

KAREN ELOIZA RODRIGUES ANDRADE

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATÉ
DOIS ANOS DE IDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2011

KAREN ELOIZA RODRIGUES ANDRADE

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATÉ
DOIS ANOS DE IDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Luciano Soares Dias

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2011

KAREN ELOIZA RODRIGUES ANDRADE

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATÉ
DOIS ANOS DE IDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Luciano Soares Dias

Banca Examinadora

Prof. Luciano Soares Dias _____ UFMG

Prof. Eugenio Marcos Andrade Goulart ___ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

Acompanhar e avaliar o desenvolvimento infantil de crianças menores de dois anos de idade é uma responsabilidade do profissional de saúde que trabalha na atenção primária de saúde, tendo o compromisso de diagnosticar e encaminhar a criança com atraso no desenvolvimento para um serviço especializado o mais precoce possível. Nessa faixa etária a criança está mais susceptível aos agravos, mas também num período em que tem mais chance de responder às intervenções. Além disso, esse profissional deve estar apto para conscientizar e orientar às famílias para a estimulação do desenvolvimento das crianças sem déficit. O presente estudo, revisão narrativa sobre o assunto utilizando artigos científicos e documentos oficiais, tem como finalidade sensibilizar e subsidiar os profissionais de saúde e melhorar sua atuação na área de trabalho, como também compreender a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Vigilância; Avaliação.

ABSTRACT

Accompanying and assessing child development of children under two years old is a responsibility of the health professionals that work on primary health care, who has the commitment with diagnosing and send the child with developmental delay to a specialized service the sooner possible. In this age group that the child is the more susceptible to injuries, but also in a period that she is more likely to respond to the interventions. Besides, that professional must be qualified to make the families aware and guide them to stimulate the child's development without deficit. The present work, a narrative review on the subject using scientific articles and official documents, aims at sensitizing and subsidizing health professionals in order for them to improve their performance on their own fields, as well as understanding the importance of accompanying child development.

Key-words: Child Development; Vigilance; Assessment.

LISTA DE ABREVIATURA

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRA - Infecções Respiratórias Agudas

MS - Ministério da Saúde

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO - Justificativa	6
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGIA	10
4. REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1. Introdução – Conceito	11
4.2. Aspectos gerais do desenvolvimento infantil	15
4.3. Avaliação do desenvolvimento	16
4.3.1. Avaliação do desenvolvimento em crianças abaixo de dois meses	18
4.3.1.1. Classificação e condutas sobre o desenvolvimento da criança menor de dois meses	22
4.3.2. Avaliação do desenvolvimento em crianças de dois a 24 meses	25
4.3.2.1. Classificação e condutas sobre o desenvolvimento das crianças de dois a 24 meses	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

Está garantido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, art. 196): “A Saúde é um direito de todos e em dever do Estado”. Para que toda a população brasileira pudesse ter acesso a esse direito a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios foram estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, de 1990: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e regionalização, e participação da comunidade (WIKIPEDIA, 2011). Portanto, não basta, apenas, atender a todos em um tratamento bem sucedido, mas, também levar em consideração as especificidades de cada paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), composto por equipes multiprofissionais que prestam cuidado universal, integral e gratuito para as famílias brasileiras. Este programa tem mostrado ser um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da atenção básica no país. Por meio de suas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população, torna-se a porta de entrada do SUS, com o compromisso de atender a todos e seguir os princípios do SUS (MS, 2008).

Para o MS são essenciais as ações sobre os cuidados com a saúde infantil. Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento multiprofissional e de melhor qualidade. A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (MS, 2005).

O declínio da taxa de mortalidade infantil no Brasil é um grande desafio, mas vem diminuindo progressivamente nas últimas décadas. A maioria das mortes precoces pode ser considerada evitável quando o acesso ao serviço de saúde no tempo oportuno é resolutivo e qualificado. Isso significa que crianças de todo Brasil estão sobrevivendo às adversidades encontradas pela vida, mas é preciso assegurar seu bem-estar e sua qualidade de vida. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, o desenvolvimento e a alimentação saudáveis, tornam-se prioridade para a vigilância à saúde das crianças de maior risco (MS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência (OPAS, 2005). Segundo Viana *et al* (2005), a detecção precoce dos atrasos no desenvolvimento promove uma recuperação de 80% a 90% das crianças, por meio de uma estimulação simples e oportuna. Portanto, apenas uma porcentagem muito pequena das crianças em acompanhamento será encaminhada para os especialistas (psicólogos, neuropediatra, pedagogos).

Figueiras *et al* (2003) alertam para a importância da atuação do profissional que trabalha na atenção primária, responsável pela vigilância do desenvolvimento infantil, no encaminhamento precoce para o serviço especializado se houver suspeita de alguma deficiência. Os autores reforçam que esse encaminhamento pode propiciar melhores resultados no tratamento.

Segundo o MS (2002) a equipe de saúde deverá reconhecer os aspectos mais importantes do desenvolvimento infantil e estar sempre preparada para realizar intervenções, se necessário, mas principalmente identificar com exatidão as crianças que devem ser referidas para tratamento especializado.

Justificativa

Sou Enfermeira, formada na Universidade Presidente Antônio Carlos de Ipatinga em 2008, pós- graduada em Gerenciamento de Resíduos de Saúde em 2009 e atuo na saúde pública desde 2005 quando ainda universitária, como Coordenadora do Serviço de Controle e Avaliação do município de Mesquita/MG. Em 2009 atuei como enfermeira do PSF do município de Periquito/MG e atualmente trabalho como Enfermeira no serviço de Imunização do município de Mesquita/MG. Interessei-me pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido na modalidade à distância pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG) porque me identifiquei muito com o PSF e resolvi aprimorar os meus conhecimentos em relação à saúde da família, pois o curso além de ser acessível é de grande valor.

Durante o curso trabalhei no município de Periquito/MG que tem 7.036 habitantes e área de 229 km² (IBGE, 2011). Localiza-se às margens da BR 381, que dá acesso a Belo Horizonte. Periquito está a 237km da capital mineira e a 45km de Governador Valadares. A economia do município gira em torno da agricultura e da extração de madeira, mas há potencial para a indústria. A rede de assistência à saúde do município é composta por uma Secretaria Municipal de Saúde, duas equipes de PSF totalizando 2.195 famílias cadastradas (PERIQUITO, 2011).

Atualmente trabalho no município de Mesquita/MG que de acordo com censo demográfico do IBGE (2010) possui uma população de 6.069 habitantes, sendo 3.819 habitantes residentes na zona urbana e 2.250 na zona rural, com área territorial de 274,938km². Localizado na região do Vale do Rio Doce, microrregião de Ipatinga, dista 285 km da capital. Limita-se com os seguintes municípios: Açucena, Belo Oriente, Coronel Fabriciano, Ipatinga, Joanésia e Santana do Paraíso. Mantém suas atividades econômicas ligadas ao setor agropecuário (gado de leite, corte e lavouras temporárias de milho e feijão). A CEMIG e diversas empreiteiras que atuam fora do município, além de pequenos comércios locais também contribuem para a geração de renda (PMM, 2011).

O município é contemplado por dois PSF, um atendendo a área urbana e o outro a área rural. Possui três Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma localizada na sede do município e as outras nas áreas rurais servindo apenas de apoio para o PSF (SMS, 2011).

Segundo os dados do SI-PNI/DATASUS (2011) o município tem 67 crianças menores de um ano e 136 de um a dois anos.

A escolha pelo tema para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) se deu por uma experiência pessoal como Enfermeira do PSF ao perceber falhas e inseguranças na avaliação do desenvolvimento das crianças menores de dois anos. Outra motivação veio da discussão feita na disciplina “Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação”, no CEABSF, sobre artigo científico de estudo de campo realizado no município de Belém, Pará. O objetivo da pesquisa “Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil” foi avaliar os conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança de 160 profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta pesquisa foi levantada a hipótese de que os profissionais que atuam na atenção primária à saúde careciam de conhecimentos sobre desenvolvimento

infantil, e que em sua prática diária dariam pouca importância a questões relacionadas à área da pediatria (FIGUEIRAS *et al* 2003).

2. OBJETIVOS

GERAL

Fazer revisão de literatura sobre o desenvolvimento de crianças até dois anos de idade para melhorar a atuação dos trabalhadores da área de saúde na área de abrangência do PSF dos municípios de Periquito e Mesquita, em Minas Gerais.

ESPECÍFICOS

- Abordar os aspectos mais relevantes do desenvolvimento infantil;
- Compreender o acompanhamento do desenvolvimento infantil;
- Analisar e aprimorar os conhecimentos sobre marcos do desenvolvimento.

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, por meio de análise da produção científica nacional e internacional acerca da temática – avaliação do desenvolvimento infantil em crianças menores de dois anos de idade. A busca foi realizada com os seguintes termos isolados ou em associações: Desenvolvimento infantil, avaliação do desenvolvimento, escala de Denver II. Foi consultada a biblioteca virtual em Saúde: SciELO, Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br>), utilizando os descritores “avaliação do desenvolvimento infantil, saúde da criança, vigilância do desenvolvimento infantil”. Utilizou-se também livros de Enfermagem pediátrica, manuais e caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde, Organizações Pan-Americana de Saúde, revistas de saúde e outros. O recorte temporal utilizado foi de 1978 a 2011.

Também foram utilizados como fontes de pesquisa livros e textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação (ALVES e MOULIN, 2008) e Introdução à Metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS E SOUZA, 2009).

4. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura abordará aspectos do desenvolvimento infantil, com ênfase nas nuances da sua avaliação na atenção primária por diferentes profissionais da área da saúde.

4.1. Introdução – Conceito

Não é simples conceituar o que é desenvolvimento, pois esse conceito vai variar de acordo com a visão dos profissionais e seu referencial teórico. Para o Pediatra seria a capacidade crescente do indivíduo na realização de tarefas gradativamente mais complexas. O Neuropediatra certamente dará ênfase na maturação do sistema nervoso central e conseqüentemente na integridade dos reflexos. O Psicólogo e o Pedagogo avaliam nas crianças os aspectos emocionais, cognitivos, de inteligência e inter-relações com o ambiente. Já o Psicanalista provavelmente dará mais ênfase às relações com os outros e à constituição do psiquismo. Sendo assim, o desenvolvimento é mais que uma determinação biológica, e necessita de uma abordagem multiconceitual e, conseqüentemente, multidisciplinar. (BRASIL, 2002).

Segundo dicionário Aurélio, desenvolvimento é: 1. Ato ou efeito de desenvolver (-se); desenvolvimento. 2. Crescimento, progresso (FERREIRA, 2001).

Alves e Moulin (2008, p.48) consideram que:

O conceito mais difundido de desenvolvimento infantil é o que diz tratar-se de um processo de aquisição de habilidades progressivamente mais complexas, que levam o indivíduo à independência e à autonomia. No entanto, devemos reconhecer as limitações desse conceito.

De acordo com OPAS (2005, pag.12):

Desenvolvimento infantil é o processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como

produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Dessa maneira, não podemos basear o desenvolvimento apenas na avaliação das habilidades pertencentes a um determinado sistema, mas entendendo a criança como um todo e em relação com seu ambiente, pais e família (BRASIL, 2002).

Analisando a criança do ponto de vista psicanalítico, não podemos dizer que a criança é um ser em desenvolvimento, pois na realidade o que se desenvolve são as funções.

No dizer de Degenszajn (2002, p. 36):

Para nós é fundamental que o pediatra inclua no seu entendimento sobre a criança que sua capacidade de desenvolver essa ou aquela função se articula não somente aos aspectos maturativos, mas também ao lugar atribuído à criança quanto ao desejo de seus pais.

O acompanhamento e a avaliação sistematizada e programada do desenvolvimento são ações fundamentais na atenção à saúde da criança. Junto com a avaliação do crescimento, o monitoramento do desenvolvimento constituiu-se numa das cinco ações básicas de saúde integradas propostas pelo Programa de Atenção Integral à saúde da Criança (PAISC), criado em 1984 pelo MS. O programa visava o benefício e alcance de toda a população infantil brasileira, com o desenvolvimento de cinco ações básicas de saúde integradas, capazes de responder aos problemas comuns da infância (BRASIL, 1984):

- Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame
- Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA)
- Imunização
- Controle das Doenças Diarréicas
- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

O eixo do programa é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que contempla ações de saúde que visam avaliar e assistir a criança por meio de um calendário de observações periódicas (LIMA e MELLO, 2004).

Acompanhar o desenvolvimento de uma criança é mais complexo que acompanhar o crescimento físico. Os instrumentos de avaliação são extensos, específicos, com maior ou menor grau de complexidade, baseado nos marcos do desenvolvimento (ALVES e MOULIN, 2008).

Os instrumentos de avaliação variam de acordo a faixa etária e os aspectos particulares do desenvolvimento, tais como o desenvolvimento biológico (coordenação motora fina, desenvolvimento motor grosso), o fisiológico, o psicossocial (desenvolvendo o sentido de confiança), o cognitivo (fase sensorimotora), o desenvolvimento da auto-imagem e o desenvolvimento social (vínculo, desenvolvimento da linguagem e brincadeiras). Por isso, a estimulação é tão importante para o avanço do desenvolvimento quanto o alimento é para o crescimento biológico. O conhecimento do profissional da saúde sobre os marcos do desenvolvimento permite que ele oriente os pais em relação às brincadeiras adequadas para os lactantes. Os jogos e brincadeiras devem propiciar contato interpessoal, bem como as estimulações recreativas e educacionais (WONG, 1999).

Segundo Silva *et al*, 2005 o desenvolvimento é um conceito amplo, que compreende todas as ações reflexas, voluntárias, espontâneas e aprendidas, que podem ser agrupadas em quatro campos: desenvolvimento motor, adaptativo, de linguagem e pessoal-social. Sendo assim, é de grande importância acompanhar o desenvolvimento desde o pré-natal, com orientações e motivando a mãe a realizar o controle periódico de avaliar e estimular a criança, para que esta tenha um desenvolvimento harmônico e condições para aprender.

As crianças precisam ser estimuladas em suas brincadeiras e o adulto deve participar interagindo com elas, propiciando atividades adequadas para a idade e estimulando-as. É importante a qualidade da interação pessoal que acontece durante a brincadeira. A Tabela 1 relaciona as atividades de jogos e brincadeiras que são apropriadas para o nível de desenvolvimento do lactante tendo em vista sua habilidade motora, de linguagem e pessoal-social (WONG, 1999).

TABELA 1 - Jogos e brincadeiras durante a fase de lactância.

IDADE (MESES)	ESTIMULAÇÃO VISUAL	ESTIMULAÇÃO AUDITIVA	ESTIMULAÇÃO TÁTIL	ESTIMULAÇÃO CINÉTICA
Atividades Sugeridas				
Nascimento-1	Olhar a criança a curta distância Pendurar objetos brilhosos e luminosos a cerca de 20-25 cm da face da criança e na linha média Pendurar móveis com desenhos em contraste de preto e branco	Conversar com a criança, cantar em tom baixo Ligar caixa de música, rádio e televisão Ter um relógio ou metrônomo em funcionamento nas proximidades	Segurar, acariciar, abraçar Manter a criança aquecida Pode gostar de ser vestida com fraldas	Balançar a criança, colocá-la no berço Usar carrinho para as caminhadas
2-3	Fornecer objetos brilhosos Tornar o ambiente luminoso com quadros espelhados nas paredes Levar a criança a diversos ambientes, enquanto realiza as tarefas Colocar a criança em "bebê-conforto" para observação vertical do ambiente	Conversar com a criança Incluir no grupo familiar Expor a diversos ruídos ambientais diferentes daqueles existentes na casa Usar chocalhos, sinos de vento	Acariciar a criança enquanto dá banho, na troca de fraldas Pentear os cabelos com uma escova macia	Usar a movimentação do lactente Sair de carro Exercitar o corpo ao movimentar as extremidades em movimentos de natação Usar apetrechos de berço
4-6	Colocar a criança diante de um espelho inquebrável Dar brinquedos coloridos e luminosos para segurar (pequenos o suficiente para segurar)	Conversar com a criança, repetir os sons que a criança faz Rir quando a criança ri Chamar a criança pelo nome Dobrar diferentes papéis próximo ao ouvido da criança Colocar o chocalho ou sino na mão	Dar à criança brinquedos macios de apertar, com texturas variadas Permitir bater na água durante o banho Colocá-la nua sobre um assoalho macio e movimentar as extremidades	Usar carrinho ou berço de balanço Fazer com que a criança pule enquanto está no colo sendo segurada na posição em pé Sustentar a criança na posição sentada, deixar que ela se incline para a frente e se equilibre Colocar a criança sobre o assoalho para rastejar, rolar, sentar

Fonte: Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva, WONG, D. L., 1999.

4.2 Aspectos Gerais do desenvolvimento infantil

Segundo a OPAS (2005) o estudo do desenvolvimento infantil envolve três objetivos. Em primeiro lugar, compreender como e porquê o ser humano cresce e muda durante a vida, sem considerar a cultura ou experiência; em segundo, explicar as diferenças individuais; em terceiro, compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Dependendo do pesquisador, o enfoque para a avaliação do desenvolvimento variará com qualquer desses aspectos.

Cada criança tem um ritmo próprio que pode ser influenciado pelo meio social em que vive. A variação deste ritmo individual permite estabelecer limites de normalidades dentro de uma idade mínima e máxima nas quais as crianças já tenham adquirido essas habilidades estabelecidas pela idade, chamadas marcos do desenvolvimento, sobre os quais falaremos mais à frente (VIANA *et al*, 2005).

O desenvolvimento infantil começa a ser percebido desde os primeiros meses de vida com o ato de amamentar e dar conforto ao bebê. A estimulação tátil pode parecer mais importante do que o modo como ela é alimentada, pois depende da maneira que a criança é manuseada pela mãe. As dificuldades e tensões emocionais da mãe podem ser transmitidas para o bebê (DALLY, 1978).

A satisfação da criança fica associada à sua mãe e as outras pessoas que satisfazem suas necessidades. A mãe fica satisfeita quando a criança está calma e tranqüila e sua satisfação fica ainda maior quando a criança está sorrindo. O sorriso de uma criança normal começa a surgir com mais ou menos seis semanas, sendo no início simplesmente uma resposta reflexa de uma criança satisfeita a uma face humana. Em crianças prematuras o sorriso começa mais tarde indicando que os fatores de crescimento interno são mais importantes que os ambientais. Até quatro ou cinco meses a criança normal é incapaz de reconhecer qualquer pessoa, mas a partir de seis meses começa a reconhecer seus familiares e cuidadores. O importante para a criança nesta fase é que suas necessidades sejam atendidas e ela reconhece a mãe como uma pessoa que satisfaz essas necessidades. A presença da mãe na vida da criança é de extrema importância para o seu desenvolvimento; a separação prolongada dos dois pode interferir negativamente no desenvolvimento da criança (DALLY, 1978).

O desenvolvimento pode sofrer variações sob influência de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são determinados pela genética, como as características físicas da criança, a cor dos olhos e cabelos. Os fatores extrínsecos são determinados desde a concepção e estão inicialmente relacionados com o ambiente da vida intra-uterina proporcionado pela mãe por meio das condições de saúde e nutrição. Após o nascimento o ambiente em que a criança vive e os cuidados prestados a ela como alimentação, carinho e estímulos passam a ser de grande importância para o processo de maturação que a leva da dependência à independência (BRASIL, 2002).

O desenvolvimento ocorre a todo instante na vida humana e a fase de maior intensidade desse processo se dá na infância. Durante esse processo pode ocorrer um impedimento intrínseco ou extrínseco resultando no comprometimento temporário ou permanente do desenvolvimento da criança (SIGAUD e VERÍSSIMO, 1996).

De acordo com Halpern *et al.*, (2002) as crianças que vivem em países em desenvolvimento estão expostas a vários riscos, o que as levam a ter maior chance de apresentar atrasos em seu crescimento e desenvolvimento. Por isso, segundo esses autores, é fundamental identificar precocemente as crianças de maior risco para que, com as intervenções realizadas, o impacto dos efeitos negativos seja minimizado.

4.3 Avaliação do desenvolvimento

Na Atenção Primária à Saúde a avaliação inicial do desenvolvimento e, se necessário, a orientação para a estimulação precoce é responsabilidade dos membros da equipe da ESF que, portanto, devem estar aptos a executar essas funções. Ressalte-se que o acompanhamento do desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida da criança é de grande importância porque é nesta faixa etária que o tecido nervoso mais se desenvolve e, portanto, também é mais susceptível aos agravos; por outro lado, é neste período da vida que a criança tem mais possibilidade de responder às intervenções (OPAS, 2005).

Segundo Sampaio, Belchior e Biscaia (2009), a avaliação do desenvolvimento é um importante instrumento para se conhecer a saúde da criança, porém a complexidade em avaliá-lo é enorme, sendo necessário conhecer não só as habilidades que a criança tem em

um determinado sistema (motor, perceptivo, linguagem etc.), como a sua maturação neurológica e também o ambiente na qual está inserida.

Acompanhar o desenvolvimento de uma criança é mais complexo que acompanhar o crescimento físico. Os instrumentos de avaliação são extensos, específicos, com maior ou menor grau de complexidade, baseado nos marcos do desenvolvimento (ALVES e MOULIN, 2008).

Existem vários métodos e manuais para acompanhamento do desenvolvimento infantil, entre eles o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, organizado pela Dra. Amira Consuelo Figueiras e outros, divulgado pela OPAS. Trata-se de instrumento de avaliação simples, de fácil execução e especialmente apropriado para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde (ALVES e MOULIN, 2008).

Silva *et al*, 2005 também salientam que podem ser utilizados inúmeros instrumentos, desde os mais simples, utilizados para triagem em Atenção Primária à Saúde, até os mais complexos, geralmente de uso dos especialistas.

A Caderneta de Saúde da Criança, do MS (2011), utiliza a Escala de Denver para um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil até os dez anos de crianças nascidas a termo. Para os prematuros são necessárias correções levando em conta a idade gestacional. A escala apresenta marcos de desenvolvimento de forma mais detalhada que outros instrumentos e mostra as respostas esperadas e as faixas de idade, tendo como referência, para a avaliação, os percentis 25 e 90. Abaixo do percentil 25 significa que a criança é “precoce” no desempenho; entre os percentis 25 e 90 que ela é “adequada” e acima de 90 que ela apresenta “atraso” no desenvolvimento. Esta escala é considerada um teste de triagem e não um teste de diagnóstico, e está presente no cartão da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O instrumento no contexto da AIDPI utiliza os marcos retirados de escalas de desenvolvimento de diversos autores já consagrados nessa área (Lefèvre & Diament, Bayley, Gesell, entre outros) e possui como estratégia: perguntar, investigar, observar, classificar o desenvolvimento e decidir a conduta (OPAS, 2005).

Ele detecta problemas no desenvolvimento de crianças, identificando os fatores de risco biológico, como prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções na gravidez, uso de medicamentos ou exposição à radiação durante a gravidez, tocotraumatismos e outros problemas de saúde adquiridos após o nascimento, como infecções do sistema nervoso central, traumas cranianos etc. É importante investigar os fatores de risco na família da

criança, como alcoolismo, uso de drogas e violência; saber a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho; medir o perímetro cefálico, observar a presença de alterações fenotípicas ao exame físico, tais como implantação baixa de orelhas, olhos muito afastados, número e tamanho dos dedos dos pés e das mãos etc; observar algumas habilidades como posturas, comportamentos e reflexos presentes nas faixas etárias da criança (ALVES e MOULIN, 2008).

A avaliação dessas habilidades é realizada por meio de um quadro para avaliação do desenvolvimento da criança menor de dois meses observando alguns reflexos primitivos, posturas e habilidades (Quadro 1 e Ficha de Avaliação 1). Como o número de reflexos/posturas/habilidades é pequeno, a ausência de apenas um deles é considerada significativa para tomada de alguma decisão. Para crianças de dois meses a dois anos de idade são utilizados 32 marcos do desenvolvimento, de fácil observação, divididos por oito faixas etárias e presentes em 90% (percentil 90) das crianças para aquela idade. A avaliação de cada idade é composta por quatro marcos, sendo um da área motora grossa, um da área motora fina, um da linguagem e um da interação pessoal-social (Quadro 2). A ausência no cumprimento de um só marco já é considerado significativo para tomada de alguma decisão (OPAS, 2005).

4.3.1 Avaliação do desenvolvimento em crianças abaixo de dois meses

A criança nasce com o sistema nervoso incompletamente desenvolvido e o processo de maturação realiza-se gradativamente. Por isso, o recém-nascido normal apresenta uma série de reflexos transitórios e a falta deles, em geral, tem significado patológico (PERNETTA, 1990).

O acompanhamento e a avaliação do desenvolvimento devem ser sistemáticos e programados, fazer parte de uma rotina, ser compreendidos e utilizados como uma maneira de promoção de saúde e estar interligados à estimulação (SILVA *et al*, 2005).

As respostas a estímulos evoluem de reflexos generalizados, envolvendo todo o corpo, para ações voluntárias, definidas pelo córtex. Essa especialização permite à criança passar de reações simétricas, involuntárias em respostas ao meio ambiente (gritar, agitar os

braços, dar pontapés), para movimentos assimétricos voluntários, em função de determinado estímulo (BRASIL, 2002).

A postura e os movimentos amplos do recém-nascido devem ser sempre observados: o recém-nascido normal mantém as pernas fletidas tanto na posição supina como prona. As pupilas reagem a luz. Reage a barulhos fortes, e desde as primeiras horas de vida é capaz de perceber alguns sons. Passa a maior parte do tempo dormindo. Tem percepções visuais, e percebe alguns sabores (tendo preferência pelo doce) (BRASIL, 2002).

Segundo a Caderneta de Saúde da Criança, do MS (2011), a avaliação do desenvolvimento infantil baseia-se na vigilância do desenvolvimento pelos principais fatores de risco, alterações físicas e informações dos pais/cuidadores da criança.

Fatores de risco

- Ausência ou pré-natal incompleto.
- Problemas na gestação, parto ou nascimento.
- Prematuridade (menor que 37 semanas).
- Peso abaixo de 2.500g.
- Icterícia grave.
- Hospitalização no período neonatal.
- Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
- Parentesco entre pais.
- Casos de deficiência ou doença mental na família.
- Fatores de risco ambientais, como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

Alterações Físicas

- Perímetro cefálico < -2 escores Z ou $> +2$ escores Z.
- Presença de alterações fenotípicas.
- Fenda palpebral oblíqua.

- Olhos afastados.
- Implantação baixa de orelhas.
- Lábio leporino.
- Fenda palatina.
- Pescoço curto e/ou largo.
- Prega palmar única.
- 5º dedo da mão curto e recurvado.

Para verificar o desenvolvimento na primeira consulta de uma criança até dois anos é imprescindível perguntar a mãe ou ao cuidador sobre fatos associados ao desenvolvimento e sobre os comportamentos esperados de acordo com sua faixa etária. Observar a interação e cuidado da mãe com o filho e seu estado de higiene. É relevante que o profissional esteja sempre atento às condições de saúde da mãe/cuidador, pois é comum a mãe apresentar depressão pós-parto. Se houver essa suspeita, encaminhar a mãe para avaliação especializada o mais precocemente possível (MS, 2011).

O Manual nos moldes da AIDPI divide a avaliação em duas faixas etárias: menores de um mês de vida e de um a dois meses, e recomenda avaliar testando alguns reflexos e observando alguns comportamentos. A Ficha de Avaliação 1 orienta o profissional a realizar perguntas associadas ao desenvolvimento da criança (OPAS, 2005).

Nas crianças até um mês de vida testar ou observar:

- Reflexo de Moro

Trata-se de reflexo primitivo que desaparece gradativamente com o desenvolvimento do cérebro (mielinização das células nervosas) da criança. Sua ausência logo ao nascer e nos primeiros meses de vida, bem como sua persistência após o terceiro ou quarto mês de vida tem grande importância, especialmente se persistir além dos seis meses de idade, o que acusa atraso do desenvolvimento neuropsíquico ou doença degenerativa do cérebro (PERNETTA, 1990).

Existem várias maneiras de verificar a presença do reflexo; uma delas consiste em colocar a criança em decúbito dorsal sobre uma superfície lisa, forrada com uma fralda de tecido ou manta, devendo esta ser bruscamente repuxada. Outra é fazer um estímulo

sonoro forte, como bater palmas logo acima da cabeça da criança. A resposta esperada consiste na extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores, seguida de retorno à habitual atitude flexora em adução. Esta resposta deve ser simétrica e completa (OPAS, 2005).

- Reflexo cócleo-palpebral

Avalia o desenvolvimento auditivo e deve ser testado da seguinte maneira: com a criança em decúbito dorsal, bata palmas numa distância aproximada de 30 cm da orelha DIREITA e observe sua resposta. Repita da mesma maneira o estímulo na orelha ESQUERDA e observe sua resposta. O limite de tentativas é de duas a três vezes. A resposta esperada é o piscamento dos olhos (OPAS, 2005).

- Reflexo de sucção

Avalie com a criança no seio da mãe. Se a criança tiver mamado há pouco tempo, estimule seus lábios com o dedo e observe. A resposta esperada é que a criança sugue o seio ou realize movimentos de sucção com os lábios e língua ao ser estimulado com o dedo (OPAS, 2005).

- Flexão dos braços e pernas

Coloque a criança deitada de costas e observe se seus braços e pernas estão flexionados, o que se espera que ocorra devido o predomínio do tônus flexor nessa idade (OPAS, 2005).

- Posição das mãos

Com a criança em qualquer posição observe suas mãos, que nessa faixa etária devem permanecer fechadas (OPAS, 2005).

Nas crianças entre um e dois meses deve-se observar:

- Vocalização - observe se a criança emite algum som, como sons guturais, sons curtos de vogais, mas que não seja choro (OPAS, 2005).
- Movimento das pernas (esperneio) - com a criança em decúbito dorsal observe os movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores (OPAS, 2005).

- Sorriso social - converse e sorria para a criança, que deverá sorrir em resposta. Não toque a criança pois o objetivo é avaliar uma resposta social e não física (OPAS, 2005).
- Posição das mãos - com a criança deitada de costas observe suas mãos, que deverão se abrir espontaneamente em alguns momentos (OPAS, 2005).

4.3.1.1 Classificação e condutas sobre o desenvolvimento da criança menor de dois meses

O Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI recomenda a seguinte classificação e conduta ao se examinar a criança menor de dois meses. (OPAS, 2005).

Se a criança apresentar reflexos normais, assim como posturas e habilidades compatíveis com a faixa etária, perímetro cefálico entre os percentis 10 e 90, não apresentar três ou mais alterações fenotípicas e não ter fatores de risco para o desenvolvimento, classifique-a como **Desenvolvimento Normal** (faixa verde do Quadro 1). Elogie a mãe, oriente-a sobre a estimulação do seu filho, marque retorno e informe a mãe sobre os sinais de alerta (irritabilidade ou sono excessivo, entre outros) que justifiquem retorno imediato.

Se a criança apresentar reflexos normais, assim como as posturas e habilidades de acordo com sua faixa etária, seu perímetro cefálico estiver entre os percentis 10 e 90, não apresentar três ou mais alterações fenotípicas, porém existir um ou mais fatores de risco para o desenvolvimento, classifique-a como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco** (faixa amarela, Quadro 1). Oriente a mãe sobre a estimulação do seu filho, marque retorno com 15 dias e informe a mãe sobre os sinais de alerta que justifiquem retorno imediato. Se entre os fatores de risco houver suspeita de infecção congênita (rubéola, toxoplasmose, sífilis, SIDA ou citomegalovirose), peça a investigação sorológica indicada.

Se um ou mais reflexos/posturas/habilidades próprios da faixa etária estiverem ausentes, se o perímetro cefálico estiver abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90 e se houver três ou mais alterações fenotípicas, classifique a criança como **Provável Atraso no Desenvolvimento** (faixa vermelha, Quadro 1) e refira-a para avaliação neuropsicomotora por um pediatra ou outro profissional que tenha conhecimentos mais aprofundados de

desenvolvimento infantil. Para as crianças com alterações fenotípicas, além de encaminhar para esta avaliação, se possível encaminhe para um serviço de genética médica, para auxiliar no diagnóstico e realizar aconselhamento à família. Explique à mãe que o fato da criança está sendo referenciada para avaliação, não quer dizer que necessariamente tenha algum atraso no desenvolvimento, o que será determinado pela equipe especializada que irá atendê-la. Após exame criterioso, se houver algum problema, a criança receberá cuidados e orientações necessárias.

Ficha de Avaliação 1 – Verificação do desenvolvimento da criança menor de dois meses

FICHA DE AVALIAÇÃO 1 VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR QUE 2 MESES DE IDADE

Nome: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PERGUNTAR:

Quais são os problemas da criança? _____ Primeira consulta? ____ Consulta de retorno? ____

AVALIAR		CLASSIFICAR
Avaliar o desenvolvimento da criança de 1 semana a 2 meses de idade		
PERGUNTE	OBSERVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento? ____ • Quanto pesou quando nasceu? ____ • Qual a idade gestacional? ____ • Seu filho teve alguma doença grave como meningite, encefalite, traumatismo craniano, convulsões, etc...? ____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? <p>VERIFIQUE: Existem fatores de risco sociais (depressão materna, alcoolismo, drogas, violência, etc.)? ____</p> <p>Examine se há alterações fenotípicas ou no perímetro.</p> <p>LEMBRE-SE: Se a mãe da criança disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento ou se existe algum fator de risco, fique muito atento na avaliação do seu desenvolvimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração no perímetro cefálico: Sim ____ Não ____ • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas: Sim ____ Não ____ • Alteração de reflexos/postura/habilidades: Sim ____ Não ____ 	

Fonte - Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, 2005.

QUADRO 1 - Desenvolvimento de crianças menores de dois meses

Quadro 1: VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE
(sempre que não houver uma classificação grave que necessite referir ao hospital)

<p>PERGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizou pré-natal? Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? Nasceu prematuro? Quanto pesou ao nascer? Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? A senhora e o pai da criança são parentes? Existe algum caso de deficiência na família? O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho? <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc. <p>OBSERVE E DETERMINE:</p> <ul style="list-style-type: none"> O Perímetro cefálico Presença de alterações fenotípicas <p>LEMBRE-SE:</p> <p>Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.</p>	<p>OBSERVAR:</p> <p>MENOR DE 1 MÊS</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflexo de Moro Reflexo cocleoalpebral Reflexo de sucção Braços e pernas flexionados Mãos fechadas <p>1 MÊS A < 2 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> Vocaliza Esperneia alternadamente Abre as mãos Sorriso social 	<p>CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1131 443 1366 662"> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais reflexos/ habilidades para sua faixa etária ou Perímetro cefálico <p10 ou >p 90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas. </td> <td data-bbox="1366 443 1579 662"> <p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> </td> <td data-bbox="1579 443 1809 662"> <ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1131 662 1366 925"> <ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Existe um ou mais fatores de risco </td> <td data-bbox="1366 662 1579 925"> <p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p> </td> <td data-bbox="1579 662 1809 925"> <ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho Marcar consulta de retorno em 15 dias Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes de 15 dias </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1131 925 1366 1204"> <ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Não existem fatores de risco </td> <td data-bbox="1366 925 1579 1204"> <p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p> </td> <td data-bbox="1579 925 1809 1204"> <ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho Retomar para acompanhamento conforme a rotina do serviço Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais reflexos/ habilidades para sua faixa etária ou Perímetro cefálico <p10 ou >p 90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas. 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Existe um ou mais fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho Marcar consulta de retorno em 15 dias Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes de 15 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Não existem fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho Retomar para acompanhamento conforme a rotina do serviço Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais reflexos/ habilidades para sua faixa etária ou Perímetro cefálico <p10 ou >p 90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas. 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora 									
<ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Existe um ou mais fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho Marcar consulta de retorno em 15 dias Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes de 15 dias 									
<ul style="list-style-type: none"> Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; Não existem fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho Retomar para acompanhamento conforme a rotina do serviço Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes 									

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, 2005.

4.3.2 Avaliação do desenvolvimento em crianças de dois a 24 meses

A partir dos dois meses o desenvolvimento global da criança continua bastante intenso. A mãe/cuidador, que acompanha a criança de perto, pode perceber novos comportamentos e conquistas a cada dia.

Segundo a Caderneta de Saúde da Criança, do MS (2011) é importante observar a interação da mãe/cuidador com a criança (vínculo), por ser uma relação de proteção para o desenvolvimento humano, observando sempre se existe um contato visual e verbal no ato da mãe/cuidador segurar a criança. Analisar os movimentos espontâneos da criança, se ela se interessa por objetos próximos e verificar os cuidados de higiene da mãe/cuidador com a criança.

Após realizar as perguntas para investigar os fatores de risco, observar a existência de alterações fenotípicas e a opinião da mãe sobre o desenvolvimento da criança, medir o perímetro cefálico e confirmar a idade da criança para enquadrá-la na idade de avaliação (OPAS, 2005), da seguinte maneira:

- 2 meses até < de 4 meses – considere a idade de 2 meses.
- 4 meses até < de 6 meses – considere a idade de 4 meses.
- 6 meses até < de 9 meses – considere a idade de 6 meses, e assim por diante.

Aos **dois meses** observar os seguintes comportamentos:

- Fixação do olhar - posicione-se com seu rosto a 30cm do rosto da criança e observe se ela fixa o olhar em você (OPAS, 2005).
- Segue objeto na linha média - com a criança deitada em decúbito dorsal na maca, segure um pompom vermelho por trás da criança e em cima do rosto dela (20 a 30cm). Balance o brinquedo e quando tiver certeza que o olhar dela está fixado, mova o pompom lentamente para o lado direito. Se a criança perder de vista o pompom repita a avaliação (3 tentativas) e reinicie o marco, porém movendo o pompom para o lado esquerdo (3 tentativas). A criança deve acompanhar o movimento com os olhos ou olhos e cabeça para os dois lados (OPAS, 2005).
- Reage ao som - com a criança ainda deitada, posicione-se por trás dela segurando um chocalho do lado e próximo à orelha direita (20cm a 30cm) e balance suavemente o chocalho e pare. Se a criança não responder tente por 3 vezes. Comece o

movimento no lado esquerdo. Se a criança ainda não reagir ao som repita o estímulo (3 tentativas). A criança não deve ver o examinador e se espera que apresente qualquer mudança no comportamento (movimento dos olhos, mudança de expressão facial, frequência respiratória). (OPAS, 2005).

- Eleva a cabeça - em posição ventral na maca, a criança deve levantar a cabeça na linha média, desencostando o queixo da superfície (OPAS, 2005).

Aos **quatro meses** observar os seguintes comportamentos:

- Responde ao examinador - fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe/cuidador o faça (OPAS, 2005).

- Segura objetos - ofereça um objeto tocando o dorso da mão ou dedos da criança. A criança deve abrir as mãos e segurar o objeto por pelo menos alguns segundos (OPAS, 2005).

- Emite sons - fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, aaaa, eeee etc). (OPAS, 2005)

- Sustenta a cabeça - coloque a criança sentada mantendo suas mãos apoiando-lhe o tronco; observe se ela mantém a cabeça firme, sem movimentos oscilatórios, durante alguns segundos. (OPAS, 2005)

Aos **seis meses** observar os seguintes comportamentos:

- Alcança um brinquedo – com a criança sentada no colo da mãe mostre-lhe um brinquedo e coloque-o ao alcance dela (na mesa ou na palma da mão do examinador). A criança deve tentar apanhar o brinquedo estendendo o braço ou lançando seu corpo até ele (OPAS, 2005).

- Leva objetos à boca - coloque um objeto na mão da criança e observe se ela leva-o à boca (OPAS, 2005).

- Localiza o som - com a criança no colo da mãe de frente para o examinador, ofereça um brinquedo para a criança distrair. Com um chocalho se posicione por trás da criança e balance o chocalho próximo da orelha direita. Repita o estímulo na orelha esquerda. A criança deve virar a cabeça para o som em ambos os lados (OPAS, 2005).

- Rola - com a criança em decúbito dorsal, incentive-a virar para a posição de bruço (OPAS, 2005).

Aos **nove meses** observar os seguintes comportamentos:

- Brinca de esconde-achou - com a criança no colo da mãe, coloque-se de frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa (OPAS, 2005).
- Transfere objetos de uma mão para outra - ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela transfere-o de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão (OPAS, 2005).
- Duplica sílabas - observe se a criança fala “papa”, “dada”, “mama”. Se não o fizer pergunte a mãe/cuidador se ela o faz em casa (OPAS, 2005).
- Senta sem apoio - com a criança na maca, ofereça-lhe um objeto para segurar e observe se ela fica sentada sem apoio das mãos para equilibrar-se (OPAS, 2005).

Aos **12 meses** observar os seguintes comportamentos:

- Imita gestos - faça um gesto conhecido pela criança como bater palmas, ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça peça à mãe/cuidador para estimulá-la (OPAS, 2005).
- Pinça - coloque perto da criança uma jujuba ou bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que pegue. Observe se ao pegá-la ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador (OPAS, 2005).
- Jargão - produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com o examinador ou com a mãe/cuidador. Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa (OPAS, 2005).
- Anda com apoio - observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio (OPAS, 2005).

Aos **15 meses** observar os seguintes comportamentos:

- Executa gestos a pedido - com a criança sentada no colo da mãe, solicite verbalmente que faça um dos movimentos já ensinado pela mãe/cuidador (bater palmas, jogar beijos, dar tchau). Se recusar a fazer, considere a resposta da mãe (OPAS, 2005).
- Coloca 1 cubo na caneca - com a criança ainda no colo da mãe ou sentada no colchonete, coloque 3 cubos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a

colocar os cubos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um cubo dentro da caneca e soltá-lo (OPAS, 2005).

- Produz uma palavra - observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante (OPAS, 2005).

- Anda sem apoio - observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar (OPAS, 2005).

Aos **18 meses** observar os seguintes comportamentos:

- Identifica dois objetos - com a criança sentada coloque três objetos (lápiz, bola e caneca), um ao lado do outro e próximo à criança. Solicite que a criança mostre a bola, o lápis e a caneca. Ela deve reconhecer apontando ou pegando corretamente dois (OPAS, 2005).

- Rabisca espontaneamente - coloque uma folha de papel (sem pauta) e um lápis sobre a mesa, em frente da criança. Ela deve fazer rabiscos espontaneamente (OPAS, 2005).

- Fala três palavras – observe se a criança fala três palavras além de “papai” e “mamãe”, nomes de pessoas da família ou de animais de estimação. Considere a informação da mãe (OPAS, 2005).

- Anda para trás - com a criança em pé observe se durante a consulta a criança anda para trás. Caso isso não ocorra, peça à criança que abra a porta da sala de exame e verifique. Se ela der dois passos para trás sem cair considere o marco alcançado (OPAS, 2005).

Aos **24 meses** observar os seguintes comportamentos:

- Tira a roupa - observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como sapatos (que exijam esforço para sua remoção), casacos, calças ou camisetas. Considere a informação do acompanhante (OPAS, 2005).

- Constrói torre de três cubos - observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão (OPAS, 2005).

- Aponta duas figuras - observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras (OPAS, 2005).

- Chuta a bola - observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos (OPAS, 2005).

4.3.2.1 Classificação e condutas sobre o desenvolvimento das crianças de dois a 24 meses.

Terminada a observação dos marcos do desenvolvimento, classifique o desenvolvimento da criança e tome as condutas de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2- Desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses.

Quadro 2: VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE (sempre que não houver uma classificação grave que necessite referir ao hospital)						
<p>PERGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizou pré-natal? Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? Nasceu prematuro? Quanto pesou ao nascer? Seu filho já teve alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? A senhora e o pai da criança são parentes? Existe algum caso de deficiência na família? O que a senhora acha do desenvolvimento de seu filho? <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc. <p>OBSERVE E DETERMINE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico Presença de alterações fenotípicas <p>LEMBRE-SE:</p> <p>Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.</p>	<p>OBSERVAR:</p> <p>2 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Ficha o olhar o rosto do examinador ou da mãe Segue objeto na linha média Reage ao som Eleva a cabeça <p>4 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Responde ao examinador Segura objetos Emite sons Sustenta a cabeça <p>6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcança um brinquedo Leva objetos a boca Localiza o som Rola <p>9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Brinca de esconde achou Transfere objetos de uma mão para outra Duplica sílabas Senta sem apoio <p>12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Limita gestos (ex: bater palmas) Segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça Produz Jargão Anda com apoio <p>15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Executa gestos a pedido Coloca cubos na caneca Produz uma palavra Anda sem apoio <p>18 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica 2 objetos. Rabisca espontaneamente Produz três palavras Anda para trás <p>24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Tira roupa Constrói torre com 3 cubos Aponta duas figuras Chuta a bola 	<p>CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico <10 ou >90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. <p style="text-align: center;">PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária <p style="text-align: center;">POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho Marcar consulta de retorno em 30 dias Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes de 30 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco <p style="text-align: center;">DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Retomar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes <p style="text-align: center;">DESENVOLVIMENTO NORMAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho Retomar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retomar antes.

Fonte - Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, 2005.

Se a criança apresenta todos os marcos para a sua faixa etária e não possui fatores de risco para o desenvolvimento, está com o **Desenvolvimento Normal** (faixa verde). Elogie a mãe e oriente sobre como continuar estimulando o seu filho.

Se todos os marcos para a faixa etária estiverem presentes, mas se existir fatores de risco classifique esta criança como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco** (faixa amarela). Oriente a mãe para estimular seu filho e agende um retorno pra 30 dias.

Se a criança apresentar ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, é possível que apresente um atraso no desenvolvimento. Se os marcos da faixa etária anterior estiverem presentes, esta criança terá um **Possível Atraso no Desenvolvimento** (faixa amarela).

A falta de um ou mais marcos do desenvolvimento para a faixa etária, pode significar que essa criança apresenta atraso no desenvolvimento. Se os marcos da faixa etária anterior estiverem presentes, ela terá um **Possível Atraso no Desenvolvimento** (faixa amarela). Oriente a mãe como estimular seu filho. Marque retorno com 30 dias e na consulta de retorno observe se a criança apresenta os marcos que estavam ausentes. Se estiverem presentes elogie a mãe e oriente sobre a estimulação. Se a criança não progrediu, reclassifique-a como **Provável Atraso no Desenvolvimento** e encaminhe - a para avaliação neuropsicomotora e orientação de um profissional que tenha conhecimentos mais aprofundados de desenvolvimento infantil. Para as crianças com alterações fenotípicas, se possível encaminhe para um serviço de Genética, pois nem toda síndrome genética apresenta atraso de desenvolvimento (OPAS, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices de mortalidade infantil vêm caindo progressivamente no Brasil, mas ainda estamos longe de atingir os níveis dos países mais desenvolvidos. Embora essa redução seja fundamental, não basta que as nossas crianças permanecerem vivas; é preciso mais: que elas tenham qualidade de vida, acesso à saúde e à educação de qualidade, ao lazer e à segurança, à harmonia no lar e na comunidade onde vivem, ou seja, que a elas sejam garantidos os direitos fundamentais para o bom desenvolvimento psicossocial. Só poderemos atingir esse objetivo se houver políticas públicas consistentes, com acesso universal e igualitário, especialmente à saúde, como está garantido na Constituição da República.

Como vimos nesta revisão de literatura sobre o acompanhamento do desenvolvimento das crianças até dois anos de vida, os serviços de saúde e os profissionais que lidam com esses pequenos seres devem estar preparados para esse acompanhamento e para a detecção precoce de alterações que com intervenções adequadas e de qualidade possam ser corrigidas, permitindo que as crianças se desenvolvam normalmente.

A ESF, porta de entrada para as ações de saúde, é fundamental nesse controle por representar o primeiro contato da família com o sistema de saúde, e por estar mais próximo das famílias. Para que a ESF atue dentro dos princípios fundamentais do SUS é preciso também que os trabalhadores da saúde estejam preparados e que contem com instrumentos adequados para a atenção integral à saúde da criança, incluindo o desenvolvimento.

Na Atenção Primária à Saúde a avaliação inicial do desenvolvimento e, se necessário, a orientação para a estimulação precoce é responsabilidade dos membros da equipe da ESF que, portanto, devem estar aptos a executar essas funções. Ressalte-se que o acompanhamento do desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida da criança é de grande importância porque é nesta faixa etária que o tecido nervoso mais se desenvolve e, portanto, também é mais susceptível aos agravos; por outro lado, é neste período da vida que a criança tem mais possibilidade de responder às intervenções.

Espero que essa revisão de literatura possa contribuir para melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de crianças, especialmente aqueles que trabalham nos municípios de Mesquita e Periquito, e alertá-los para a importância do acompanhamento dessa importante ação de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVES C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**. Brasília, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf Acesso em: 14 jul. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm Acesso em: 17 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 20 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005. 05 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família. Painel de Indicadores do SUS, 4**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7ª ed. Brasília, DF, 2011.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à Metodologia Científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. 1. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, COOPMED, 2009.

DALLY, P. **Psicologia e psiquiatria na enfermagem**. São Paulo: EPU: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1978.

DEGENSZAJN, R. D. **Teorias sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança: uma revisão crítica**. In: MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier, 2002.

FIGUEIRAS, A. C. M. *et al.* Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.6, nov/dez 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2003000600013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 29 mar. 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. 4.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

HALPERN, R. *et al.* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Rev. Chil. Pediatr.** Santiago, v. 73, n. 5, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cida/desat/painel/painel.php?codmun=314995>> Acesso em: 10 de out. de 2011.

LIMA, V. M.; MELLO, D. F. Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.5, set/out 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-71672004000500002> Acesso em: 10 out. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto AIDPI**. Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2011.

PASQUALINI, J. C. A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento infantil. **Psicologia em estudo**. Vol. 14, n. 1. Maringá, Jan./Mar. 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 15 abr. 2011.

PERIQUITO, 2011. Disponível em: <<http://www.periquito.mg.gov.br/index.php/dados-economicos>> Acesso em: 10 out> 2011.

PERNETTA, C. **Semiologia Pediátrica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA, PMM, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MESQUITA, SMS, 2011

SI-PNI- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAM NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES – DATASUS, 2011. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio2_11_selecao.asp?enviar=ok&sel=cob_polio&grupo=todos&faixa=todos&UF=MG> Acesso em: 20 out. 2011

SAMPAIO, I. V.; BELCHIOR, E. C.; BISCAIA, F. V. **Avaliação do desenvolvimento infantil segundo DENVER II**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/avaliacao-do-desenvolvimento-infantil-segundo-denver-ii/29953/>> 2009. Acesso em: 10 jun. 2011

SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. R. **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: E. P.U, 1996. p. 12-14.

SILVA, C. M. *et al.* **Avaliação do Desenvolvimento**. In: LEÃO, E. *et al.* *Pediatria Ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopemed, 2005.

VIANA, M. R. *et al.* **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS.; 2005.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde> Acesso em: 13 out. 2011

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1999, 253p.