

## HÁ IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

Ana Regina Lucato SIGOLO<sup>1</sup>  
Ana Lúcia Rossito AIELLO<sup>2</sup>

---

**RESUMO:** A avaliação do desenvolvimento infantil deveria ser uma atividade rotineira nos Programas de Saúde da Família e realizada por diferentes profissionais da saúde. O objetivo desta pesquisa foi identificar se nos Programas de Saúde da Família há uma avaliação do desenvolvimento infantil para identificação de possíveis sinais de atraso. Este trabalho foi realizado em 5 Unidades do Programa de Saúde da Família e foram analisados 60 prontuários de crianças de zero a dois anos. Como resultado pode-se observar que a conduta médica é baseada na queixa relatada pelo responsável da criança; há uma “rotatividade” dos médicos, já 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. Dessa forma, tendo em vista o pouco tempo para atendimento das consultas médicas, a alternativa de programas de capacitação para enfermeiros e agentes comunitários seria fundamental para incluir a avaliação do desenvolvimento infantil na rotina de consultas médicas, pois o médico teria acesso à avaliação da criança e caberia a ele optar pelo melhor procedimento em função do resultado da avaliação. Outra possibilidade seria realizar a avaliação do desenvolvimento infantil a partir do relato dos pais (responsáveis) na sala de espera, estratégia que destacaria os pontos críticos do desenvolvimento para o médico, além de incentivar os pais a observarem e estimularem o desenvolvimento dos seus filhos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação do desenvolvimento infantil. Detecção precoce de atrasos no desenvolvimento infantil. Programa de Saúde da Família.

---

### 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).

---

<sup>1</sup> Mestranda em Educação Especial. UFSCar - Universidade Federal de São Carlos. Bolsista FAPESP. São Carlos – SP – Brasil. 13565-905 - ginasigolo@yahoo.com.br

<sup>2</sup> UFSCar - Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Psicologia. São Carlos – SP – Brasil. 13565-905 - ana.aiello@terra.com.br

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).

O curso do desenvolvimento pode ser afetado negativamente por fatores de risco de natureza biológica, psicológica e social podendo ser identificado no próprio indivíduo, no ambiente ou de forma combinada. Ao mesmo tempo podem ser acionados mecanismos de proteção que podem amenizar o impacto dos fatores de risco ao desenvolvimento. De acordo com Yunes e Szymanski (2001) há um interjogo estabelecido entre fatores de risco e mecanismos de proteção (recursos do indivíduo e/ou ambientais) que podem ser ativados para alterar a exposição do indivíduo à situação de risco.

Fatores de risco para o desenvolvimento são variáveis importantes que podem aumentar as chances de um indivíduo em desenvolver algum tipo de dificuldade. Antes mesmo de seu nascimento a criança pode estar exposta a condições de risco que podem afetar seu desenvolvimento saudável (LINHARES; BORDIN; CARVALHO, 2004).

A título de exemplo pode-se destacar a combinação de dois fatores como prematuridade e muito baixo peso ao nascer (<1500g) como um fator de risco biológico para o desenvolvimento e aprendizagem da criança (WERNER, 1986; LEWIS, DUGLOKINSKI, CAPUTO e GRIFFIN, 1988; apud LINHARES, BORDIN, CARVALHO, 2004). Com o aumento expressivo dos índices de sobrevivência dessas crianças há também um avanço nos estudos sobre as condições de vida delas e sua relação com o ambiente no qual estão inseridas. Assim, há um crescimento de pesquisas que focam as conseqüências dessas condições para o desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial da criança (LINHARES, BORDIN, CARVALHO, 2004).

Linhares, Bordin e Carvalho (2004) citam estudos que dizem que crianças nascidas com baixo peso e prematuras têm maior probabilidade de apresentarem deficiências cognitivas (BRADLEY, WHITESIDE, CALDWELL, CASEY, KELLEHER, POPE, 1994; LAUCHT, ESSER, SCHIMIT, 1997; CARVALHO, LINHARES, MARTINEZ, 2001; LINHARES, CARVALHO, BORDIN, CHIMELLO, MARTINEZ, JORGE, 2000); desordens emocionais (BORDIN, 2000; WHITFIELD, GRUNAU, 2000; LINHARES e cols., 1999); problemas de

aprendizagem (TAYLOR, HACK, KLEIN, SCHATSCHNEIDER, 1995; HACK, TAYLOR, KLEIN, EIBEN, SCHARTSCHNEIDER, MERCURI-MINICH, 1994; WHITFIELD, GRUNAU, 2000); e dificuldades comportamentais (LEVY-SHIFF e cols., 1994; LAUCHT e cols., 1997; LINHARES e cols., 1999) quando comparadas com crianças nascidas a termo com peso igual ou superior a 2500g. Outros estudos citados pelas autoras evidenciam que quanto menor o peso de nascimento das crianças abaixo de 2500g, maiores as dificuldades durante o seu desenvolvimento (PIEUCH e cols., 1997; BORDIN, 2000).

Há estudos de natureza correlacional que analisam a relação entre condições de nascimento (prematuridade e baixo peso) e as dificuldades apresentadas pela criança em idade escolar.

Whitfield e Grunau (2000; apud LINHARES, BORDIN, CARVALHO, 2004) avaliaram 115 crianças de oito a nove anos que nasceram com menos de 800g, internadas em UTIN e que foram expostas a episódios de dor durante a internação e obtiveram os seguintes resultados: 14% com deficiência severa múltipla, 13% eram limítrofes e 73% tinham problemas de coordenação viso-motora, problema de memória visual e desempenho escolar pobre. Do total dessas crianças, 47% tinham problemas de aprendizagem em múltiplas áreas e na adolescência dificuldades na escola, de interação, a baixa auto-estima e as manifestações dos quadros de ansiedade e depressão tornaram-se mais evidentes.

As autoras Linhares, Bordin e Carvalho, (2004, p.79-80) realizaram uma pesquisa para compreender o impacto da prematuridade no desenvolvimento da criança na fase escolar com o objetivo de

[...] avaliar a qualidade de vida, a médio prazo, de crianças na fase de aprendizado formal que foram bebês sobreviventes e vulneráveis devido ao enfrentamento de condições perinatais adversas que incluíam: gestação de risco, nascimento pré-termo (< 37 semanas de idade gestacional) e de muito baixo peso (< 1.500g), comprometimento neonatal que exigiram procedimentos médicos invasivos (intubação, cirurgias, etc.) e internação prolongada (três meses em média) em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal com experiências diárias de dor e estresse inerentes ao tratamento clínico recebido [...].

Como resultado desse trabalho as pesquisadoras encontraram que em relação à correspondência série/idade cronológica das crianças ficou evidenciado que o grupo de crianças nascidas pré-termo e de muito baixo peso apresentou maior atraso e repetência escolar do que o de crianças nascidas a termo. Parece que a prematuridade combinada com muito baixo peso

segundo a informação das mães referem com maior frequência problemas na aquisição da leitura e da escrita. Além disso, esse grupo de crianças nascidas em condições de prematuridade e muito baixo peso apresentou índices altos de problemas de comportamento, principalmente os relativos às queixas somáticas, linguagem e padrões comportamentais de enfrentamento.

Por fim, as autoras destacam dois pontos importantes a serem considerados: “[...] evitar predições deterministas entre a adversidade neonatal da prematuridade e o desenvolvimento futuro da criança [...]” (LINHARES, BORDIN; CARVALHO, 2004, p.101), pois não se pode esquecer a relação entre fatores de risco e mecanismos de proteção durante o desenvolvimento infantil; e, a importância do uso de intervenção precoce em grupos de crianças de risco, de preferência em períodos anteriores à fase escolar (LINHARES, BORDIN, CARVALHO, 2004).

Desse modo, fica evidente que essa população (crianças nascidas pré-termo com muito baixo peso) é mais propícia a apresentar deficiências, mas se identificado os sinais de risco precocemente podem ser encaminhadas a programas específicos de intervenção de modo a minorar o impacto dessas no desenvolvimento que passam a configurar mecanismos de proteção para o desenvolvimento de risco.

As estratégias de intervenção podem se dar em diferentes níveis de prevenção, seja primária, secundária e terciária em contextos relacionados à área da saúde e da educação, pois têm como objetivo a prevenção, o diagnóstico e a intervenção precoce da doença. A prevenção primária é o trabalho realizado antes do início do problema (CARNEIRO, VIANA, 2008). Nos exemplos dos estudos anteriores sobre a prematuridade se constituiriam em ações que atuariam no período de gestação das mães para assegurar proteção aos riscos que pudessem levar o parto prematuro

A secundária é o tratamento depois do início da doença, mas sem a presença dos sintomas (CARNEIRO, VIANA, 2008). Neste caso poderia se pensar em programas de estimulação precoce e orientação às famílias de todas as crianças prematuras desde o seu nascimento, sem esperar que algum sinal de risco ao desenvolvimento se manifestasse.

E finalmente a prevenção terciária é quando os sintomas estão presentes no indivíduo (CARNEIRO, VIANA, 2008). Neste momento, são planejados programas de intervenção específicos para atuar nas dificuldades e problemas que a criança apresenta em seu repertório de desenvolvimento. Desse modo, fica evidente a necessidade de programas que apresentam como

foco a prevenção primária e secundária da população infantil para que as deficiências sejam evitadas ou que suas conseqüências sejam amenizadas com esse trabalho de prevenção.

Como foi expresso anteriormente, as crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso foram tomadas como exemplos de fatores de risco de natureza biológica, mas o texto todo está voltado para tratar das questões de risco de qualquer natureza e as propostas de intervenção tanto no âmbito da saúde quanto da educação.

Segundo 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 em toda consulta pediátrica (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 avaliação de desenvolvimento, segundo Perosa (1994), é composta por duas etapas: a avaliação em si e a orientação e/ou conduta a ser seguida. A primeira é caracterizada por uma observação ampla do sujeito para analisar os dados de acordo com os enfoques teóricos. É nesta etapa que o psicólogo ou qualquer profissional precisa optar por um instrumento de avaliação, o qual avalia, geralmente, quatro aspectos específicos do desenvolvimento: o motor, o adaptativo, a linguagem e o pessoal social. Já na segunda etapa, de acordo com a autora, são poucas as vezes que “[...] a orientação tem sido elucidar a família e o médico que o atraso da criança faz parte do desenvolvimento normal ou que a criança tem apenas um ritmo mais lento [...]” (PEROSA, 1994, p.163); normalmente é preciso pensar em uma intervenção em função da gravidade dos casos.

Porém, a avaliação pode ser criticada devido aos seus efeitos quando categoriza um indivíduo como deficiente, 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 conseqüências 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).

Autores como Ramey e Ramey (1998) relatam 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 e Ramey (1998) os participantes foram divididos em dois grupos: o controle e o de intervenção, os quais participaram de dois programas (The Abecedarian Project e o Project CARE). 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, 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 (FIGUEIRAS et al, 2003). 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 para esse Programa das crianças com problemas no desenvolvimento neuropsicomotor é de 11,6 meses, sendo que as dificuldades poderiam ter sido observadas aos 3,9 meses, em média (PARÁ, 2000).

Estudos mais recentes sobre programas de estimulação precoce têm disseminado a idéia de que o envolvimento dos membros que compõem a família pode se constituir em um elemento favorecedor para obtenção de resultados efetivos. De acordo com Zamberlan (1996, p. 85) os membros da família “ [...] são seus principais e constantes agentes de cuidados, devendo ocupar um lugar central no desenvolvimento de qualquer plano de intervenção.”

Assim, um programa de intervenção além de ter sua atenção focalizada no desenvolvimento da criança que apresenta dificuldades,

[...] deve envolver o maior número possível de membros familiares, principalmente porque seus benefícios são extensivos ao modo de organização e funcionamento familiar, especialmente no que se refere aos recursos psicológicos e à qualidade das interações entre eles [...] (DESSEN, SILVA, 2004, p.179).

De acordo com a Política de Prevenção de Deficiências (BRASIL, 1992; apud BREDARIOL, 1999) a prevenção significa medidas antecipadas com o objetivo de evitar que fatores danosos ocorram na vida do indivíduo, ou se esses fatores estiverem presentes a prevenção está focada no ato de impedir o avanço de suas implicações. Desse modo, pode-se dizer que a prevenção está relacionada com o trabalho de impedir e/ou reduzir as condições de deficiência.

Conforme documento da CORDE (BRASIL, 1994; apud BREDARIOAL, 1999), 70% das deficiências poderiam ser prevenidas, pois são decorrentes da falta de informação, de atenção a saúde, de saneamento básico, de uma alimentação adequada entre outras lacunas. Além disso, o referido documento destaca que os programas voltados para a prevenção de deficiências financiados pelo governo são de alto custo e atendem a minoria das crianças. Como alternativa, propõe medidas mais simples de prevenção para atender um número maior de crianças, como aprimoramento dos serviços de saúde, informações adequadas sobre nutrição, educação básica e orientações à comunidade.

Fonseca (1995) defende que o suporte educacional às crianças deficientes precisa estar presente a partir dos primeiros anos de vida por meio de estimulação e intervenção precoce. Para a maioria dos deficientes esse trabalho deve iniciar antes dos dois anos de idade e haver um intercâmbio entre os serviços da saúde e da educação.

No Brasil a identificação precoce dos fatores de risco no desenvolvimento pode estar sendo contemplada no Programa de Saúde da Família. Este programa é uma iniciativa do Governo Federal nos municípios e é formada por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias de uma área geográfica delimitada. A função dessas equipes é realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2010). 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.

O presente trabalho teve por objetivo identificar se nos Programas de Saúde da Família há uma avaliação do desenvolvimento infantil para a identificação de possíveis sinais de atraso.

## **Método**

A pesquisa foi realizada 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. No total, participaram da pesquisa 60 crianças de zero a 24 meses divididas igualmente nas seguintes faixas etárias: zero a seis meses, sete a 12 meses, 13 a 18 meses e 19 a 24 meses (12 em cada Unidade).

Cada Unidade é responsável pelo atendimento de 100 famílias por agente comunitário em média (de 2000 a 2300 pessoas no total). As equipes são 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 e um auxiliar de consultório dentário, um escriturário e uma pessoa para serviços gerais.

Para a coleta de dados foi utilizado um 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).

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 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 identificar se há uma avaliação do desenvolvimento infantil para a identificação de possíveis riscos.

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.

## **Resultados**

Para a classe de resposta “Caracterização da criança” foram analisados, no total, 59 prontuários (no Posto 2 tinham somente dois prontuários de crianças na faixa etária de zero a dois anos no dia da coleta de dados) de crianças de zero a 24 meses, sendo 32 participantes do sexo feminino e 27 do sexo masculino. Foram 518 consultas analisadas em todos do Programas de Saúde da Família. O tempo médio entre as consultas variou, sendo o mais baixo de 0,3 meses no Posto 3 e o mais alto de 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 e próximo do ideal, uma vez que o tempo médio entre as consultas foi de 0,5 a 1,5 meses.

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.

Quanto à classe de resposta “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 foi uma no Posto 1, uma no Posto 3 e três no Posto 5, ou seja, de 177 incidências, cinco (2,8%) foram de puericultura. Além disso, no Posto 3 houve seis incidências do registro **criança eutrófica**, que se refere à criança que está no peso e na altura ideal para a sua idade.

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 **sentar com apoio** aos quatro meses e **sentar sozinha** aos seis meses; e no prontuário da terceira criança estava o registro de **sentar com apoio** aos quatro meses, **sentar 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 **sentar com apoio** aos quatro meses; e na terceira criança o registro de avaliação dos **reflexos** aos 26 dias e com dois meses, de **sentar com apoio** aos três meses e aos cinco meses e **sentar 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, já 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.

### **Considerações finais**

De acordo com esses dados é possível destacar alguns pontos. 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 possuem a conduta médica diante de uma determinada queixa ou não possuem o registro do motivo da consulta. Dessa forma 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.

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. Além disso, vale ressaltar a baixa frequência da conduta médica em avaliar o desenvolvimento infantil, assim como as queixas ou informações apresentadas pelos responsáveis referentes ao desenvolvimento da criança.

Diante desses dados, é possível levantar alguns questionamentos como: 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.

Além dos médicos e enfermeiros, é importante destacar o trabalho que os agentes comunitários realizam diretamente com as famílias, sendo este um caminho a se pensar para a prevenção de problemas de desenvolvimento infantil com a capacitação desses profissionais para a detecção de sinais de risco.

Dessa forma, tendo em vista o período de tempo restrito para atendimento das consultas médicas, essa alternativa de programas de capacitação para enfermeiros e agentes comunitários seria fundamental para incluir a avaliação do desenvolvimento infantil na rotina de consultas médicas, pois o médico teria acesso à avaliação da criança e caberia a ele optar pelo melhor procedimento em função do resultado da avaliação. Outra possibilidade seria realizar a avaliação do desenvolvimento infantil a partir do relato dos pais (responsáveis) na sala de espera, estratégia que destacaria os pontos críticos do desenvolvimento para o médico, além de incentivar os pais a observarem e estimularem o desenvolvimento dos seus filhos.

---

### ***ARE THERE EARLY DETECTION OF DELAYS IN CHILD DEVELOPMENT IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM?***

***ABSTRACT:*** *The child development assessment should be a routine activity in the Family Health Program and performed by different health professionals. The objective of this research was identify whether the Family Health Program there is an child development assessment to identify possible signs of delay. This paper was conducted in five units of the Family Health Program and were analyzed 59 medical records of children aged zero to two years. The result can be observed that the medical conduct is based on the complaint reported by the child's guardians, there is a turnover of doctors, many consultations were recorded in the medical records and it not realized by responsible doctor, the medical records don't have the same registration standard, there are few evaluations of child development and don't have a specific*

*program that works with the child development assessment. Thus, given the short time to the care of doctors, alternative training programs for nurses and community workers was essential to include child development assessment in routine medical visits, as the doctor would have access to evaluation of the child and would be his choice by the improved procedure based on the outcome of the assessment. Another alternative would be to realize the child development assessment from the viewpoint of the parents (guardians) in the waiting room, a strategy that would highlight the critical points of development to the doctor, and encourage parents to observe and promote the development of their children.*

**KEYWORDS:** *Child development assessment. Early detection of delays in child development. The Family Health Program.*

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 2004.

Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php#equipes>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BREDARIOL, A. C. P. **Programa de educação preventiva**: uma proposta para serviços de estimulação/intervenção precoce. 1999. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.

CARNEIRO, T. R. Q. S.; VIANA, T. C. Gestantes portadoras de doenças infecto-contagiosas: prevenção, maternagem e psicanálise. **Vita et Sanitas**, Trindade/GO, v. 2, n. 2, p. 17-30, 2008.

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. (Org.). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.13-55.

DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Org.). **Temas em educação especial**: avanços recentes. São Carlos: Ed. da UFSCAR, 2004. p.179-187.

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.

FONSECA, V. **Educação especial**: programa de estimulação precoce: uma introdução às idéias de Feuerstein. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

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.

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

LINHARES, M. B. M.; BORDIN, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Org.). **Vulnerabilidade e proteção**: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. p.75-106.

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.

PARÁ. Secretaria Executiva de Saúde do Pará. **Dados do programa de estimulação precoce**: URE-MIA. Belém, 2000.

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.

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

SILVA, R. F. R. **Crianças com risco de apresentar atraso do desenvolvimento e crianças com atraso estabelecido**: a experiência de um ambulatório multidisciplinar. 2004. 196f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42.

ZAMBERLAN, M. A. T. Apoio à família no lar: programas preventivos. In: ZAMBERLAN, M. A. T.; ALVES, Z. M. M. B. (Org.). **Interações familiares**: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Ed. da UEL, 1996, p.95-106.