria esse tipo de procedimento na consulta em função da demanda ser muito grande e estar responsável pelo atendimento das Unidades 1 e 2; e E5 falou que não saberia dizer se esse procedimento seria aceito pelo médico, principalmente aquele que não fosse pediatra, porém seria uma boa oportunidade para tomarem conhecimento sobre condutas caso aparecesse alguma alteração no desenvolvimento da criança.

E2: Seria útil, o que acontece é que são várias perguntas, eu acho que no consultório, não que não seria viável, eu acho que eles [médicos] não aceitariam porque a gente sabe do dia cheio, a demanda é muito grande... a gente não está conseguindo fazer os Programas, infelizmente. Os próprios médicos não sabem o que realmente vai acontecer, na verdade, não estão conseguindo fazer o que realmente é um PSF, que são consultas agendadas, por demanda, os Programas, pra gente conseguir conscientizar a população do que era um Programa de diabetes e hipertensão, da mulher, da gestante. Aí fica o Dr. [médico da Unidade 1] agendar, marcar, porque esse PSF atende a demanda, então não tem como você estar fazendo um trabalho assim, a demanda é muito grande. É lógico que seria importantíssimo, mas eu acho que teria que ficar mais com a enfermagem.

E5: Útil é, eu não sei se ela seria aceita de uma forma bem tranquila, pelo próprio médico né.... Bom seria até para eles terem conhecimento, tendo o conhecimento você sabe se é alterado aquilo que você já conhece, então você vai tomar alguma conduta.

8) Momento da rotina mais adequado para aplicação do instrumento

Quanto ao momento adequado para realizar esse procedimento as opiniões das enfermeiras se dividiram, pois E1, E3 e E5 responderam na pré-consulta por terem melhor contato com os responsáveis e com as crianças. Enquanto que E2 citou a consulta da

enfermagem agendada e E4 disse que seria na consulta médica por este profissional apresentar maior vínculo com o paciente.

Além disso, E1 e E3 ressaltaram que após a avaliação na pré-consulta, os dados seriam passados para o médico avaliar também durante a consulta.

9) Profissional responsável

Nesta categoria apenas a participante E4 citou o médico como profissional responsável por essa avaliação, sendo que as outras enfatizaram a responsabilidade no profissional da enfermagem. Além disso, E5 destacou que os agentes de saúde também poderiam realizar esse procedimento.

10) Auxílio nos encaminhamentos e orientações às famílias

Todas as enfermeiras foram unânimes em dizer que os resultados obtidos por esse instrumento poderiam ajudá-las nos encaminhamentos dessas crianças para atendimentos especializados e também nas orientações feitas às famílias em função da possibilidade de se ter uma visão geral do desenvolvimento da criança; por ser uma conduta de prevenção; por possibilitar a identificação de alguma alteração e, conseqüentemente, o encaminhamento para um especialista; por facilitar o acompanhamento das crianças pelos agentes de saúde que estão em contato com a família; e por auxiliar o entendimento dos pais dos motivos de um possível encaminhamento de seu filho para um atendimento especializado, bem como um norteador para o profissional.

E1: Com certeza porque você tem o desenvolvimento geral da criança, às vezes a criança está bem, engordando, mas não está falando ou apresenta outros problemas.

E2: ...é realmente uma prevenção, tem consultas que são para prevenção, então o que está acontecendo? Vem quando está doente. Então isso nós teríamos como estar seguindo, como estar perguntando, como estar aconselhando o pai e se houvesse necessidade encaminhar para especialista, um outro profissional.

E3: Pode sim, se a gente ver alguma coisa e não for daqui a gente encaminha para o pediatra e [que] já encaminha também como tem que ser né.

E4: Muito, até para as agentes comunitárias terem noção do problema que a criança está enfrentando, os pais... Alguns déficits de desenvolvimento, de crescimento elas [agentes] já acompanham por causa da estatura e do peso, mas seria até bom para elas, pra gente e para elas porque elas fazem também a parte do Viva Leite, fazem também a pesagem, então, assim, para elas seria bem interessante porque elas já fazem esse lado.

E5: Eu acho que ajudaria muito para fazermos encaminhamentos e orientações às famílias, com certeza sim, para a mãe ou pai entender o porque essa criança está sendo encaminhada, 'olha, nesse período ela está apresentando, ela deixou de apresentar tais e tais no desenvolvimento dela, então a gente precisa encaminhar por causa disso, porque nesse período que ele se encontra ela já teria que estar apresentando isso, isso e isso', mas seria ótimo sim. Até seria um norteador para o próprio profissional que vai fazer o acompanhamento, no caso um clínico geral vai encaminhar para o pediatra.

11) Apreciação do relato dos pais/responsáveis sobre o desenvolvimento da criança

Foram analisadas a qualidade das informações fornecidas pelos pais/responsáveis (precisas e confiáveis e se há necessidade de informação complementar) e se esta se constitui em um recurso facilitador para avaliação do desenvolvimento.

Neste tópico, E1, E3 e E4 destacaram que as informações relatadas pelos pais/responsáveis das crianças não são precisas e confiáveis na maioria das vezes, pois muitos escondem, não admitem o problema da criança e não relatam tudo o que acontece. Enquanto que E2 e E5 disseram que sim, que confiavam nas informações fornecidas pelos pais, uma vez que estes observavam tudo o que a criança estava fazendo e que pelo código de ética os profissionais deveriam acreditar nas informações fornecidas por eles. Com exceção da participante E2, todas enfatizaram que não era possível se basear somente nessas informações; que havia a necessidade de informações complementares a partir da avaliação médica. Mesmo assim, disseram que poderia ser um recurso importante para o acompanhamento das crianças.

E1: Não, tem que ser com a criança porque tem pai que vai querer esconder, tem mãe que não admite e aí eu acho que tem que juntar, o que você vê com o que ele fala porque às vezes o que você vê não condiz com o que ele fala. O trabalho com os pais ajudaria.....

E3: É meio relativo, depende do pai porque tem algumas mães que não relatam tudo né. A gente poderia até estar observando a criança e trabalhar com as informações dos pais facilitaria nosso trabalho também.

E4: Eu acho que é complementar porque até o exame físico, o exame clínico que a gente faz, tudo o que os pais falam a gente considera como complementar, a gente não exclui, mas também não deixamos como resultado final o que eles falaram, a gente geralmente tem a parte do exame clínico que a gente considera tanto o que foi visto por anamnese tanto por o que a gente viu. Facilitaria com certeza, até porque assim, quando um pai chega e cita algum problema, alguma dificuldade, a gente já sabe mais ou menos como a gente vai lidar e o que a gente vai avaliar mais profundamente, então é mais fácil.

E5: Diante ao nosso código de ética a gente tem sempre que acreditar no que o paciente, o cuidador, a mãe fala, no dia-a-dia, conforme a gente vai conhecendo a criança a gente tem um pouquinho do tato do que está acontecendo, mas a gente tem que confiar sim [...] E tem mês aqui que é inviável trabalhar só com a criança, mas tem que ser com os pais, com os cuidadores mesmo [...] Eu acredito que é os dois, como anda sozinho e raramente cai, o andar sozinho a gente sabe observar, o raramente cai é a mãe em casa que está vendo no dia-a-dia, o que está acontecendo, mas facilitaria sim, com certeza.

Como dito anteriormente, para E2 as informações fornecidas pelos responsáveis das crianças seriam suficientes, não haveria necessidade de informações complementares.

E2: Com certeza facilitaria porque é a mãe mesmo que observa, mesmo o agente comunitário que está mais ligado à família do que a gente, numa visita não dá para ele perceber se tem alguma coisa. A mãe está ali com a criança, principalmente essa parte de desenvolvimento a mãe está atenta no que ele está fazendo e falando com o agente, é muito rápido, então eu acho que daria para usar essa estratégia.

12) Inserção da avaliação do desenvolvimento infantil na rotina do PSF

Todas as participantes consideraram possível inserir na rotina do Programa de Saúde da Família a avaliação proposta por esse instrumento. E1 e E3 reafirmaram que a pré-consulta seria o melhor momento para a realização dessa avaliação; E2 disse que não teria

dificuldades em função do número de crianças não ser alto e pelo fato de não haver necessidade de fazer todo mês com todas as crianças; E4 falou que a Puericultura já é um tempo de dedicação à criança e que esse procedimento poderia ser incluído neste momento; e E5 que o ideal para esse trabalho seria o Programa da criança, porém teria dificuldades para implantação em função da demanda de atendimentos existente na Unidade e da falta de tempo em função do número de profissionais.

E2: Com certeza porque não são tantas crianças assim, você não vai fazer isso mensalmente em todas elas.

E4: Sim, com certeza. Eu acho que seria viável realmente na puericultura porque seria um espaço que já é para a criança, então eu acho que seria bem mais fácil da gente conseguir avaliar as crianças que acabam passando em consulta, todas as crianças né...

E5: Sim, daria sim, no Programa da Criança por exemplo, mas é aquilo que eu te falei, seria viável, mas pela faixa etária eu não sei se a gente conseguiria cobrir todas as crianças, isso eu não sei se eu conseguiria...

[...]

E5: ...mas o tempo seria um dos empecilhos, com certeza. Hoje a gente trabalha das 7 às 11, tem em média 20 consultas, olha o tempo para cada consulta, varia de paciente para paciente...

[...]

E5: ...hoje devido ao número de profissionais atuantes fica um pouco complicado por essa questão...

Além disso, E3 também destacou a possibilidade de incluir esse instrumento no Programa da criança; E4 apontou algumas dificuldades que poderia encontrar para realizar esse procedimento na pré-consulta, como a falta de tempo; e E5 falou sobre a opção em treinar os agentes de saúde para essa função devido à sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.

E3: Agora nós vamos começar a trabalhar com um protocolo da criança, a gente está fazendo alguns protocolos, começamos pelo o da gestante e agora o da criança, mas não é só aqui, é em todas as Unidades, a gente não tem nenhum protocolo ainda. Nós

estamos junto com a articuladora da saúde básica e ela está ajudando a gente né, nós vamos começar a fazer e aí poderíamos incluir.

E4: ...mas é mais difícil de a gente [enfermagem] usar até por conta do tempo porque, às vezes você vê, a gente faz uma pré-consulta, é um tempo muito curto até o médico chegar, tem que ser muito rápido...

E5: Para nós essa é a dificuldade, por exemplo, aqui trabalha eu e técnica, aí teria que saber quem poderia estar trabalhando com esse questionário, porque eu poderia pensar, se puder, as agentes comunitárias fazerem esse acompanhamento em casa. Penso que seria uma possibilidade, que existisse um treinamento para todos, acho que não teria problema porque hoje ainda é muito vago a saúde da criança, está começando a ser estruturado o programa, inclusive a gente precisa elaborar para o ano que vem um protocolo de saúde da criança e aí vai estar constando quais serão os instrumentos utilizados para essa questão do desenvolvimento [...] e esse pode sim ser um instrumento a ser utilizado, com certeza.

13) Pontos positivos e negativos da avaliação do desenvolvimento infantil

Os pontos positivos da avaliação do desenvolvimento infantil citados pelos participantes foram: possibilidade de se ter uma visão geral do desenvolvimento da criança; uma forma de dar mais atenção à criança, independente do número de pacientes, bem como uma avaliação global e não só da queixa; instrumento ser um parâmetro para avaliar o que é esperado para cada faixa etária; além de fornecer conhecimento sobre o assunto e um norteador para o profissional.

Quanto aos pontos negativos foram citados a falta de tempo (E1 e E2); o funcionamento atual dos PSFs, alta demanda de atendimentos (E1, E2 e E5); e escassez de profissionais nas Unidades. As participantes E3 e E4 disseram que não viam nenhum ponto negativo em uma ação que beneficiaria o acompanhamento das crianças.

14) Ações frente a suspeita de atraso no desenvolvimento infantil no município

Todas as participantes foram otimistas em relação à infraestrutura oferecida pelo município; disseram que teriam a facilidade de encaminharem para os serviços de outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, médicos especialistas que atendem no Centro de Especialidades (CEM) e até mesmo para serviços fora do município.

E1: Se for problema de fala tem a fono para encaminhar, avaliação da fono, da fisioterapeuta e do pediatra, a gente pode encaminhar também. Aí alguma coisa fora do município tem que o pediatra solicitar.

E2: O médico estaria encaminhando. No município tem terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, tem uma equipe. Primeiramente teria que descobrir o que está retardando o desenvolvimento e depois encaminhar para o profissional. O pediatra pode encaminhar para a nossa referência que é São Carlos.

E3: A gente encaminha para o pediatra e se tiver alguma outra coisa o encaminhamento é feito por ele. Aqui o Dr. atende como clínico, então se tem alguma coisa que não está no alcance dele, ele encaminha para o pediatra, aí é feito o atendimento lá no centro de especialidades.

E4: Geralmente é assim [...] geralmente eles [médicos das Unidades] pedem um encaminhamento, vem da parte dele a decisão do que ele deseja e eu, quando é possível dentro da cidade já mando, converso com a Secretária da Saúde e já damos uma solução para o caso, mesmo que não seja na cidade a gente dá um jeito de encaminhar. Aqui na cidade geralmente é mais no Cem né, então é o pediatra. Mas assim, existem algumas referências, a gente não pode pular isso, por exemplo, quando ele quer uma avaliação porque ele acha que a criança precisa de uma internação, um acompanhamento mais específico, ele encaminha para o pediatra do Cem ou para outra especialidade, mas quando é criança nessa faixa etária é para o pediatra.

E5: Primeiramente a avaliação com o clínico do PSF e ele vendo a necessidade teria a tranquilidade para encaminhar para o pediatra, eu não sei depois do pediatra. A criança a gente tem um olhar especial, uma questão de 'vamos agilizar', apesar do SUS oferecer tudo, ele no final deixa muito a desejar, mas aqui [...] é uma coisa que eu tenho tranquilidade em dizer que qualquer coisa que estiver fora do normal, vai ter uma atenção voltada para a criança, isso com certeza. Eu não sei se pelo número da população, pela acessibilidade que a gente tem a nível de Secretaria de Saúde porque eu posso sentar com a minha Secretária hoje, apresentar uma criança com isso, isso e isso, tentaria todos os recursos que a gente tem aqui e, se tiver a necessidade, estar encaminhando.

15) Profissional responsável em detectar problemas de desenvolvimento no PSF

De acordo com as participantes, a responsabilidade em detectar problemas de desenvolvimento seria do médico (E2); dos agentes de saúde, da enfermagem e do médico (E1); da enfermagem e do médico (E3); de todos os profissionais de saúde com maior ênfase na função do médico (E5); e de todos os profissionais da saúde e do professor, em função do seu convívio com a criança.

E4: Eu acho que é multiprofissional, às vezes são vários profissionais e eu acho que hoje está incluindo nas escolas né [...] apesar da gente estar na saúde tem coisa que a gente não identifica porque nosso espaço, às vezes, é mais limitado, a gente não passa muito tempo com a criança. Às vezes é o professor, como muitas vezes acaba acontecendo, o professor acaba relatando para a gente o que está acontecendo porque é capacitado para isso, geralmente já sabe como que é o desenvolvimento da criança e é mais fácil porque está no dia-a-dia, é mais fácil para identificar.

Além das informações descritas acima, as participantes relataram outras questões também importantes.

E1 destacou o problema da falta de informações nos prontuários das crianças em função dos médicos não fazerem um registro detalhado de todas as avaliações feitas das crianças.

E1: Você pode até ver nos prontuários o que é anotado, você não vê nada, você não vê o desenvolvimento da criança. E é uma coisa, assim, já aconteceu diversas vezes, de ser uma criança que dá problema no Conselho [tutelar] ou a própria justiça requisitar, às vezes você fica meio amarrado, você tem que colocar que o que aconteceu, estava fora da enfermagem e para você provar que passou pelo médico? Isso é uma das coisas. Agora quando é problema mesmo de saúde, envolve também, é complicado, você não tem o histórico da criança, como que é.

E4 descreveu a frequência de consultas para as crianças de acordo com o Ministério da Saúde. O recém-nascido com menos de 15 dias passa por uma consulta da enfermagem onde é realizada algumas orientações sobre o aleitamento materno e é verificada a cicatrização do umbigo e se a criança tem icterícia. Além disso, é feita a triagem neonatal e a vacina BCG. A partir do primeiro mês de vida as consultas são com o médico e a frequência é:

do primeiro mês ao sexto a consulta é mensal, dos sete aos 12 meses a consulta é a cada dois meses, de 13 à 24 meses a consulta é a cada quatro meses e dos dois até os cinco anos a consulta é semestral.

Da mesma forma que o médico desta Unidade, esta participante relatou também a importância das consultas de enfermagem e sua dificuldade de implantação em função da baixa aceitação por parte da população.

E4: [...] Essa frequência de consulta é de acordo com o Ministério da Saúde. Se a gente for pesquisar o Ministério da Saúde tem a referência de uma consulta médica, uma de enfermagem, uma médica, uma de enfermagem, mas a gente não conseguiu fazer aqui ainda, até porque tem uma dificuldade dos pais aceitarem a consulta de enfermagem, eles querem a consulta médica, a gente sabe que poderia ser feito, mas é uma coisa mais de aceitação. Quando eu vim para cá o médico acabou me passando que era mais difícil fazer uma consulta médica e uma de enfermagem por conta disso, mas o Ministério da Saúde preconiza que seria um consulta médica e uma de enfermagem, mas dentro desses períodos.

E5 relatou que, apesar da Ficha ser um material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, nunca teve conhecimento sobre o instrumento.

E5: [...] como você disse, que já é do Ministério, então acredita-se que todos os profissionais teriam que ter o conhecimento sobre ele né, sendo que nesses 3 anos de PSF para nós nunca chegou assim... faça ou tem essa possibilidade...

Em resumo, pode-se dizer que três participantes possuem uma formação voltada para a saúde pública e, com exceção de E2, todas têm pouca experiência profissional. As análises das entrevistas mostraram que não foram todas as participantes que relataram avaliar o desenvolvimento infantil nas Unidades. Neste momento é importante destacar a diferença nos relatos de E3, E2 e E5, pois quando indagadas sobre a realização da avaliação do desenvolvimento infantil nas Unidades a primeira respondeu que “não”, que só avaliavam o peso e a altura das crianças, enquanto que as outras profissionais disseram que “sim”, mas não da forma como deveria ser feito, que ficavam apenas na avaliação das medidas antropométricas. Ou seja, na primeira situação a participante não incluiu essa avaliação como sendo um

acompanhamento do desenvolvimento da criança e na segunda as profissionais consideraram a avaliação das medidas antropomórficas como parte do desenvolvimento infantil.

Outros dados obtidos das entrevistas mostraram que o instrumento poderia contribuir como uma complementação da avaliação clínica por apresentarem itens relevantes, áreas investigadas adequadas e por ser de fácil aplicação. Todas relataram que o procedimento seria útil na consulta médica e consideraram possível inserir na rotina do PSF a avaliação do desenvolvimento. Por outro lado, apenas E1 e E4 conheciam algum instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil e destacaram algumas dificuldades para a realização desse tipo de trabalho, como falta de tempo em função do baixo número de funcionários nas Unidades, a não existência de um instrumento para tal finalidade e a alta demanda de atendimentos.

Vale ressaltar que, do mesmo modo que os médicos, as participantes que citaram pontos negativos na avaliação do desenvolvimento infantil elencaram dificuldades de inserir esse tipo de procedimento na rotina do PSF em função de sua forma atual de funcionamento e não problemas com a avaliação propriamente dita. E, quando perguntado sobre de quem seria a responsabilidade em avaliar o desenvolvimento infantil, em todas as respostas o médico foi citado e em quatro as próprias enfermeiras se incluíram no grupo de profissionais responsáveis por esse trabalho.

Além de todos os resultados descritos acima, é importante destacar algumas questões nas quais os participantes, da mesma Unidade, não tiveram a mesma opinião. Sobre a categoria “Ações frente a suspeita de atraso no desenvolvimento no município”, os médicos do PSF3 e do PSF 4 disseram que o município oferecia poucos recursos para atender crianças que poderiam apresentar algum atraso em seu desenvolvimento, enquanto que as enfermeiras disseram que tinham condições de encaminhar essas crianças para os serviços disponíveis. Quanto à categoria “Realização de avaliação do desenvolvimento infantil” foi possível identificar a incompatibilidade nos relatos dos participantes da Unidade 1, pois o médico disse que é realizado a avaliação do desenvolvimento infantil, enquanto que a enfermeira disse que essa conduta não faz parte da rotina do PSF. A mesma posição teve a participante E2 quando afirmou que esse tipo de avaliação não é realizada como deveria ser, pois só realizam a avaliação das medidas antropomórficas das crianças. Este dado da participante foi comparado com o do médico da Unidade 1 em função dos dois PSFs se encontrarem no mesmo espaço físico e este

profissional ser responsável também pelo atendimento da população desta Unidade em decorrência da falta de médico.

Um dado relevante a ser destacado foi o fato dos participantes da Unidade 4 (M4 e E4) terem relatado a importância da consulta da enfermagem no funcionamento do PSF e as razões para este procedimento não ser realizado. Talvez seria uma alternativa viável para melhorar o trabalho realizado nas Unidades, como diminuir a demanda espontânea para os atendimentos, uma vez que esse tipo de consulta é preconizada pelo Ministério da Saúde.

Por fim, de acordo com o objetivo proposto para esta etapa pode-se dizer que, em relação à contribuição de um instrumento baseado no relato dos pais, dois médicos (50%) e quatro enfermeiras (80%) afirmaram que as informações fornecidas pelos pais tinham que ser consideradas complementares à avaliação da criança, pois, na maioria das vezes, não eram informações totalmente confiáveis, ou seja, os relatos dos pais deveriam ser considerados com cautela e não excluídos da avaliação. Porém, todos participantes (médicos e enfermeiras) relataram ser possível inserir na rotina dos Programas de Saúde da Família procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil, mesmo com a existência de algumas dificuldades.

O Quadro 19 apresenta uma síntese comparativa das principais informações obtidas das entrevistas com os médicos e com as enfermeiras.

QUADRO 19: Síntese comparativa das principais informações fornecidas pelos participantes.

Médicos	Enfermeiras
Reconhecem a importância de realizar avaliação do desenvolvimento infantil	Reconhecem a importância de realizar avaliação do desenvolvimento infantil
Todos acompanhavam o desenvolvimento infantil	E1: não
	E3: não, só peso e altura
	E2 e E5: sim, porém só peso e altura
	E4: procedimento a critério do médico
Instrumento pode contribuir como complementação da avaliação clínica	
Procedimento útil na consulta	
Possível inserir na rotina do PSF a avaliação do desenvolvimento infantil	
Dificuldades: falta de tempo, alta demanda de atendimentos, falta de profissionais	
M3 e M4: município oferecia poucos recursos para	E3 e E4: município oferecia recursos para
encaminhamentos	encaminhamentos
2 não conheciam o instrumento	3 não conheciam o instrumento
M4 e E4: importância da consulta da enfermagem no PSF	
Informações fornecidas pelos pais como	Informações fornecidas pelos pais como
complementares a avaliação (2)	complementares a avaliação (4)

DISCUSSÃO

De acordo com Glascoe (2000^a), o impacto dos fatores de risco do ambiente no qual a criança está inserida pode não ser visível no seu desenvolvimento até os três anos de idade. Além disso, somam-se a essa questão as dificuldades relatadas pelos médicos em acompanhar o desenvolvimento da criança, como grande demanda de pacientes; tempo de consulta reduzido; exame não ser baseado na monitoração do desenvolvimento, mas na queixa que a mãe traz; falta de organização dos serviços de saúde para a realização do acompanhamento do desenvolvimento infantil e a pouca valorização desses aspectos; falta de um “ajudante” para esse trabalho, uma possível adesão limitada das crianças em realizar as atividades esperadas pelo profissional; preocupação sobre a acurácia e duração das boas ferramentas de triagem; além do cansaço, da distração, da sobrecarga dos profissionais (LOPREIATO, 2000; GLASCOE, 2000^a; COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2001; DELLA BARBA, 2002; FIGUEIRAS, et al., 2003; SAND, et al., 2005). Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar a contribuição de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais na avaliação infantil realizada em Programas de Saúde da Família. Ou seja, em função da importância de uma conduta preventiva para atrasos no desenvolvimento infantil e da dificuldade em realizá-la, este trabalho buscou investigar a contribuição de uma forma alternativa de avaliação do desenvolvimento das crianças. Em função dos resultados obtidos foi possível destacar alguns pontos importantes a serem discutidos.

O fato dos prontuários não terem um protocolo a ser seguido faz com que não haja um padrão de registro das informações, por exemplo, muitos prontuários não possuíam a conduta médica diante de uma determinada queixa ou não possuíam o registro do motivo da consulta. Assim, é possível levantar a hipótese de que quando há substituição de um médico o acompanhamento dos pacientes pelo novo profissional seria mais fácil se houvesse um protocolo padrão para o registro das informações durante as consultas (queixa, diagnóstico, procedimentos realizados, medicação prescrita, desenvolvimento infantil, observações relevantes, informações fornecidas pelo responsável, entre outras), pois assim o histórico médico de cada paciente poderia ser acompanhado regularmente por todos os profissionais, principalmente quando houvesse algumas mudanças no quadro de funcionários. Da mesma forma seria para o

acompanhamento do desenvolvimento infantil, haveria um registro sistemático de toda a evolução da criança, mesmo com a rotatividade dos profissionais. Além da ausência do histórico da saúde e da avaliação do desenvolvimento, a enfermeira da Unidade 1 também enfatizou uma dificuldade em não existir todas as anotações nos prontuários, como informações de crianças que apresentam algum problema no Conselho Tutelar e que, muitas vezes, são requisitadas pela justiça. Mais um problema decorrente da falta de um padrão de registro das informações durante os atendimentos nas Unidades. Estes dados obtidos convergem com o trabalho de Silva e Neto (2007) que teve como objetivo analisar os prontuários médicos dos hospitais filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Entidades de Ensino (Abrahue). Os autores enfatizaram que a qualidade dos registros analisada nos prontuários, de modo geral, é desanimadora e que necessitam de alterações urgentes. Além disso, citaram o estudo de Novaes (1998) o qual ressalta que o registro de informações nos prontuários dos pacientes deveria ser uma conduta rotineira de todos os profissionais da área da saúde e que este é um documento de extrema importância que tem como finalidade “demonstrar a evolução da pessoa assistida, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação e assinalar todas as medidas associadas, incluindo a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde” (p.114).

O presente estudo expandiu os dados encontrados por Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), pois, além de mostrar a alta incidência de queixas relacionadas à saúde, ou seja, que a grande maioria da população ainda procura os serviços de saúde com o objetivo de cura da doença e não como uma conduta de prevenção, indicou também a ausência de uma conduta com a finalidade de detectar precocemente atrasos no desenvolvimento infantil. A busca por consultas “curativas” evidente neste trabalho reforça os dados obtidos por Costa (1985) que enfatiza a necessidade do atendimento ser programado com revisões periódicas e não ser um atendimento isolado, consultas de pronto-atendimento. Pinto e Coelho (2008) ressaltam a dificuldade das equipes em conciliar as ações programadas com os atendimentos de demanda espontânea e que na prática ocorrem os extremos, ou seja, algumas equipes dedicam-se apenas às ações de pronto-atendimentos, enquanto que outras realizam exclusivamente ações programadas. A primeira situação é a mais característica da realidade das equipes participantes do presente estudo, pois, além da grande demanda, a população usuária das Unidades ainda busca atendimento para cura da doença e não como uma conduta preventiva. Um questionamento

advindo desses dados foi: será que um menor número de queixas de saúde faria os médicos realizarem avaliação do desenvolvimento nas Unidades? Em função disso poderia haver maiores possibilidades, maiores chances de estratégias para executarem esse programa preventivo, uma vez que haveria mais tempo disponível para a avaliação, para a conscientização dos responsáveis pela criança da importância de tal conduta.

Além disso, esses autores (PINTO; COELHO, 2008) destacam a importância das equipes terem um equilíbrio quanto à conduta, ou seja, elas precisam executar tanto ações coletivas (Programas) quanto ações individuais (demanda espontânea). Porém, mesmo em uma consulta de pronto-atendimento é preciso aproveitar esse momento para realizar uma avaliação detalhada do crescimento, do desenvolvimento no caso das crianças, por exemplo (ALMEIDA, 2008). Nesse sentido, pode-se observar que havia este objetivo nas Unidades analisadas, conciliar os atendimentos agendados com os da demanda espontânea, porém a dificuldade encontrava-se no baixo número de profissionais nas Unidades, no grande número de pacientes, na rotatividade dos profissionais, na falta de conscientização da população do ideal funcionamento de um Programa de Saúde da Família, entre outras. Dessa forma, os resultados do presente trabalho evidenciam que, pelo menos no âmbito da saúde da criança, o modelo de saúde em prática está em transição e ainda supervaloriza a assistência curativa, especializada e no papel dominante do médico ao invés de valorizar as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de atenção integral às pessoas, como propõe o Programa de Saúde da Família lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

Um dado importante a ser destacado também é a baixa incidência de consultas sem queixas, ou seja, as pessoas ainda têm o hábito, a cultura de procurar ajuda médica diante de algum problema específico e não uma conduta preventiva voltando aos postos regularmente para consultas de rotina. Vale ressaltar também a baixa frequência de registro da conduta médica em avaliar o desenvolvimento infantil, assim como as queixas ou informações apresentadas pelos responsáveis referentes ao desenvolvimento da criança; ênfase dada também no trabalho de Figueiras et al. (2003). Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que das 60 crianças avaliadas a partir do relato de seus responsáveis, 38 (63,34%) falharam em executar algum marco do desenvolvimento para a sua idade segundo o instrumento utilizado. Mais preocupante do que esse dado é o fato de que estas crianças não tinham em seu prontuário nenhum registro sobre avaliação do seu desenvolvimento e mais da metade dessas crianças passaram pelas

Unidades frequentemente. De acordo com o relato de M1 e M4 a avaliação do desenvolvimento é realizada, porém não registrada. Neste caso encontra-se a dificuldade de um acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil em função da rotatividade de profissionais, como citado acima. Justamente em função da rotatividade de profissionais nas Unidades, argumento utilizado para a não realização de Programas de acompanhamento, essa conduta deveria ser valorizada, reforçada pelos profissionais. Outro dado desta pesquisa a ser discutido sobre este acompanhamento sistemático é o fato de que as consultas médicas tendem a diminuir com o avanço da idade da criança, enquanto que o aparecimento de “problemas” no desenvolvimento infantil não diminui, de acordo com os dados obtidos. Fato que agrava a situação, pois quanto mais tardia a identificação de algum sinal de risco para o bom desenvolvimento da criança, mas difícil evitar o aparecimento de algum problema, bem como fazer com que este não progrida. Ou seja, enquanto a ênfase da avaliação infantil estiver nas queixas de saúde, as oportunidades em detectar atrasos serão perdidas e as consequências da identificação tardia estarão presentes no desenvolvimento da criança.

Vale destacar também que das crianças prematuras, somente uma deixaria de apresentar alguma falha em um marco do desenvolvimento quando considerada sua idade corrigida, ou seja, cinco crianças ainda continuariam sendo caracterizadas como não tendo um desenvolvimento normal para a sua idade. Essas crianças fazem parte de uma população considerada de risco e, conseqüentemente, deveriam ter uma atenção maior dos profissionais da saúde quanto ao seu desenvolvimento; da mesma forma deveria acontecer para aquelas crianças prematuras que apresentaram um desenvolvimento normal. Os dois grupos (prematuros que não apresentaram nível de desenvolvimento normal e prematuros que apresentaram níveis esperados para a idade) seriam beneficiados por programas de intervenção e/ou estimulação precoce como uma tentativa de evitar o aparecimento de algum problema, de eliminar um problema ou de amenizar as conseqüências de um atraso no desenvolvimento. Atualmente as crianças não são avaliadas, mas será que a existência de programas de intervenção tem influência na execução de programas de avaliação do desenvolvimento infantil? A primeira é condição para que as crianças tenham um acompanhamento sistemático e preventivo quanto a atraso no desenvolvimento? É uma via de mão dupla? Pesquisas futuras que foquem programas de intervenção precoce são fundamentais como estudos complementares do presente trabalho, pois poderão indicar a conduta dos profissionais dos Programas de Saúde da Família quanto à avaliação do

desenvolvimento infantil e qual é a condição necessária para que um trabalho preventivo seja realizado.

É preocupante pensar no número de crianças que estão em uma condição, no mínimo, de risco para o seu desenvolvimento e na ausência de uma conduta adequada para um acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil. Neste momento é importante destacar o alto índice de crianças que não apresentaram um desenvolvimento normal para a idade. É preciso pensar em possíveis explicações para esse fato, como os pais serem mais críticos para avaliar o desenvolvimento de seus filhos, problemas de entendimento dos participantes, entre outras. Durante a aplicação do instrumento não ficou evidente este tipo de problema; quando o participante não entendia alguma questão foram utilizados exemplos práticos para facilitar a compreensão. Por exemplo, quando perguntado “fica sobre um pé, momentaneamente” para uma mãe, esta disse que não saberia responder e, então, foi perguntado “quando você precisa colocar uma calça ou bermuda na criança, ela consegue ficar em pé e colocar uma perna de cada vez?”, a responsável respondeu afirmativamente a pergunta. Neste sentido, futuras pesquisas deveriam seguir o caminho de uma investigação mais detalhada de uma população semelhante com a do presente estudo para verificar o índice de crianças que não apresentam um desenvolvimento normal.

Uma oportunidade presente nas Unidades para se realizar, ao menos, a avaliação do crescimento é a existência do Gráfico de crescimento para o acompanhamento da criança nas consultas, porém o que foi observado nos registros não reflete esse acompanhamento sistemático. Das 60 crianças avaliadas, em apenas quatro prontuários constavam os gráficos preenchidos e atualizados e, somente duas, do total de 38 crianças que não apresentaram o desenvolvimento normal, tinham em seus prontuários o gráfico de crescimento de acordo com sua idade. Esses resultados expandem os dados registrados pela Secretaria Executiva do Estado do Pará (SESPA, 2000), pois além de verificar que não há registros de avaliação do desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, um possível encaminhamento tardio de crianças com problemas, o presente estudo identificou que também não há o registro adequado no Gráfico de crescimento, o qual poderia ser uma possibilidade mais próxima das reais condições dos profissionais realizarem um acompanhamento mais sistemático da criança, pelo menos em relação ao seu crescimento. Uma possível justificativa para esses dados encontrados é que esse tipo de avaliação seja feita no Programa Viva Leite, pois, segundo relato das enfermeiras, é necessário pesar e medir a criança

em toda a retirada do leite por seus responsáveis (o que acontece mensalmente) e, geralmente, são os agentes de saúde ou as técnicas de enfermagem que realizam esse trabalho. Dessa forma, pode-se pensar que esse tipo de controle é feito em um momento diferente do da consulta médica e por isso não há o registro atualizado nos prontuários das crianças. Mas, o relato de E1 indicou que essa prática não é realizada como deveria e, dessa forma, a oportunidade mais concreta de acompanhar essas crianças não se efetiva, acentuando, assim, a demora, o atraso em identificar algum problema no desenvolvimento da criança, e, conseqüentemente, a perda da possibilidade de garantir as melhores condições de vida para ela.

Além disso, fica o seguinte questionamento: este tipo de registro, mesmo que seja o do acompanhamento do crescimento da criança, não deveria estar mais presente na rotina de consultas da criança nos Programas de Saúde da Família? Há consenso de que deveria e por isso é importante que futuros estudos investiguem mais detalhadamente este procedimento realizado nas Unidades de Saúde. Pode-se afirmar que esta é mais uma variável que pode estar interferindo na sistematização de uma rotina de registros sobre uma dada criança em seu prontuário. Há uma forte evidência de que os postos de saúde desenvolvem vários programas de atendimento a mesma população e estas ações não se integram de forma a refletir seus resultados no prontuário desta população.

Em função do levantamento realizado na literatura quanto aos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil e às dificuldades dos médicos para realizá-la (por exemplo, COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2001), optou-se pelo uso da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento disponibilizada pelo Ministério da Saúde com a hipótese de que haveria uma probabilidade maior de ser conhecida e utilizada pelos médicos dos Programas de Saúde da Família. Porém, apesar de ser conhecida por três participantes (médicos), ela não era utilizada por eles em seus atendimentos às crianças. E, mesmo sendo um instrumento de fácil acesso e disponível há oito anos, os trabalhos na literatura que utilizam esse material são escassos. Dessa forma, o presente estudo vem a contribuir para a área de avaliação do desenvolvimento infantil com a população brasileira no âmbito da Saúde Pública, bem como para Políticas de Saúde Pública.

Os médicos enfatizaram a dificuldade em realizar este tipo de trabalho nas Unidades em função da falta de profissionais, da grande demanda de pacientes, da escassez de

tempo das consultas, dados que convergem com os descritos na literatura (LOPREIATO, 2000; GLASCOE, 2000^a; COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2001; DELLA BARBA, 2002; FIGUEIRAS, et al., 2003; SAND, et al., 2005). Este fato nos remete a alguns dados da literatura que podem ser considerados como possíveis alternativas para suprir essa necessidade. Por exemplo, Almeida (2008) cita em seu trabalho algumas recomendações para a prática do profissional que atua na atenção básica de saúde, como a utilização de um calendário de consultas que alterne consultas médicas com consultas de enfermagem com o objetivo de otimizar o tempo dos médicos para se dedicarem aos casos mais graves, fortalecer o trabalho em equipe e usufruir melhor o potencial do profissional da enfermagem. Baseado nos resultados do presente estudo é possível questionar se a maior rotatividade dos médicos pode justificar um maior investimento nos profissionais de enfermagem em função de, aparentemente, permanecerem por mais tempo nos postos de saúde e, conseqüentemente, garantiria a continuidade dos serviços de avaliação do desenvolvimento infantil por mais tempo. Nas entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros foi citada por alguns participantes a pré-consulta como momento adequado para inserção da avaliação do desenvolvimento na rotina do Programa de Saúde da Família, sendo o enfermeiro o profissional responsável por esse procedimento. Outro dado que converge com a literatura (ALMEIDA, 2008) diz respeito às consultas da enfermagem citadas pelo médico e pela enfermeira da Unidade 4, ambos enfatizaram a importância dessa conduta para o bom funcionamento do Programa. Dessa forma, é indicado para próximas pesquisas uma investigação mais específica sobre as especificidades das funções do profissional da enfermagem com o objetivo de otimizar seu trabalho e fazer com que assuma suas funções para as quais está credenciado (por exemplo, as consultas de enfermagem) e na proposição de ações que possam refletir em uma maior valorização deste profissional por parte dos demais integrantes da equipe de saúde e da população que se utiliza dos serviços destes centros de saúde, como por exemplo, campanhas de divulgação e esclarecimento sobre as funções deste profissional. Apesar do destaque de possíveis alternativas para suprir as dificuldades de se realizar avaliação do desenvolvimento infantil na saúde pública, é interessante registrar que o tempo médio de aplicação do instrumento utilizado neste estudo foi de cinco minutos e, em função disso, pode-se enfatizar que é uma questão de prioridade este tipo de Programa.

Ainda em relação aos dados das entrevistas, pode-se dizer que algumas informações fornecidas pelos médicos e enfermeiras foram compatíveis, pois reconheceram a importância de realizar a avaliação do desenvolvimento; acreditaram que o instrumento poderia contribuir de uma forma complementar à avaliação clínica por apresentar itens relevantes, áreas investigadas adequadas e ser de fácil aplicação; todos disseram que esse procedimento (utilização do instrumento) seria útil na consulta médica; e consideraram possível inserir a avaliação do desenvolvimento infantil na rotina do PSF. Algumas dificuldades para realizar esse trabalho também foram compatíveis com as citadas pelos médicos, como falta de tempo, grande demanda espontânea para atendimentos e número insuficiente de profissionais nas Unidades, dificuldades estas também apontadas por Glascoe (2000^a). Na mesma direção do estudo de Figueiras et al. (2003) no qual os participantes (médicos e enfermeiros) reconheceram a importância da opinião dos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos, mas na prática não utilizavam este recurso; o presente estudo revelou que apesar dos médicos e enfermeiros reconhecerem a importância da avaliação do desenvolvimento infantil, não utilizam este recurso. Em função destes resultados encontrados são necessárias mais pesquisas sobre este tema e com essa população para que se possam criar estratégias procedimentais consideradas importantes na atividade profissional.

Além disso, quando os médicos dizem que realizam a avaliação dos marcos do desenvolvimento não costumam anotar suas observações sobre a criança no prontuário. Então, se fazem a avaliação do desenvolvimento por que não anotam? Este fato destaca a necessidade de se pensar nas questões éticas decorrentes desta situação, uma vez que reconhecem a importância de avaliar o desenvolvimento infantil como uma conduta preventiva e, para alguns médicos, a falta de recursos no município não viabiliza este trabalho. Independentemente desta disponibilidade, existem alternativas para que essas crianças que não apresentaram um desenvolvimento normal na avaliação tenham um acompanhamento apropriado, o próprio médico pode exercer sua influência para requisitar algum tipo de tratamento no município ou fora dele. O que parece não ser aceitável é justificar a não execução de uma avaliação do desenvolvimento infantil adequada por falta de recursos. Foi possível identificar algumas incoerências nos dados obtidos, uma vez que alguns médicos disseram que realizavam avaliações do desenvolvimento da criança, mas não havia registros sobre estas avaliações e a enfermeira da Unidade 1 disse que este procedimento não era realizado na Unidade, enquanto que o médico

disse que fazia esta avaliação. Nessa mesma temática Figueira et al. (2003) revelou em seu estudo que 64,8% dos médicos e enfermeiros participantes disseram que costumavam perguntar às mães o que elas achavam sobre o desenvolvimento de seus filhos, mas somente 21,8% disseram que os profissionais que as atenderam quiseram saber sua opinião sobre o desenvolvimento de seus filhos; enquanto 70,6% dos profissionais disseram avaliarem rotineiramente o desenvolvimento da criança, apenas 27,6% das mães relataram que o desenvolvimento de seus filhos foram avaliados pelos profissionais; e 70,3% dos profissionais disseram que orientam às mães sobre como estimular o desenvolvimento da criança, enquanto que 14,4% das mães informaram receberem estas orientações. Assim, novas pesquisas precisam de procedimentos mais específicos para avaliar essas incoerências encontradas nos discursos dos profissionais e dos usuários.

Outro ponto a ser destacado é o trabalho dos agentes de saúde realizado nas Unidades, pois em função do contato direto e freqüente com as famílias, da vivência na comunidade, eles podem vir a ser um intermediador eficiente para realizar um trabalho de prevenção de problemas de desenvolvimento infantil nas Unidades juntamente com os outros profissionais. Considerando que algumas das funções dos agentes de saúde são “identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientar as pessoas de acordo com as instruções da equipe de saúde; e acompanhar a situação de saúde das pessoas para ajudá-las a conseguir bons resultados” (p. 28, BRASIL, 2009b), pode-se pensar no papel fundamental que este profissional pode exercer no trabalho de conscientização da população sobre a importância em detectar precocemente sinais de atraso no desenvolvimento infantil, em função de ser uma pessoa da comunidade que pode facilitar o acesso, a comunicação das pessoas com as Unidades de saúde pelo vínculo estabelecido. A capacitação desses profissionais para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento infantil seria essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipe nos Programas de Saúde da Família. Mais um tema a ser pesquisado em futuros estudos que tenham como objetivo investigar mecanismos facilitadores para a inclusão de procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil na atenção primária. Importante enfatizar que o papel do agente de saúde seria o de identificar crianças com sinais de atraso no desenvolvimento, sendo a função de orientar a estimulação necessária para o caso reservada a um profissional mais capacitado, como o médico. É conhecido que os programas de intervenção precoce não

funcionam como deveriam e que uma das justificativas para não realizar avaliação do desenvolvimento é a não existência de um programa de intervenção acessível. Mas, se esses programas existissem será que a avaliação seria realizada? Da mesma forma, existe um material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e esse procedimento não é realizado na saúde pública.

E, como questionamentos resultantes do presente estudo pode-se citar: que profissional seria responsável pela avaliação do desenvolvimento infantil? Um profissional do desenvolvimento? O pediatra? E de quem seria a função de orientar os pais para buscarem serviços de acompanhamento e não somente quando seus filhos apresentam problemas de saúde? Será que uma campanha de divulgação além do ambiente dos Programas de Saúde da Família não seria o caminho? Quando perguntado às enfermeiras que profissional seria responsável pela avaliação do desenvolvimento infantil, todas citaram o médico e quatro se incluíram nesse grupo, ou seja, consideram-se responsáveis, mas listaram alguns problemas que as impedem de realizarem esse trabalho. A participante E4 citou, além dos profissionais da saúde, o professor como um profissional que poderia ser responsável por esse tipo de avaliação pelo tempo de convivência que tem com a criança. Para isso seria necessária uma integração entre os serviços de saúde e educação, o que também não é uma tarefa fácil, pensando que ainda se tem dificuldades de articulação entre diferentes programas inseridos na mesma Unidade de Saúde Básica, como mencionado anteriormente. No entanto, não se pode desconsiderar que pesquisas, como o trabalho de Gannam (2009), têm apontado que quando comparadas ao Teste de Denver II, tanto a percepção dos pais como a de professores parecem ser formas adequadas de triagem de suspeita de atraso do desenvolvimento. Dessa forma, a conscientização de toda a comunidade sobre a importância da avaliação do desenvolvimento infantil como prevenção de problemas, atrasos no desenvolvimento da criança seria fundamental para que este trabalho extrapolasse o ambiente das Unidades de saúde, uma vez que os profissionais dos Programas de Saúde relataram estarem sobrecarregados em suas funções, além de não conseguirem efetivar o funcionamento dos Programas de Saúde da Família como recomenda o Ministério da Saúde. Novas propostas que investissem massivamente no processo de avaliação do desenvolvimento infantil seriam importantes para que fossem incluídos outros profissionais e, conseqüentemente, diminuiria a sobrecarga dessa função da figura do médico. Assim, talvez facilitasse a realização de uma conduta preventiva para o desenvolvimento da criança, um dos objetivos da proposta para a Saúde pública no Brasil. Iniciativas básicas de conscientização da população poderiam ser

tomadas como uma primeira etapa para a inserção de um programa mais estruturado de avaliação do desenvolvimento infantil. Por exemplo, cartazes com marcos do desenvolvimento expostos nas Unidades poderiam estimular os usuários a se atentarem, a se questionarem mais sobre o desenvolvimento de suas crianças e, possivelmente, uma interação maior com os profissionais sobre esse tema pode resultar desta iniciativa.

Neste momento, é necessário enfatizar a ausência da efetivação de uma proposta do Ministério da Saúde, uma vez que o material utilizado para avaliar as crianças foi criado por uma equipe de especialistas em 2002, a pedido do próprio Ministério da Saúde, para que fosse inserido nos atendimentos à população infantil, com o objetivo de acompanhar sistematicamente o crescimento e o desenvolvimento da criança. Porém, em 2010, oito anos após sua criação, esse instrumento não era utilizado no município e também não era conhecido por dois médicos e três enfermeiras dos Programas de Saúde da Família. Vale lembrar que esta pesquisa foi realizada em uma cidade do centro do Estado de São Paulo, uma região conhecida como pólo tecnológico. Assim, do mesmo modo que propostas são criadas, é fundamental que haja políticas para implementá-las; é preciso que propostas como esta saiam do papel para beneficiarem a população brasileira como um todo.

É possível relacionar alguns pontos como contribuições do presente estudo. O levantamento na literatura de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais/responsáveis indicou a ausência de um material padronizado para a população brasileira. Mais do que isso, revelou a escassez de escalas confiáveis para sua adaptação para o objetivo proposto nesta pesquisa.

Em relação às informações contidas nos prontuários foram criadas classes de respostas, categorias e subcategorias para que fossem analisadas e esta categorização pode indicar dados importantes que deveriam estar presentes nos prontuários, uma vez que é considerado um documento de registro do histórico da saúde de cada paciente.

Outra questão foi a percepção da realidade dos Programas de Saúde da Família, ou seja, a rotatividade dos profissionais, alta demanda de pacientes, conduta baseada em uma ação curativa e não preventiva. Em função desses fatores, os Programas desenvolvidos nas Unidades para acompanhar a população de uma forma sistemática não são priorizados em detrimento as outras necessidades existentes. Nesse sentido foi possível identificar também qual é a rotina para o acompanhamento infantil na atenção primária, ou seja, não há um

acompanhamento sistemático das crianças, não só quanto à saúde, mas quanto a procedimentos preventivos para atraso no desenvolvimento.

A avaliação do desenvolvimento infantil realizada a partir do relato dos pais/responsáveis indicou a adesão da família neste estudo, pois somente uma pessoa se recusou a participar da pesquisa. Este é um dado que pode sugerir a possibilidade de incluir na rotina do Programa de Saúde da Família a participação dos pais na avaliação do desenvolvimento e facilitar a execução dessa prática, mesmo que tenha a necessidade de avaliar a criança juntamente com o relato dos pais. Dessa forma, a avaliação com base no relato dos pais poderia ser uma primeira iniciativa, mais rápida, que poderia captar em alguns casos sinais de atraso e proceder em um espaço curto de tempo o encaminhamento para programas de intervenção e, em outras circunstâncias, esta poderia ser complementada com uma avaliação com base na observação direta da criança. Pesquisas futuras podem comparar a avaliação do desenvolvimento da criança com o relato dos pais utilizando a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento para verificar se estes são fontes confiáveis como descrito na literatura. Neste estudo, em particular, pode-se dizer que este tipo de avaliação mostrou suas potencialidades (otimização do tempo para avaliação, adesão dos responsáveis, interesse dos pais pelo desenvolvimento de seus filhos), bem como alguns limites em alguns casos (necessidade de adequação da linguagem do material, utilização de exemplos cotidianos em alguns itens). Apesar das dificuldades o material se mostrou adequado para avaliar o desenvolvimento infantil.

As entrevistas realizadas com médicos e enfermeiras revelaram as suas percepções em relação à importância da avaliação do desenvolvimento infantil, a participação dos pais nesse processo, as dificuldades encontradas para a execução de tal conduta e, conseqüentemente, as reais condições de trabalho destes profissionais. No entanto, se faz necessário o investimento em mais pesquisas sobre qualidade da informação dos pais e o seu potencial para favorecer a avaliação de desenvolvimento infantil, sobretudo em contexto nacional.

De acordo com a hipótese levantada “um instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais/responsáveis das crianças auxilia a avaliação do desenvolvimento infantil por profissionais nos Programas de Saúde da Família”, pode-se afirmar que o presente estudo responde afirmativamente à questão, uma vez que, independente de

algumas dificuldades encontradas, os médicos e enfermeiras relataram que a participação dos pais seria importante no processo de avaliação do desenvolvimento infantil nas Unidades.

Por fim, esta pesquisa revelou também algumas limitações como a existência de poucos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil padronizados para a população brasileira. Mesmo que alguns instrumentos sejam utilizados frequentemente nas pesquisas, é importante que haja instrumentos com bons índices psicométricos e rápidos de serem aplicados para fortalecer os resultados obtidos e não utilizá-los com ressalvas. Outra questão é o fato de ter sido necessário adaptar um instrumento já existente para atingir os objetivos propostos, uma vez que não existe um instrumento padronizado que avalie o desenvolvimento infantil a partir do relato do responsável pela criança, fonte de informações eficiente de acordo com alguns autores (por exemplo, GLASCOE, 2000^a). É possível que os dados obtidos fossem diferentes dos encontrados neste trabalho se o instrumento empregado fosse mais adequado para o que foi proposto. Os resultados indicam a necessidade, para pesquisas futuras, de mais investigações sobre avaliação do desenvolvimento infantil em Programas de Saúde da Família; sobre as reais condições de trabalho dos profissionais nesses locais; e sobre como as políticas determinadas pelo Ministério da Saúde estão sendo incorporadas na realidade da Saúde Pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema proposto no presente trabalho é intrigante na medida em que se pensa que a avaliação do desenvolvimento infantil é um procedimento básico na atenção primária de saúde, uma vez que tem como objetivo prevenir um atraso ou amenizar as consequências deste atraso no desenvolvimento da criança. Ao mesmo tempo, parece que essa prática não tem espaço nos Programas de Saúde da Família em função das dificuldades encontradas para exercerem suas reais funções. Com o intuito de elaborar uma proposta viável para que a avaliação do desenvolvimento infantil fosse inserida nos Programas de Saúde da Família, alguns objetivos foram determinados e a seguir há um breve relato dos principais dados encontrados para cada etapa indicada.

- Etapas 1: Localizar um instrumento de triagem de desenvolvimento na literatura, apontado por ela como o mais relevante e adequado, baseado no relato dos pais, de modo a identificar possíveis sinais de risco para o desenvolvimento.

No levantamento realizado na literatura não foi identificado nenhum instrumento que avaliasse o desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais que fosse padronizado para a população brasileira. Dessa forma, optou-se pela adaptação da Ficha do Acompanhamento do Desenvolvimento (BRASIL, 2002) por ter maior probabilidade de ser conhecida pelos profissionais dos Programas de Saúde da Família, uma vez que foi criada e disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

- Etapas 2 e 3: Verificar os tipos de anotações nos prontuários médicos e se a natureza dessas anotações muda após os médicos terem o conhecimento dos objetivos da pesquisa.

As análises dos prontuários permitiram verificar que, predominantemente, os registros eram relacionados à saúde das crianças e que o registro do acompanhamento do desenvolvimento tinha um baixo índice, quase nulo. Mesmo com o conhecimento dos médicos sobre o objetivo geral da pesquisa, pode-se dizer que a natureza dos registros não mudou, ou seja, os registros sobre a saúde da criança continuaram predominantes nos prontuários e as anotações sobre desenvolvimento teve uma frequência muito baixa.

- Etapa 4: Verificar se há ou não discrepância entre as informações contidas no prontuário da criança e as fornecidas pelo instrumento a partir das informações relatadas pelo responsável durante a aplicação do instrumento.

Das 60 crianças avaliadas pela Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, 38 não apresentaram um desenvolvimento normal para a idade e nenhum prontuário dessas crianças havia registro sobre avaliação do “problema” detectado pelo instrumento e de alguma orientação específica, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Assim, não se pode dizer que houve convergência entre os resultados obtidos pela avaliação do desenvolvimento e os registros contidos nos prontuários dessas crianças.

- Etapa 5: Avaliar, junto aos médicos e enfermeiros dos Programas de Saúde da Família, a contribuição de se introduzir uma avaliação de desenvolvimento baseada no relato dos pais para identificação de sinais de risco no desenvolvimento na rotina dos Programas.

Em relação à contribuição de um instrumento baseado no relato dos pais pode-se dizer que dois médicos (50%) e quatro enfermeiras (80%) afirmaram que as informações fornecidas pelos pais tinham que ser consideradas complementares à avaliação da criança, pois, na maioria das vezes, não eram informações totalmente confiáveis, ou seja, os relatos dos pais deveriam ser considerados com cautela e não excluídos da avaliação. Porém, todos participantes (médicos e enfermeiras) relataram ser possível inserir na rotina dos Programas de Saúde da Família procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil, mesmo com a existência de algumas dificuldades, e consideraram ser uma prática importante.

Para finalizar, é importante destacar que o tema proposto neste trabalho, avaliação do desenvolvimento infantil como um procedimento, uma conduta preventiva para possíveis atrasos que a criança possa vir a ter, deveria ser um caminho considerado em todos os âmbitos da Saúde Pública. Trabalhar para que os Programas de Saúde da Família exerçam suas reais funções é o primeiro passo para que outras instâncias de atendimentos à população possam absorver a demanda existente. Ou seja, pessoas que não recebem o devido atendimento nos Programas de Saúde da Família no momento inicial de um determinado problema de saúde podem ter sua doença agravada em momentos posteriores e, provavelmente, a Unidade Básica de Saúde (atenção primária à saúde) não dispõe de recursos adequados para atender estágios mais

avançados da doença, aumentando sobremaneira a demanda de atendimentos em centros de maior complexidade. Assim, quando se pensa no expressivo número de pessoas (80% da população brasileira) que dependem do Sistema Único de Saúde para se tratarem, iniciativas de prevenção seriam consideradas fundamentais para oferecer mais condições de saúde à população de forma a não onerar a demanda dos serviços de hospitais que operam em níveis de atenção secundária e terciária à saúde, já que se tem extenso conhecimento das condições das instituições hospitalares públicas em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. V. B. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situação e perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 346-367.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Developmental surveillance and screening of infants and young children. **Pediatrics**, v. 108, n. 1, p. 192-196, 2001.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 405-420, 2006.

AMORIM, R. C. A. et al. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 506-513, 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 783 – 836.

APFEL, N. H.; PROVENCE, S. **Manual for the Infant-Toddler and Family Instrument**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf Acesso em: 08 jan. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BAYLEY, N. **Bayley scales for infant development**. 2nd ed.. San Antonio: The Psychological Corporation, 1993.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, supl. 1, p. S13-S22, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica, n 11, série A, Normas e Manuais Técnicos n 173. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 2, n. 2, p. 193-196, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em 12 mar. 2010.

BRASIL. Portaria n° 648 de março de 2006. Cria a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em 07 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRAZELTON, T. B. **Neonatal Behavioral Assessment Scale**. London: Heinemann, 1973.

BRICKER, D.; SQUIRES, J. **Edades y etapas**: um cuestionario completado por los padres para evaluar a los niños. 2nd. ed. Baltimore: Paul H. Brookes (Publishing Co), 1999.

COGHLAN, D.; KIING, J. S. H.; WAKE, M. Parents' evaluation of developmental status in the Australian day-care setting: developmental concerns of parents and carers. **J Paediatr Child Health**, v. 39, p. 49-54, 2003.

COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Developmental surveillance and screening of infants and young children. **Pediatrics**, v. 108, n. 1, 2001. p. 192-196.

COSTA, M. C. L. Atendimento pediátrico de primeira linha. In: MARCONDES, E. (Org.). **Pediatria Básica**. São Paulo: Editora Sarvier, 1985. p. 82-88.

CREPALDI, M. A.; RABUSKE, M. M.; GABARRA, L. M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Orgs.). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 13-55.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes, 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 207-237.

DA FONSECA, V. **Educação Especial**: Programa de Estimulação Precoce - uma introdução às idéias de Feuerstein. 2nd. ed. ver. e aum. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DELLA BARBA, P. C. S. **Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento Chat e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação.** 2002, 102p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2002.

DWORKIN, P. H. British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance. **Pediatrics**, v. 84, n. 6, p. 1000-1010, 1989.

DWORKIN, P. H. Detection of behavioral, developmental and psychosocial problems in pediatric primary care practice. **Current Opinion Pediatrics**, v. 5, p. 531-536, 1993.

FERSON et al. **The MacArthur Communicative Development Inventories: User's Guide and Technical Manual.** San Diego, CA: Singular Publishing Group, 1993.

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

FRANKENBURG, W. K.; BRESNICK, B. **DENVER II Prescreening Questionnaire (PDQ II).** Denver, CO: Denver Developmental Materials, Inc, 1998.

FRANKENBURG, W. K. et al. **Denver II: Screening Manual.** Denver, CO: Denver Developmental Materials, 1990. Tradução de Prof.^a Dr^a Márcia R. M. Pedromônico, Eliane Lopes Bragatto, Renata Strobiluis; 1999.

GANNAM, S. S. A. **Percepção de pais e professores do desenvolvimento de crianças de três a seis anos comparada com o Teste de Denver II.** 2009, 148p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GARDNER W. et al. Primary care clinician's use of standardized tools to assess child psychosocial problems. **Ambul Pediatr**, v. 3, p. 191-195, 2003.

GESELL, A.; AMATRUDA, C. **Diagnóstico do Desenvolvimento**: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico no lactente e na criança pequena, o normal e o patológico. Editores: Hilda Knobloch, Benjamin Passamanick; [Tradução de Vera Lúcia Ribeiro].- São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

GIEL, R. et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. **Pediatrics**, v. 68, n. 5, p. 677-683, 1981.

GLASCOE, F. P. et al. Accuracy of the Denver-II in Developmental Screening. **Pediatrics**, v. 89, n. 6, p. 1221-1225, 1992.

GLASCOE, F. P. Parents' Concerns about Children's Development: Prescreening Technique or Screening Test? **Pediatrics**, v. 99, n. 4, p. 522-528, 1997.

GLASCOE, F. P. Using parents' concerns to detect and address developmental behavioral problems. **J Soc Pediatr Nurs**, v. 4, n. 1, p. 24-39, 1999.

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

GLASCOE, F. P. Detecting and Addressing Developmental and Behavioural Problems in Primary Care. **Pediatric Nursing**, v. 26, n. 3, p. 251-266, 2000a.

GLASCOE, F. P.; FRANKENBURG, W. K. Two views of developmental testing. **Pediatrics**, v. 109, p. 1181-1183, 2002.

GLASCOE, F. P.; ROBERTSHAW, N. S. New AAP policy on detecting and addressing developmental and behavioral problems. **J Pediatr Health Care**, v. 21, p. 407-412, 2007.

GURALNICK, M. J. **The Effectiveness of Early Intervention**. Baltimore, MD: PF Brooks Publishing; 1997. 665 p.

HABIB, E. S.; MAGALHÃES, L. C. Criação de questionário para detecção de comportamentos atípicos em bebês. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 3, p. 177-183, maio/junho, 2007.

HALFON, N. et al. Assessing Development in the Pediatric Office. **Pediatrics**, v. 113, supl. 6, p. 1926-1933, 2004.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HAMILTON, S. Screening for developmental delay: reliable easy-to-use tools. **J Fam Pract**, v. 55, n. 5, p. 415-422, 2006.

JELLINEK, M. S. et al. Pediatric Symptom Checklist: Screening School-age Children for Psychosocial Dysfunction. **Journal of Pediatrics**, v. 112, n. 2, p. 201-209, 1988.

KUPFER, M. C. M. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev Latinoam Psicopatol Fundam**, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2003.

LEVY, S. G.; HYMAN, S. L. Pediatric assessment of the child with developmental delay. **Pediatric Clinics North America**, v. 40, p. 465-477, 1993.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs). **Temas em educação especial: Avanços recentes**. São Carlos: EdUFSCar, 2004. p. 197-202.

LOPREIATO, J. O.; FOUDES, M.; Littlefield, J.H. Does a health maintenance curriculum for pediatric residents improve performance? **Research in Pediatric Education**, v. 105, n. 4, p. 966-972, 2000.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-117, set./dez. 2003.

MALLHI, P.; SINGHI, P. Screening young children for delayed development. **Indian Pediatr**, v. 36, n. 6, p. 569-577, 1999.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 837-842, 2007.

MARINHO, H. **Escala de desenvolvimento Heloisa Marinho**. Rio de Janeiro: Papelaria América Ltda, 1978.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 820-827, 2007.

MINKOWITZ, C., MATHEW, M. B., STOBINO, D. Have professional recommendations and consumer demand altered pediatric practice regarding child development? **Journal Urban Health**, v. 75, p. 739-750, 1998.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, supl.1, p. 33-42, 2003.

OBERKLAID, F.; EFRON, D. Developmental delay – identification and management. **Aust Fam Physician**, v. 34, n. 9, p. 739-742, 2005.

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

PELLETIER, H.; ABRAMS, M. **The North Carolina ABCD Project: a new approach for providing developmental services in primary care**. Portland, ME: National Academy for State Health Policy, 2002. 37p.

PEROSA, G. B. Um ambulatório de avaliação do desenvolvimento em um serviço de saúde mental. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 159-166, 1994.

PINTO, C. A. G; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS; G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 323-345.

PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; Vieira, R. M. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para avaliação e o acompanhamento**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 210 p.

RAMEY, C. T.; RAMEY, S. L. Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. **Preventive Medicine**, v. 27, p. 224-232, 1998.

RANNARD, A.; LYONS, C.; GLENN, S. Children with specific language impairment: parental accounts of the early years. **J Child Health Care**, v. 8, n. 2, p. 165-176, 2004.

RESEGUE SILVA, R. F. Crianças com risco de apresentar atraso do desenvolvimento e crianças com atraso estabelecido – a experiência de um ambulatório multidisciplinar. 2004, 196p. Tese

(Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

RODRIGUEZ, S.; ARANCIBIA, V.; UNDURRAGA, C. **Escala de Evaluacion Del Desarrollo Psicomotor de 0 – 24 Meses**. Santiago: Editorial Galdoc LTDA, 1994. 115 p.

ROSENBAUM, P. Screening tests and standardized assessments used to identify and characterize developmental delays. **Semin Pediatr Neurol**, v. 5, p. 27-32, 1998.

RYDZ et.al. Developmental screening. **J Child Neurol**, v. 20, n. 1, p. 4-21, 2005.

RYDZ et al. Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires. **Pediatrics**, v. 118, n. 4, p. 1178-1186, 2006.

SAND, N. Et al. Pediatricians' Reported Practices Regarding Developmental Screening: Do Guidelines Work? Do They Help? **Pediatrics**, v. 116, p. 174-179, 2005.

SANTOS, R. S.; ARAÚLO, A. P. Q. C.; PORTO, M. A. S. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 289-299, 2008.

SESPA (Secretaria Executiva de Saúde do Pará). **Dados do Programa de Estimulação Precoce – URE-MIA**. Belém, 2000.

SECRETARIA DE AGRICULTURA E ABASTECIMENTO. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.agricultura.sp.gov.br/contato/1-fale-conosco/64-o-que-e-o-programa-vivaleite>. Acesso em: 01/03/2011.

SIGOLO, A. R. L. **Triagem do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida**: uma análise de instrumentos. 2008. 58 f. Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

SILVA, F. G.; NETO, J. T. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 113-126, 2007.

SILVERSTEIN, M. et al. Pediatricians' Reported Practices Regarding Early Education and Head Start Referral. **Pediatrics**, v. 111, p. 1351-1357, 2003.

SMITH, R. D. The use of developmental screening tests by primary care pediatricians. **Journal of Pediatrics**, v. 93, p. 524-527, 1978.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Resgate do Pediatra Geral**. 2004. Disponível em http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_pediatra_ambulatorial.pdf. Acesso em [27/03/2011](#).

SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1917-1926, 2008.

SQUIRES, J.; BRICKER, D.; POTTER, L. Revision of a parent-completed development screening tool: Ages and Stages Questionnaires. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 22, n. 3, p. 313-328, 1997.

SQUIRES, J.; POTTER, L.; BRICKER, D. **The ASQ User's Guide for the Ages & Stages Questionnaires**: A parental-completed, child-monitoring system. 2nd. ed. Baltimore: Paul H. Brookes (Publishing Co), 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.

VITOLLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

WILLIAMS, J.; HOLMES, C. A. Improving the Early Detection of Children with Subtle Developmental Problems. **Journal of Child Health Care**, v. 8, n. 34, p. 34-46, 2004.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **Inventário Portage Operacionalizado**: Intervindo com famílias. São Paulo: Mennom/FAPESP, 2001.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em educação especial**: Avanços recentes. São Carlos: EdUFSCar, 2004. p. 197-202.

YOUNG, R. L.; BREWER, N.; PATTISON, C. Parental identification of early behavioral abnormalities in children with autistic disorder. **Autism**, v. 7, n. 2, p. 125-143, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Entrevista de coleta de dados demográficos da família.

ENTREVISTA DE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

I – Identificação

Nome da criança: Sexo: Cor:

Data de nascimento: Natural de:

Endereço: Fone:

Bairro: Cidade: Estado:

Nome do pai: Cor:

Data de nascimento: Natural de:

Nível de instrução: Profissão:

Salário: Estado civil: Religião:

Nome da mãe: Cor:

Data de nascimento: Natural de:

Nível de instrução: Profissão:

Salário: Estado civil: Religião:

Nome do acompanhante da criança: Cor:

Data de nascimento: Natural de:

Nível de instrução: Profissão:

Grau de parentesco:

II – Caracterização da família

- Número de:

Filhos e idade:

Pessoas que vivem na mesma casa:

Pessoas que trabalham:

Pessoas que estudam: Escola Pública ()

Particular ()

- Renda familiar:

Quem trabalha:

O que faz:

Quem contribui para a renda familiar:

Saúde Gravidez foi planejada?

Houve acompanhamento pré-natal? Breve

descrição do parto (local, complicações, nasceu de termo, peso, amamentou)

O que a família faz quando a criança fica doente:

Se a doença persiste aonde leva:

médico particular convênio. Qual?

posto de saúde farmácia outros

A que médicos leva:

Medicação que a criança recebe atualmente:

Para que serve:

Há membros na família portadores de deficiência?

Se sim, qual o tipo?

APÊNDICE B: Protocolo de análise do prontuário médico.

PROTOCOLO DE ANÁLISE DO PRONTUÁRIO

→ IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA Programa de Saúde da Família:

Prontuário:

Nome da criança:

Idade:

→ DADOS SOBRE AS CONSULTAS Número de consultas:

Idade das consultas:

→ DADOS DA SAÚDE DA CRIANÇA:

Queixa/ Informações dos responsáveis:

Diagnóstico médico:

→ CONDUTA MÉDICA E OBSERVAÇÕES:

Exames solicitados:

Medicação prescrita:

Encaminhamentos:

Informações sobre o desenvolvimento:

Material utilizado:

APÊNDICE C: Escala de avaliação de desenvolvimento de acordo com o relato dos pais.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Nome da Criança:

Data de nascimento:

Idade:

Data:

Nome do Responsável:

Idade:

IDADE	ITEM	RESPOSTA¹⁴
1 MÊS (6 ITENS)	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de moro)	
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	
	Olha para a pessoa que a observa	
	Dá amostras de prazer e desconforto	
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente	
2 MESES (11 ITENS)	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo moro)	
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	
	Olha para a pessoa que a observa	
	Dá amostras de prazer e desconforto	
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente	
	Balbucia e sorri espontaneamente	
	Começa a diferenciar dia/noite	
	Postura: passa da posição lateral para linha média	
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço	
	Emite sons, balbucia	
	3 Meses (12 Itens)	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo moro)
Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada		
Olha para a pessoa que a observa		
Dá amostras de prazer e desconforto		
Fixa e acompanha objetos em seu campo visual		
Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente		
Arrulha e sorri espontaneamente		
Começa a diferenciar dia/noite		
Postura: passa da posição lateral para linha média		
Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço		
Emite sons, balbucia		
Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva		
4 Meses (12 Itens)	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo moro)	
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	
	Arrulha e sorri espontaneamente	

¹⁴ P= presente; A= ausente; NV= não verificado

		Começa a diferenciar dia/noite	
		Postura: passa da posição lateral para linha média	
		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço	
		Emite sons, balbucia	
		Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva	
		Rola da posição supina para prona	
		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
5 Meses (10 Itens)		Postura: passa da posição lateral para linha média	
		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço	
		Emite sons, balbucia	
		Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva	
		Rola da posição supina para prona	
		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
		Reconhece quando alguém se dirige a ela	
		Senta-se sem apoio	
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra	
6 Meses (10 itens)		Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva	
		Rola da posição supina para prona	
		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
		Reconhece quando alguém se dirige a ela	
		Senta-se sem apoio	
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra	
		Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos	
		Imita pequenos gestos ou brincadeiras	
	Arrasta-se ou engatinha		
7 Meses (9 Itens)		Rola da posição supina para prona	
		Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
		Reconhece quando alguém se dirige a ela	
		Senta-se sem apoio	
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra	
		Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos	
		Imita pequenos gestos ou brincadeiras	
		Arrasta-se ou engatinha	
8 Meses (7 Itens)		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
		Reconhece quando alguém se dirige a ela	
		Senta-se sem apoio	
		Segura e transfere objetos de uma mão para outra	

	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos		
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras		
	Arrasta-se ou engatinha		
9 Meses (10 Itens)	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro		
	Reconhece quando alguém se dirige a ela		
	Senta-se sem apoio		
	Segura e transfere objetos de uma mão para outra		
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos		
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras		
	Arrasta-se ou engatinha		
	Pega objetos usando o polegar e o indicador		
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido		
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)		
10 Meses (9 Itens)	Senta-se sem apoio		
	Segura e transfere objetos de uma mão para outra		
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos		
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras		
	Arrasta-se ou engatinha		
	Pega objetos usando o polegar e o indicador		
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido		
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)		
	Anda sozinha, raramente cai		
11 Meses (7 Itens)	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos		
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras		
	Arrasta-se ou engatinha		
	Pega objetos usando o polegar e o indicador		
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido		
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)		
	Anda sozinha, raramente cai		
12 Meses (6 Itens)	Imita pequenos gestos ou brincadeiras		
	Arrasta-se ou engatinha		
	Pega objetos usando o polegar e o indicador		
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido		
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)		
	Anda sozinha, raramente cai		
13 Meses (9 Itens)	Arrasta-se ou engatinha		
	Pega objetos usando o polegar e o indicador		
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido		
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)		
	Anda sozinha, raramente cai		
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário		
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras		

	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	
14 e 15 Meses (9 Itens)	Pega objetos usando o polegar e o indicador	
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido	
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)	
	Anda sozinha, raramente cai	
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário	
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	
	Corre e/ou sobe degraus baixos	
16, 17, 18, 19 e 20 Meses (5 Itens)	Tira sozinha qualquer peça do vestuário	
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	
	Corre e/ou sobe degraus baixos	
21 Meses (11 Itens)	Tira sozinha qualquer peça do vestuário	
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	
	Corre e/ou sobe degraus baixos	
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente	
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu	
	Veste-se com auxílio	
	Fica sobre um pé momentaneamente	
	Usa frases	
	Começa o controle esfinteriano	
22, 23 e 24 Meses (14 Itens)	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	
	Corre e/ou sobe degraus baixos	
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente	
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu	
	Veste-se com auxílio	
	Fica sobre um pé momentaneamente	
	Usa frases	
	Começa o controle esfinteriano	
	Reconhece mais de duas cores	
	Pula sobre um pé só	
	Brinca com outras crianças	
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)	

APÊNDICE D: Entrevista realizada com médicos e enfermeiras.

ENTREVISTA COM OS MÉDICOS

Nome do profissional:

Idade:

Data:

PSF:

Residência:

Tempo de formação:

Tempo de trabalho em PSFs:

Tempo de trabalho no atual PSF:

- 1) Qual procedimento você utiliza nas consultas de crianças no PSF?
- 2) Você faz avaliação de desenvolvimento infantil no Programa? Se sim, como? (passar para pergunta 3) Se não, por quê? (passar para pergunta 4)
- 3) Você encontra alguma dificuldade para realizar esse tipo de avaliação? Quais?
- 4) Você encontra mais alguma dificuldade?
- 5) Você conhece a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento disponibilizada pelo Ministério da Saúde? Esse instrumento pode oferecer informações complementares à sua avaliação clínica? Em que sentido? Por quê?
- 6) Na sua opinião, os itens que compõem este instrumento são indicadores relevantes para a avaliação do desenvolvimento infantil?
- 7) Os itens desse instrumento abrangem as seguintes áreas do desenvolvimento: maturativo, psicomotor, social e psíquico. Você acha que essas áreas são suficientes e adequadas para avaliar desenvolvimento infantil?
- 8) Você conhece outro instrumento que avalia desenvolvimento infantil e que tem maior familiaridade, maior conhecimento?
- 9) Como você vê a aplicação de instrumentos dessa natureza em consultas médicas? É útil ou não? Por quê?
- 10) Em que momento você acha adequado a aplicação desse tipo de instrumento?
- 11) Realizada por qual profissional?
- 12) Você acha que o resultado do instrumento pode ajudar nos encaminhamentos das crianças para atendimentos especializados e nas orientações feitas às famílias?

- 13) Considerando avaliações do desenvolvimento infantil a partir do relato dos pais/responsáveis, você acha que as informações fornecidas por eles são precisas e confiáveis? Seria necessária alguma informação complementar? Esse procedimento facilitaria para você?
- 14) Você considera possível inserir na rotina do Programa de Saúde da Família a avaliação proposta por este instrumento? Se sim, o que você faria com as informações?
- 15) Você poderia fazer uma identificação geral dos pontos positivos e negativos desse tipo de avaliação?
- 16) Você acha que esse instrumento é de fácil aplicação?
- 17) Se o resultado desse instrumento acusar algum risco ou atraso no desenvolvimento de uma criança, quais seriam as providências que poderiam ser tomadas?

ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS

Nome do profissional:

Idade:

Data:

PSF:

Especialização:

Tempo de formação:

Tempo de trabalho em PSFs:

Tempo de trabalho no atual PSF:

- 1) Qual procedimento é realizado para atendimentos de crianças no PSF?
- 2) É realizada avaliação de desenvolvimento infantil no Programa? Se sim, como? (passar para pergunta 3) Se não, por quê? (passar para pergunta 4)
- 3) Você encontra alguma dificuldade para realizar esse tipo de avaliação? Quais?
- 4) Você encontra mais alguma dificuldade?
- 5) Você conhece a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento disponibilizada pelo Ministério da Saúde? Esse instrumento pode oferecer informações complementares à avaliação realizada com as crianças? Em que sentido? Por quê?
- 6) Na sua opinião, os itens que compõem este instrumento são indicadores relevantes para a avaliação do desenvolvimento infantil?
- 7) Os itens desse instrumento abrangem as seguintes áreas do desenvolvimento: maturativo, psicomotor, social e psíquico. Você acha que essas áreas são suficientes e adequadas para avaliar desenvolvimento infantil?
- 8) Você conhece outro instrumento que avalia desenvolvimento infantil e que tem maior familiaridade, maior conhecimento?
- 9) Como você vê a aplicação de instrumentos dessa natureza em consultas médicas? É útil ou não? Por quê?
- 10) Em que momento você acha adequado a aplicação desse tipo de instrumento?
- 11) Realizada por qual profissional?
- 12) Você acha que o resultado do instrumento pode ajudar nos encaminhamentos das crianças para atendimentos especializados e nas orientações feitas às famílias?
- 13) Considerando avaliações do desenvolvimento infantil a partir do relato dos pais/responsáveis, você acha que as informações fornecidas por eles são precisas e

confiáveis? Seria necessária alguma informação complementar? Esse procedimento facilitaria para você?

- 14) Você considera possível inserir na rotina do Programa de Saúde da Família a avaliação proposta por este instrumento? Se sim, de que forma? Se não, por quê?
- 15) Você poderia fazer uma identificação geral dos pontos positivos e negativos desse tipo de avaliação?
- 16) Você acha que esse instrumento é de fácil aplicação?
- 17) Se o resultado desse instrumento acusar algum risco ou atraso no desenvolvimento de uma criança, quais seriam as providências que poderiam ser tomadas?
- 18) Na sua opinião, de quem seria a responsabilidade de detectar problemas de desenvolvimento dentro do Programa de Saúde da Família?

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instituição)

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Curso de Pós-Graduação em Educação Especial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(INSTITUIÇÃO)**

Sua instituição está sendo convidada a participar da pesquisa “Influência de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais no protocolo médico”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, e que será realizada pela aluna de mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Ana Regina Lucato Sigolo, sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Rossito Aiello.

Esta pesquisa tem por objetivo verificar a influência de instrumento de triagem do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais no protocolo médico em Programas de Saúde da Família. Este instrumento pode ajudar, junto com outros procedimentos médicos, a indicar se a criança possui algum tipo de atraso ou risco no seu desenvolvimento e, se isto for detectado, é possível encaminhá-la para um procedimento de avaliação mais detalhado. E, além disso, com essa detecção precoce a criança tem a oportunidade de ser acompanhada por profissionais desde cedo. A aplicação do instrumento será realizada com os responsáveis da criança e no período em que eles estiverem na Unidade de Saúde, sem afetar sua rotina.

A participação dos responsáveis é muito importante, mas só participarão aqueles que aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. A qualquer momento, o responsável poderá desistir da sua participação na pesquisa e retirar seu consentimento. Sua desistência não trará nenhum prejuízo para ele ou para seu filho(a) em relação com a pesquisadora ou com a Unidade. Essa pesquisa não causará nenhum risco ao participante, pois ao realizar a avaliação todos os cuidados de proteção serão tomados para impedir que o participante se sinta desconfortável em realizar as tarefas. Se os resultados indicarem atraso ou risco no desenvolvimento da criança os responsáveis serão comunicados e encaminhados para serviços educacionais existentes na comunidade.

Local e Data

Responsável pela Instituição

(continua)

(continuação)

Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e anonimato. Todos os papéis com os resultados sobre a avaliação ficarão guardados em um local que apenas a pesquisadora e sua orientadora saberão. Os resultados obtidos poderão ser utilizados em algum trabalho, mas o nome do responsável e do seu filho(a) não serão ditos. Após a pesquisa, os dados serão guardados em local seguro e em segredo.

Você assinará dois papéis iguais a este. Um deles ficará com você e o outro com a pesquisadora. Nesse papel estão o telefone da pesquisadora e da orientadora, e você pode ligar para elas a qualquer momento para tirar dúvidas sobre o projeto.

Local e Data

Ana Regina Lucato Sigolo
Fone: (16) 3344-1185

Prof^a Ana Lúcia Rossito Aiello
Fone: (16) 3351-8463

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da minha Instituição na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565.905 – São Carlos/SP – Brasil. Fone: (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e Data: _____

Responsável pela Instituição

APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes)

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Curso de Pós-Graduação em Educação Especial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MÉDICOS)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Influência de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais no protocolo médico”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, e que será realizada pela aluna de mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Ana Regina Lucato Sigolo, sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Rossito Aiello.

Você foi selecionado por ser o médico da Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada. Esclarecemos que essa pesquisa conta com a aprovação da Secretaria de Saúde do Município.

Com esta pesquisa queremos saber se existe influência de instrumento de triagem do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais no protocolo médico em Programas de Saúde da Família. Este instrumento pode ajudar, junto com outros procedimentos médicos, a indicar se a criança possui algum tipo de atraso ou risco no seu desenvolvimento e, se isto for detectado, é possível encaminhá-la para um procedimento de avaliação mais detalhado. E, além disso, com essa detecção precoce a criança tem a oportunidade de ser acompanhada por profissionais desde cedo. A aplicação do instrumento será realizada com os responsáveis de crianças de zero a dois anos, na sala de espera e no período em que eles estiverem na Unidade de Saúde, sem afetar sua rotina.

A sua participação é muito importante, mas você só participa se quiser. A qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua desistência não trará nenhum prejuízo para você em relação à pesquisadora ou a Unidade de Saúde. Essa pesquisa não causará nenhum risco a você e aos demais participantes, pois ao realizar a avaliação todos os cuidados de proteção serão tomados para impedir que o responsável pela criança e a própria criança sintam-se desconfortáveis em participar da pesquisa. Se os resultados indicarem atraso ou risco no desenvolvimento de alguma criança nos comprometemos a encaminhar para serviços educacionais existentes na comunidade.

Local e Data

Responsável pelo participante

(continua)

(continuação)

Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e anonimato. Todos os papéis com os resultados sobre a avaliação ficarão guardados em um local que apenas a pesquisadora e sua orientadora saberão. Os resultados obtidos poderão ser utilizados em algum trabalho, mas seu nome não será dito. Após a pesquisa, os dados serão guardados em local seguro e em segredo.

Você assinará dois papéis iguais a este. Um deles ficará com você e o outro com a pesquisadora. Nesse papel estão o telefone da pesquisadora e da orientadora, e você pode ligar para elas a qualquer momento para tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação na pesquisa.

Local e Data

Ana Regina Lucato Sigolo
Fone: (16) 3344-1185

Profª Ana Lúcia Rossito Aiello
Fone: (16) 3351-8463

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565.905 – São Carlos/SP – Brasil. Fone: (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e Data: _____

Participante

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Curso de Pós-Graduação em Educação Especial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ENFERMEIROS)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Influência de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais no protocolo médico”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, e que será realizada pela aluna de mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Ana Regina Lucato Sigolo, sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Rossito Aiello.

Você foi selecionado por ser o enfermeiro da Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada. Esclarecemos que essa pesquisa conta com a aprovação da Secretaria de Saúde do Município.

Com esta pesquisa queremos saber se existe influência de instrumento de triagem do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais no protocolo médico em Programas de Saúde da Família. Este instrumento pode ajudar, junto com outros procedimentos médicos, a indicar se a criança possui algum tipo de atraso ou risco no seu desenvolvimento e, se isto for detectado, é possível encaminhá-la para um procedimento de avaliação mais detalhado. E, além disso, com essa detecção precoce a criança tem a oportunidade de ser acompanhada por profissionais desde cedo. A aplicação do instrumento será realizada com os responsáveis de crianças de zero a dois anos, na sala de espera e no período em que eles estiverem na Unidade de Saúde, sem afetar sua rotina.

A sua participação é muito importante, mas você só participa se quiser. A qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua desistência não trará nenhum prejuízo para você em relação à pesquisadora ou a Unidade de Saúde. Essa pesquisa não causará nenhum risco a você e aos demais participantes, pois ao realizar a avaliação todos os cuidados de proteção serão tomados para impedir que o responsável pela criança e a própria criança sintam-se desconfortáveis em participar da pesquisa. Se os resultados indicarem atraso ou risco no desenvolvimento de alguma criança nos comprometemos a encaminhar para serviços educacionais existentes na comunidade.

Local e Data

Responsável pelo participante

(continua)

(continuação)

Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e anonimato. Todos os papéis com os resultados sobre a avaliação ficarão guardados em um local que apenas a pesquisadora e sua orientadora saberão. Os resultados obtidos poderão ser utilizados em algum trabalho, mas seu nome não será dito. Após a pesquisa, os dados serão guardados em local seguro e em segredo.

Você assinará dois papéis iguais a este. Um deles ficará com você e o outro com a pesquisadora. Nesse papel estão o telefone da pesquisadora e da orientadora, e você pode ligar para elas a qualquer momento para tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação na pesquisa.

Local e Data

Ana Regina Lucato Sigolo
Fone: (16) 3344-1185

Profª Ana Lúcia Rossito Aiello
Fone: (16) 3351-8463

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565.905 – São Carlos/SP – Brasil. Fone: (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e Data: _____

Participante

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Curso de Pós-Graduação em Educação Especial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PAIS OU RESPONSÁVEIS)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Influência de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais no protocolo médico”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, e que será realizada pela aluna de mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Ana Regina Lucato Sigolo, sob orientação da Prof^a Dr^a Ana Lúcia Rossito Aiello.

Você foi selecionado por freqüentar a Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada e também ter um filho que pertence à faixa etária pré-estabelecida no projeto (de zero a dois anos completos). Cabe destacar que esse projeto conta com a aprovação da Secretaria de Saúde do Município.

Com esta pesquisa queremos saber se existe influência de instrumento de triagem do desenvolvimento infantil baseado no relato dos pais no protocolo médico em Programas de Saúde da Família. Este instrumento pode ajudar, junto com outros procedimentos médicos, a indicar se a criança possui algum tipo de atraso ou risco no seu desenvolvimento e, se isto for detectado, é possível encaminhá-la para um procedimento de avaliação mais detalhado. E, além disso, com essa detecção precoce a criança tem a oportunidade de ser acompanhada por profissionais desde cedo. A aplicação do instrumento será realizada no período em que você estiver na Unidade de Saúde, sem afetar sua rotina.

A sua participação é muito importante, mas você só participa se quiser. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua desistência não trará nenhum prejuízo para você ou para seu filho(a) em relação a pesquisadora ou a Unidade de Saúde. Essa pesquisa não causará nenhum risco ao seu filho(a), pois ao realizar a avaliação todos os cuidados de proteção serão tomados para impedir que seu filho(a) ou que você se sinta desconfortável em realizar as tarefas. Se os resultados indicarem atraso ou risco no desenvolvimento do seu filho(a) você será comunicado e encaminhado para serviços educacionais existentes na comunidade.

Local e Data

Responsável pelo participante

(continua)

(continuação)

Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e anonimato. Todos os papéis com os resultados sobre a avaliação ficarão guardados em um local que apenas a pesquisadora e sua orientadora saberão. Os resultados obtidos poderão ser utilizados em algum trabalho, mas seu nome e do seu filho(a) não serão ditos. Após a pesquisa, os dados serão guardados em local seguro e em segredo.

Você assinará dois papéis iguais a este. Um deles ficará com você e o outro com a pesquisadora. Nesse papel estão o telefone da pesquisadora e da orientadora, e você pode ligar para elas a qualquer momento para tirar dúvidas sobre o projeto e sobre a participação do seu filho(a).

Local e Data

Ana Regina Lucato Sigolo
Fone: (16) 3344-1185

Profª Ana Lúcia Rossito Aiello
Fone: (16) 3351-8463

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565.905 – São Carlos/SP – Brasil. Fone: (16) 33518110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e Data: _____

Participante

APÊNDICE G: Categorização das informações contidas nos prontuários.

CLASSE DE RESPOSTA: Queixa

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Sem queixa	Quando o responsável pela criança não tinha nenhuma queixa definida.	Rotina, sem queixa.
Não consta	Quando na análise de todas as consultas não apareceram nenhuma das subcategorias desta categoria.	
Queixas de saúde	Quando o responsável apresentava qualquer queixa em relação à saúde da criança.	Tosse, coriza, febre, cólica, diarreia, vômito, falta de apetite, infecção na pele, peito chiado, ronquidão, entupimento nasal, ferida na boca e na língua, gripe, prurido, assadura, dor de barriga, fezes individuais, choro espassado, choro, não dorme bem à noite, vômito após amamentar, dificuldade para respirar, secreção nos olhos, refluxo, tem fome e vomita logo depois, alergia a picada de inseto, resfriado, coceira, irritação na pele, obstrução nasal, chora muito quando não evacua, chora à noite, oclusão nasal, catarro no peito, não faz cocô há 3 dias, alergia na perna, irritação no olho esquerdo, picada de inseto, dor no ouvido, feridas na orelha, alergia, alergia no pescoço, dor na barriga, alergia no corpo, inapetência, convulsão, roncos, dor de garganta, tosse com catarro, sangramento nasal, dor ao defecar, fezes com sangue, choro excessivo, cocô obstruído, feridas na boca, obstrução com coriza, tosse seca irritação na pele, catarro amarelado, ressecado, falta de apetite, falta de ar, refluxo após mamadas, espirros, vômito com catarro, alimentação diminuída, chora muito, região umbilical “ferida”, erupções cutâneas, criança evacua várias vezes, aceita apenas líquido, rejeita alimentos sólidos, não aceita alimentação, dificuldade para alimentar, dor na perna direita, prurido na orelha, salivação abundante, nervosa,

Queixas de desenvolvimento	Quando o responsável apresentava qualquer queixa em relação ao desenvolvimento da criança.	manchas, alteração do sono, mal-estar, tosse produtiva, alteração alimentar, cólica abdominal. Preocupação com o novo dente
Informações sobre desenvolvimento	Quando o responsável apresentava qualquer informação em relação ao desenvolvimento da criança.	Consulta no ambulatório de genética, alta da fono
Outras informações	Qualquer tipo de informação fornecida ou pedido realizado pelo responsável da criança.	Pedido para consulta com o pediatra, pedido de receita, pedido de exame, nasceu em Santa Catarina.

CLASSE DE RESPOSTA: Diagnóstico

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Não consta	Quando na análise de todas as consultas não apareceram nenhuma das subcategorias desta categoria.		
Testes	Qualquer tipo de teste presente no prontuário da criança.	Teste do pezinho normal Teste do pezinho alterado Cariótipo Apgar 10/10	
Saúde	Qualquer diagnóstico médico relacionado à saúde da criança.		Sopro cardíaco, alergia a lactose, dermatite, hérnia, hérnia umbilical, lesão cutânea, pneumonia, lesões fungicas, alergia viral, estrabismo, otite, furúnculo no couro cabeludo sem flutuação, fículas, abscesso no couro cabeludo, suspeita de hipotireoidismo congênito, catapora, virose, infecção viral, giárdia, RGE (refluxo), infecção das vias aéreas, desnutrida, criança com desnutrição, adenopatia cervical.

Desenvolvimento

Qualquer diagnóstico médico relacionado ao desenvolvimento da criança.

Trissomia do 21

CLASSE DE RESPOSTA: Conduta médica

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Não consta	Quando na análise de todas as consultas não apareceram nenhuma das subcategorias desta categoria.			
Saúde	Qualquer conduta médica relacionada à saúde da criança.	Medicação	Todo procedimento que terminava com a prescrição de medicamentos.	Todo tipo de medicação.
		Levantamento de informações.	Toda informação levantada pelo médico sobre a saúde/condição da criança.	Urina e fezes normais, afebril, nega alterações durante à noite, nega lesões cutâneas, nega diarreia, nega queixas intestinais, nega febre, leite materno exclusivo, cesariana à termo, qualidade das fezes, não febril, dormindo bem, nascimento à termo, parou com o leite materno, fez uso do leite Nan1, nega vômito, nega tosse, parto normal, parto cesária, mamadeira, mama no peito, leite de caixinha, fruta, apirética.
		Inalação	Indicação médica para inalação.	
		Internação	Indicação de internação da criança.	

Exames	Qualquer pedido de exame e análise de resultado de exames.	Curativo Drenagem	Realização de curativos na criança. Realização do procedimento de drenagem	Resposta de exame de sangue; RX; pedido de hemograma, pedido de exame de urina, coleta de soro enviado a APAE de São Paulo, resultado de exame de sangue, pedido de exames, resultado de exame, exame normal, exame de fezes, RX tórax, hemograma completo.
Cirurgia médica	Qualquer tipo de indicação de cirurgia para a criança.			Aguardar cirurgia, encaminhamento para cirurgia
Encaminhamento para especialista	Encaminhamento para qualquer especialista.	Pediatra Ortopedista Fisioterapeuta Oftalmologista		
Avaliação	Qualquer conduta médica referente à avaliação da criança.	Clínica	Qualquer conduta médica referente a exames clínicos realizados na criança.	Ausculta do pulmão, perna direita com pequeno desvio, pulmões limpos, fontanelas normais, cicatriz umbilical normal, pulmões livres, orofaringe normal, otoscopia normal, exame clínico, exame do ouvido, exames clínicos abdominais, ausculta sem sopro, exame abdominal sem ruído, ruído nasal da RN.

Prevenção	Qualquer conduta médica referente à prevenção de doenças, problemas de desenvolvimento.	Física	Qualquer conduta médica referente à avaliação física da criança.	Puericultura ¹⁵ , peso e altura, medidas da criança, exame físico, criança com 1,5cm.
		Desenvolvimento	Qualquer conduta médica referente à avaliação do desenvolvimento da criança	Senta com apoio, senta sozinha, senta sem apoio, começou a engatinhar, resultado de cariótipo, reflexos.
		Vacinação	Referência à verificação da caderneta de vacinação da criança.	Vacinação em ordem
Orientações	Qualquer conduta médica referente à orientações para o responsável sobre a saúde da criança, condutas a serem tomadas.	Médica		Orientações, orientação para desmame, dieta, alimentação, orientação para amamentação, cuidados gerais com RN, conduta pré-natal.
		Visita domiciliar da equipe.		Prevenção de giárdia, orientação da puerpera e observação do recém-nascido, com puerpera e recém-nascido.
Acompanhamento	Qualquer conduta médica referente ao acompanhamento da condição da criança.			Retorno, retorno para acompanhamento, retorno por pedido médico, retorno de pediatra com obstrução nasal, retorno em 3 dias, retorno para avaliação médica, melhora da infecção

¹⁵ Puericultura: avaliação física da criança e orientações para a mãe em relação à amamentação, alimentação e cuidados gerais em relação à saúde da criança.

das vias aéreas.

CLASSE DE RESPOSTA: Observações

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Não consta	Quando na análise de todas as consultas não apareceram nenhuma das subcategorias desta categoria.		
Saúde	Qualquer observação médica em relação à saúde da criança.		Criança hidratada, criança corada, palidez, bom peso, normohidratada, apatia, má-higiene.
Desenvolvimento	Qualquer observação médica em relação ao desenvolvimento da criança.		Criança ativa, brincando; criança atenta, criança eufórica.
Gerais	Qualquer outro tipo de observação médica referente à condição da criança.	Informações. Não seguimento da recomendação médica.	Participa do Programa Viva Leite. Mãe não comprou a medicação.

CLASSE DE RESPOSTA: Gráfico de crescimento

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO
Preenchido e atualizado	Gráfico presente no prontuário e atualizado na idade da criança.
Preenchido e não atualizado	Gráfico presente no prontuário e não atualizado na idade da criança.
Branco	Gráfico presente no prontuário e em branco.
Não apresentava	Prontuário sem o gráfico.

APÊNDICE H: Avaliação dos registros contidos nos prontuários em cada Unidade.

Avaliação dos registros contidos nos prontuários da Unidade 1 realizada em 12/08/2010.

Criança	Idade (meses)	Número de atendimentos na Unidade	Data última da consulta	Gráfico	Informações registradas
EBO	1	-	-	-	Não possui prontuário na Unidade
GVJR	2	-	-	-	Não passou por consulta na Unidade
AAC	5	1	22/07/2010	Atualizado	1 – Saúde
LPC	8	1	05/08/2010	Sem gráfico	1 – Prevenção (vacinação) e orientações médicas
TBC	10	2	24/06/2010	Sem gráfico	2 – Saúde
LNМ	10	14	30/04/2010	Sem gráfico	13 – Saúde
RBM	14	4	26/03/2010	Sem gráfico	1 – Sem queixa (4d) 3 – Saúde 1 – Sem queixa 1 – Orientações (visita domiciliar da equipe)
LVSGF	15	11	01/07/2010	Não atualizado	10 – Saúde <i>1 – Desenvolvimento (“aparecimento da dentição”) e Saúde</i>
VGFC	18	12	07/06/2010	Não atualizado	11 – Saúde 1ª consulta: Testes (teste do pezinho), saúde (hidratação), avaliação física (peso, altura, perímetro cefálico e torácico, cicatrização umbilical), prevenção (vacinação) e orientações médicas (amamentação, higiene e cuidados com o recém-nascido)
VHR	19	4	03/05/2010	Não atualizado	4 – Saúde
ACVC	21	11	29/03/2010	Não atualizado	10 – Saúde

EOOM	22	10	12/02/2010	Sem gráfico	1ª consulta: orientações médicas (importância dos agendamentos e informação sobre o dia da Pediatria com a enfermagem) 10 – Saúde
------	----	----	------------	-------------	--

Avaliação dos registos contidos nos prontuários da Unidade 2 realizada em 23/08/2010.

Criança	Idade (meses)	Número de atendimentos na Unidade	Data última da consulta	Gráfico	Informações registradas
JOC	2	1	03/08/2010	Em branco	1 – Saúde; testes (teste do pezinho)
ACLS	3	5	16/07/2010	Atualizado	4 – Saúde 1 – Testes (teste do pezinho normal), prevenção (vacinação), saúde (alimentação, urina e fezes normais)
JLR	3	1	19/08/2010	Sem gráfico	1 – Saúde
TSS	7	10	23/07/2010	Não atualizado	9 – Saúde 1 – Saúde (cesariana à termo, leite materno, urina e fezes normais), prevenção (vacinação), avaliação clínica (exame clínico)
GCS	8	5	23/08/2010	Sem gráfico	4 – Saúde 1 – Avaliação física (peso e altura)
LEA	11	17	23/08/2010	Não atualizado	16 – Saúde 1 – Avaliação física (peso)
CVAO	14	22	21/05/2010	Em branco	22 – Saúde 1 – Consulta com enfermagem: testes (teste do pezinho), avaliação física (peso e altura)
THMM	15	10	02/06/2010	Não atualizado	8 - Saúde 1 – Acompanhamento (retorno para reavaliação); prevenção (vacinação); saúde (alimentação); <i>avaliação do desenvolvimento (CD HM: dorme no</i>

AAS	16	10	23/07/2010	Em branco	<p><i>berço período da noite e outro na cama com a mãe; DNPM: engatinha e fica em pé com apoio</i>) (Outro médico)</p> <p>1 – Avaliação física (controle de peso)</p> <p>9 – Saúde</p> <p>1ª consulta (11 dias): avaliação física (controle de peso)</p>
ALSA	19	18	12/08/2010	Não atualizado	<p>17 – Saúde</p> <p>1 – Testes (teste do pezinho) e Saúde</p>
ESS	19	17	29/03/2010	Não atualizado	<p>16 – Saúde</p> <p>1 – Prevenção (vacinação), Saúde (leite materno exclusivo)</p> <p>1 – Orientações (visita domiciliar: importância do aleitamento materno exclusivo, colocar RN para arrotar para evitar refluxo, higienizar bebê a cada troca de fralda com fralda embebida em água e sabão, enxaguar e secar – evitar uso de lenço umedecido)</p>
ACSS	21	-	-	-	<p>Não possui prontuário na Unidade</p>

Avaliação dos registros contidos nos prontuários da Unidade 3 realizada em 27/07/2010.

Criança	Idade	Número de atendimentos na Unidade	Data última da consulta	Gráfico	Informações registradas
PRCS	4 meses	4	08/07/2010	Sem gráfico	<p>4 – Saúde</p> <p>1 – Orientações (visita domiciliar)</p>
MEPD	4 meses	4	07/05/2010	Sem gráfico	<p>3 – Saúde</p> <p>1ª consulta (5 dias): Saúde (cesária, peso 3200kg, leite materno, funções fisiológicas normais); Avaliação clínica (pulmões limpos, avaliação cardíaca) e Orientação</p>

EIAM	6 meses	4	13/07/2010	Sem gráfico	3 – Saúde 1 – Avaliação física (criança eutrófica-2 meses) e saúde
AVS	8 meses	2	21/06/2010	Sem gráfico	2 – Saúde
SVMA	8 meses	5	06/07/2010	Sem gráfico	4 – Saúde 1 – Avaliação física (criança eutrófica-5 meses) e Saúde
AAS	12 meses	4	16/03/2010	Sem gráfico	4 – Saúde
GHSS	13 meses	5	19/01/2010	Sem gráfico	4 – Saúde
LTS	18 meses	7	24/09/2009	Em branco	1 (8 dias) – Encaminhamento para especialista (pedido para pediatra), Sem queixa e Avaliação física (criança eutrófica) 4 – Saúde 1 – 23 dias: Testes (teste do pezinho), Avaliação física (perímetro cefálico 34cm) e Saúde 2 – 1m27d e 2m11d: Avaliação física (perímetro cefálico 38cm; puericultura-peso e altura, perímetro cefálico 39cm) e Saúde;
TMAV	18 meses	2	15/02/2009	Atualizado	2 – Saúde Anotações da enfermagem: Programa Viva Leite (5 retiradas) e criança eutrófica (4 anotações)
RRF	19 meses	3	19/04/2010	Sem gráfico	3 – Saúde
AAS	22 meses	19	31/03/2010	Sem gráfico	18 – Saúde 1 – Avaliação física (criança eutrófica-3 meses) e Saúde
MJPN	23 meses	12	05/07/2010	Sem gráfico	12 – Saúde

Avaliação dos registros contidos nos prontuários da Unidade 4 realizada em 27/08/2010.

Criança	Idade (meses)	Número de atendimentos na Unidade	Data última da consulta	Gráfico	Informações registradas
MTS	1	-	-	-	Não possui prontuário na Unidade; primeira consulta estava agendada
ALSA	3	3	04/08/2010	Em branco	2 – Saúde 1ª consulta (9 dias): Sem queixa, Avaliação física (puericultura); Saúde (fezes, urina, leite materno); Prevenção (vacinas); Avaliação do desenvolvimento (reflexos)
ABSS	6	7	25/08/2010	Em branco	2 – Saúde 4 – Sem queixa 1ª consulta (14 dias): Saúde (cesária, leite materno exclusivo); Avaliação física (peso); Testes (teste do pezinho); Avaliação do desenvolvimento (reflexos)
POS	7	9	09/08/2010	Não atualizado	6 – Saúde 2 – Sem queixa 1ª consulta (22 dias): Prevenção (vacinas); Saúde (fezes, urina, parto 34 semanas); Avaliação do desenvolvimento (reflexos)
KSS	12	9	26/08/2010	Não atualizado	7 – Saúde 1 – 12d: Avaliação física (peso); Avaliação do desenvolvimento (reflexos) , Saúde (leite materno) 1 – 3m: Testes (teste do pezinho); Saúde (leite materno); Prevenção (vacina)
LGG	12	14	16/08/2010	Não atualizado	10 – Saúde 3 – Sem queixa 1ª consulta (8d): Saúde (prematureo, leite materno, urina, fezes); Avaliação física (peso), Prevenção (vacinas), Testes (teste do pezinho);

					<i>Avaliação do desenvolvimento (reflexos)</i>
MCSA	16	9	09/06/2010	Não atualizado	<p style="text-align: center;">4 – Saúde</p> <p>1 – 8d: Avaliação física (peso); Saúde (fezes, urina); <i>Avaliação do desenvolvimento (reflexos)</i></p> <p style="text-align: center;">2 – 1m3d e 4m: Sem queixa, Saúde (alimentação, fezes, urina); Exames (BGPE)</p> <p>1 – 5m9d: Saúde (alimentação suco + fruta, leite materno, urina) e Sem queixa</p> <p>1 – 6m14d: Prevenção (vacina); Saúde (fezes, urina, alimentação) e Exames (BGPE)</p>
ILSF	17	13	14/04/2010	Não atualizado	<p style="text-align: center;">9 – Saúde</p> <p style="text-align: center;">3 – Sem queixa</p> <p>1ª consulta (10d): Avaliação física (peso, altura); Testes (apgar); Prevenção (vacina); Saúde (leite materno exclusivo); <i>Avaliação do desenvolvimento (reflexos)</i></p>
KVA	17	20	25/08/2010	Não atualizado	<p style="text-align: center;">15 – Saúde</p> <p style="text-align: center;">3 – Sem queixa</p> <p>1ª consulta (14d): Saúde (parto cesária, alimentação leite materno + complemento, cólicas); Avaliação física (peso); Testes (apgar); Prevenção (vacinas)</p> <p style="text-align: center;">1 – Avaliação física (puericultura) e Saúde (suco + fruta)</p>
MABL	21	2	07/07/2010	Sem gráfico	<p style="text-align: center;">1 – Saúde</p> <p style="text-align: center;">1 – Sem queixa</p>
ABL	22	16	18/08/2010	Não atualizado	<p style="text-align: center;">13 – Saúde</p> <p>2 – Exames (BGPE); Saúde (receita, fezes, urina, alimentação)</p>

EDSA	22	4	23/08/2010	Não atualizado	1ª consulta (8d): Avaliação física (peso); Saúde (alimentação, fezes, urina); <i>Avaliação do desenvolvimento (reflexos)</i> 3 – Saúde 1ª consulta (1m): Saúde e <i>Avaliação do desenvolvimento (reflexos)</i>
------	----	---	------------	----------------	---

Avaliação dos registros contidos nos prontuários da Unidade 5 realizada em 15/07/2010.

Criança	Idade (meses)	Número de atendimentos na Unidade	Data última da consulta	Gráfico	Informações registradas
CEBL	1	1	02/07/2010	Atualizado	1 – Saúde 1 – Orientações (visita domiciliar: vacina, consultou, amamentação mista, consultou com pediatra)
ROL	3	2	28/06/2010	Em branco	1 – Saúde 1 – Orientações médicas 2 – Orientações (visitas domiciliares: orientação, dieta e higiene bucal, consulta de rotina, vacina em ordem, aleitamento materno misto)
LRA	6	6	14/06/2010	Não atualizado	5 – Saúde 1 – Sem queixa 3 – Orientações (visitas domiciliares: mesmo dia da consulta, continua congestionada, sem febre, vacina em ordem; vacina em ordem; sem queixa, não consultou)
SMN	7	0	08/06/2010	Não atualizado	3 – Orientações (visitas domiciliares: visita do dentista; vacina em ordem, febre, diarreia, vômito, medicação que está tomando, consulta médico em outra cidade; consulta em outra cidade de rotina, toma vitamina, vacinação em ordem, alimentação saudável, sem diarreia, sem vômito, sem febre)
KRS	11	2	19/01/2010	Em branco	2 – Saúde

IEGA	11	7	29/04/2010	Não atualizado	1 – Orientações (visita domiciliar: enfermagem, dentista, ACS, exame clínico oral normal, orientações higiene oral e dieta) 7 – Saúde
BRS	16	2	04/09/2009	Sem gráfico	1 – Orientações (visita domiciliar: neta sem queixa, vacinação em dia) 2 – Saúde
SANU	18	20	05/07/2010	Não atualizado	2 – Orientações (visitas domiciliares: sem queixa; sem queixa, vacina em ordem, sem febre, sem vômito e sem diarreia) 20 – Saúde
DENU	18	19	21/06/2009	Não atualizado	2 – Orientações (visitas domiciliares) 19 – Saúde
MAN	21	1	26/05/2010	Não atualizado	2 – Orientações (Visitas domiciliares: vacina em ordem, sem diarreia, gripado, higiene bucal a mãe faz; vacina em ordem, gripado, mãe instruída a consultar se não melhorar, sem diarreia, sem medicação) 1 – Saúde
HBS	22	11	26/10/2009	Não atualizado	2 – Orientações (visitas domiciliares: vacina em ordem, diarreia, febre, vômito; vacinação em ordem, gripado, aleitamento artificial) 11 – Saúde (nenhuma com atual médico) 2 – Orientações (visitas domiciliares: sem queixa; filha gripada, diarreia há 2 dias, não consultou, deu medicação por conta) OBS: 3 consultas em outra Unidade: Avaliação clínica (10d); Avaliação do desenvolvimento (reflexos) (1m) ; Sem queixa (2m)
MTA	23	5	09/09/2010	Em branco	5 – Saúde 1 – Orientações (visita domiciliar: vacinação em ordem)

ANEXOS

ANEXO A: Protocolo para aplicação do Critério Brasil.

CRITÉRIO BRASIL

Identificação:

Data:

Responsável:

Criança:

Idade:

Unidade:

Posse de itens

Televisão em cores:

Rádio:

Banheiro:

Automóvel:

Empregada mensalista:

Máquina de lavar:

Videocassete e/ou DVD:

Geladeira:

Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex):

Grau de instrução do chefe de família:

- () Analfabeto/Primário incompleto (analfabeto/até 3ª série fundamental)
- () Primário completo/Ginasial incompleto (até 4ª série fundamental)
- () Ginásial completo/Colegial incompleto (fundamental completo)
- () Colegial completo/Superior incompleto (médio completo)
- () Superior completo (superior completo)

ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
 propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 2485.0.000.135-09

Título do Projeto: Influência de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais no protocolo médico

Classificação: Grupo III

Procedência: Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Pesquisadores (as): Ana Regina Lucato Sigolo, Ana Lúcia Rossito Aiello (orientadora)

Processo nº: ..

Parecer Nº. 282/2009**1. Normas a serem seguidas**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

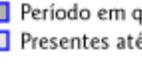
São Carlos, 10 de agosto de 2009.


 Paulo Roberto dos Santos Ferreira
 Coordenador do CEP/UFSCar

Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las

fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO C: Ficha do acompanhamento do desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento																
Registro:			Nome:													
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (<i>Reflexo de Moro</i>)															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)					Idade (anos)									
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6			
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfinteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

- Período em que 90% das crianças adquirem o marco
 ■ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

ANEXO D: Padronização da ficha do acompanhamento do desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Padronização para o uso da ficha de acompanhamento do desenvolvimento		
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Padronização
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)	Utilizar estimulação usual: queda da cabeça ou som. Não usar estimulação muito intensa.
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para cima: posição supina.
	Olha para a pessoa que a observa	Manter o rosto no campo visual da criança olhando em seus olhos.
	Dá mostras de prazer e desconforto	Observar durante a consulta se a criança reage ao ser trocada de roupa, colocada na mesa do exame.
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	Colocar uma das mãos no campo visual da criança, os dedos movendo, ou um objeto de cor. Deve ser colocado na linha média do rosto da criança. Após observar fixação do olhar da criança, afastar lentamente a mão da linha média mantendo os dedos ou o objeto em movimento para à direita e para à esquerda.
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para baixo. Posição prona.
	Arrulha e sorri espontaneamente	Manter o rosto no campo visual da criança. Falar suavemente, emitir sons, estalo de língua sem tocar na criança. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Começa a diferenciar dia/noite	Perguntar à mãe se a criança fica mais acordada ou mais alerta durante o dia.
	Postura: passa da posição lateral para linha média	Quando deitada na posição supina, a cabeça já fica na linha média do corpo.
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço	Deitar a criança em superfície plana. Posição prona.
	Emite sons - Balbúcia	Falar suavemente com a criança na altura da linha de cada ouvido. Na ausência de resposta, perguntar à mãe.
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva	Observar se quando a mãe aproxima-se do bebê, este faz algum movimento como o de aproximação.
	Rola da posição supina para prona	Colocar a criança em superfície plana na posição supina. Incentivá-la a virar para a posição prona.
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	Posição supina. Segurar as mãos da criança. Puxar suavemente tentando sentá-la.
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	Falar ou fazer ruído por trás da criança na altura dos seus ouvidos.
	Reconhece quando se dirigem a ela	Observar se a criança reage quando a mãe fala com ela, quando a mãe coloca-a no colo, etc.
	Senta-se sem apoio	Colocar a criança em superfície plana, sentada. Observar se ela mantém-se com as costas eretas e sem apoiar as mãos na superfície.
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra	Colocar objeto na mão direita da criança. Na ausência de resposta, tentar a mão esquerda.
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos	Observar expressões faciais da criança dirigidas ao profissional e a mãe. O profissional deve segurar a criança no colo e a mãe chamá-la com os braços. Perguntar a mãe se a criança estranha outras pessoas de fora do seu ambiente familiar.
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras	Instigar a criança a imitar os gestos de bater palmas, de adeus, caretas, de esconde-esconde.

	Arrasta-se ou engatinha	Colocar a criança em posição prona, em uma superfície plana. Colocar e oferecer objeto colorido na mesma superfície, longe da mão da criança.
	Pega objetos usando o polegar e o indicador	Colocar na mão da criança algum objeto pequeno da sala de exame.
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido	Instigar. Apontar a mãe e perguntar quem é esta? Na ausência de resposta, perguntar a mãe se a criança fala alguma palavra com sentido (qual?).
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)	Observar se a criança faz espontaneamente. Ao final da consulta, despedir-se dando "tchau" a criança. Perguntar a mãe se a criança faz algum gesto.
	Anda sozinha, raramente cai	Postura de pé solicitar a colaboração da mãe para pedir a criança para caminhar; ou colocar a criança no chão durante a coleta da história clínica.
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário	Na hora do exame físico, pedir a criança que sozinha tire alguma peça (a blusa por exemplo). Em caso de recusa, solicitar a colaboração da mãe no pedido.
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	Instigar, tentar observar a resposta da criança em conversa com a mãe. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	Colocar a criança no chão. Oferecer um objeto à distância e ver se ela se afasta da mãe para pegar este objeto e se volta a seu olhar para a mãe durante o seu percurso.
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	Observar durante a consulta se a criança come biscoitos ou frutas (ou outro alimento que a mãe traz) com a própria mão. Não sendo possível, perguntar à mãe.
	Corre e/ou sobe degraus baixos	Pedir a criança para correr ou subir a escadinha da sala de exame, se houver. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente	Tentar observar na sala de espera - Perguntar sempre a mãe.
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu	Perguntar a criança como ela se chama. Perguntar para a criança de quem é o sapato, a blusa, etc (peças do vestuário que a criança está vestindo). Solicitar a colaboração da mãe.
	Veste-se com auxílio	Depois do exame clínico, pedir a mãe que ajude a criança a vestir-se.
	Fica sobre um pé, momentaneamente	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
	Usa frases	Conversar com a criança. Se a criança não colaborar, perguntar a mãe.
	Começa o controle esfinteriano	Perguntar à mãe se a criança já usa o penico ou já avisa se quer ir ao banheiro (mesmo se já tenha feito as suas necessidades nas fraldas).
	Reconhece mais de duas cores	Usar objetos da sala de exame. Verificar se separa objetos por cores, sem necessariamente nomeá-los.
	Pula sobre um pé só	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
	Brinca com outras crianças	Observar na sala de espera. Perguntar à mãe.
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)	Perguntar à mãe se em suas brincadeiras a criança imita o pai, a mãe, etc.
	Veste-se sozinha	Depois do exame clínico, pedir a criança que se vista. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Pula alternadamente com um e outro pé	Postura de pé: solicitar a criança que pule alternadamente com um pé e o outro. Utilizar imitação.
	Alterna momentos cooperativos com agressivos	Perguntar à mãe sobre o humor e o comportamento da criança com outras crianças e com os adultos.
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias	Perguntar à mãe se a criança já demonstra preferências. Exemplo: "quero passear" dirigindo-se à rua; "quero ir para ..."; "quero fazer....".

ANEXO E: Folheto sobre marcos do desenvolvimento, interação entre pais e filhos e segurança da criança.

CRIANÇAS DE 2 A 3 ANOS

Marcos do desenvolvimento

Por que seu filho quer se tornar independente, este estágio é chamado frequentemente "terrível". Entretanto, esse pode ser um momento "excitante" para você e seu filho. Ele experimentará grandes mudanças intelectual, social e emocional que lhe ajudarão a explorar seu mundo novo buscando sentido nas coisas dele. Durante esse estágio seu filho será capaz de seguir instruções com 2 ou 3 ações, classificar objetos pela forma e cor, imitar ações dos adultos e de seus colegas e expressar muitas emoções.

Interações positivas entre pais e seu filho

- Arrume um horário para ler livros com seu filho, por exemplo à noite.
- Encoraje seu filho a brincar de faz de conta.
- Brinque de "marcha soldado" ou seguir o líder com seu filho.
- Ajude seu filho a explorar o ambiente ao passear.
- Incentive seu filho a dizer o nome e a idade dele.
- Ensine seu filho a cantar canções infantis simples como "atirei o pau no gato" ou outras rimas como "a galinha da vizinha".

Cuide da segurança de seu filho

- Incentive seu filho a sentar à mesa ao comer e a mastigar completamente o alimento.
- Verifique os brinquedos frequentemente para ver se há peças soltas ou quebradas.
- Incentive seu filho a não pôr lápis ou canetas hidrocolor na boca quando estiver colorindo ou desenhando.
- Nunca deixe seu filho perto ou arredor de piscinas, lagoas, lagos, redemoinho de água ou mar sem alguém tomando conta.
- Nunca beba bebidas quentes quando sua criança estiver sentada em seu colo. Movimentos repentinos podem derramar o líquido sobre ele.

DICAS PARA MANTER UMA INTERAÇÃO GOSTOSA E POSITIVA COM SEU BEBÊ PROMOVENDO UM DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

CRIANÇAS DE 0 A 1 ANO

Marcos do desenvolvimento

Desenvolvimento cognitivo significa que seu bebê deve começar a aprender coisas que envolvam memória, linguagem, pensamento e raciocínio. Por exemplo, se seu bebê já tem algumas semanas de vida ele pode estar aprendendo a reconhecer o som da sua voz e a vários objetos. O desenvolvimento da linguagem é mais do que emitir sons (como gugu-dada ou papa/mama). Ouvir, compreender e conhecer os nomes das pessoas e das coisas são todos componentes do desenvolvimento da linguagem e ocorrerá quando seu bebê tiver quase um ano de idade. Durante esse período de zero a um ano, seu bebê está também desenvolvendo laços de amor e de confiança com você. A maneira que você abraça, segura e brinca com seu bebê será a base de como ele irá interagir com você e com os outros no futuro.

Interações positivas entre pais e seu bebê

- Converse com seu bebê. Ele se acalma ao ouvir sua voz.
- Quando seu bebê faz sons responda para ele repetindo e adicionando novas palavras. Isto o ajudará a aprender falar.
- Leia para seu bebê. Isso o ajudará a desenvolver e a compreender as palavras e os sons.
- Cante músicas infantis para seu bebê.
- Ouça música suave e infantil com ele. Isso ajudará seu bebê a gostar de música.
- Elogie seu bebê e dê-lhe muita atenção, beijos e carinho. Seja amoroso.
- Passe um tempo abraçando e segurando seu bebê. Isso o ajudará a se sentir cuidado e seguro.
- O melhor momento para brincar com seu bebê é quando ele está alerta e relaxado. Ao brincar com seu bebê observe

atentamente se há sinais de cansaço ou irritação, sinais de que ele não quer mais brincar e pare por um momento.

- Ser pai e mãe pode ser trabalho duro! Cuide de você mesmo fisicamente, mentalmente e emocionalmente. É mais fácil apreciar seu novo bebê e ser uma mãe (ou um pai) positiva, amorosa quando você se sentir bem com você mesmo.

Cuide da segurança de seu bebê

Agora que seu recém-nascido está em casa, é hora de certificar-se de que sua casa é um lugar seguro para ele. Olhe os cômodos de sua casa e busque por itens domésticos que podem apresentar perigo para seu bebê. Como pai ou mãe é sua responsabilidade assegurar um ambiente seguro para seu bebê. É também importante que você examine o que é necessário para você ficar bem mentalmente e emocionalmente com seu novo bebê. Aqui estão algumas dicas para manter seu bebê seguro durante seu primeiro ano de vida.

- Nunca sacuda seu bebê. Os músculos do pescoço são muito fracos e eles não suportam o peso da cabeça do neném. Se você sacudir seu bebê pode danificar seu cérebro e atrasar seu desenvolvimento.
- Para impedir a SIDS (Síndrome infantil de morte súbita), sempre coloque seu bebê para dormir de costas.
- Quando seu bebê começar a comer alimentos, corte os alimentos em pedaços pequenos para impedir que ele engasgue. Não deixe seu bebê brincar com coisas que podem cobrir seu rosto e sufocá-lo ou que seja fácil de engolir.
- Nunca carregue líquidos ou alimentos quente perto de seu bebê ou quando o estiver segurando.
- A vacinação é importante para proteger a saúde e a segurança da criança. É importante que seu bebê receba todas as vacinas recomendadas para sua faixa etária.

CRIANÇAS DE 1 A 2 ANOS

Marcos do desenvolvimento

Durante esse período, seu filho está começando a andar e está mais consciente dele mesmo e das coisas ao seu redor. Também, seu

desejo de explorar objetos e novas pessoas é maior. Durante esse estágio seu filho mostrará maior independência, mais comportamentos de desobediência, se reconhecerá nos retratos ou no espelho e imitará comportamentos de outras pessoas, especialmente de adultos e de crianças mais velhas. Seu filho será capaz de reconhecer nomes de pessoas e objetos familiares, falar frases simples e sentenças e seguir instruções simples.

Interações positivas entre pais e bebês

- Leia ou conte pequenas histórias diariamente para sua criança.
- Peça que ele encontre objetos para você ou aponte as partes do corpo e de objetos conhecidos.
- Brinque com jogos adequados para a idade dele.
- Incentive seu filho a explorar e tentar coisas novas.
- Ajude a desenvolver a linguagem do seu filho falando com ele.
- Incentive a curiosidade e a habilidade de reconhecer objetos pelo toque ao passear pela praça ou andar de ônibus com seu filho.

Cuide da segurança de seu filho

Quando seu filho começa a andar, é provável que encontre mais perigos. Aqui estão algumas recomendações para ajudar a manter seu filho seguro.

- Bloqueie escadas com uma pequena porta ou cerca. Tranque portas que levam a lugares perigosos como garagem ou porão.
- Tampe as tomadas elétricas não utilizadas.
- Mantenha ferro de passar roupa fora do alcance de seu filho. Gire os cabos das panelas para a parte traseira do fogão.
- Guarde objetos afiados como tesouras, facas e canetas em lugar seguro.
- Tranque remédios, produtos de limpeza e venenos ou os coloque em lugares fora do alcance da criança.
- Nunca deixe seu filho sozinho.