

Vigilância do desenvolvimento da criança

Monitoring of child development

Amira Consuêlo de Melo Figueiras¹

Resumo

As intervenções nos primeiros anos de vida são essenciais para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento, tornando-se necessário estar atento à sua evolução e aos fatores que possam intervir nesta evolução. Portanto, é necessário seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais que possam ajudar na identificação das alterações. Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa, sobressaindo-se como melhor alternativa para a atuação do profissional da atenção primária a vigilância do desenvolvimento. Esta compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas de desenvolvimento da criança. Apesar da existência de roteiros sistematizados para a vigilância do desenvolvimento da criança, esta prática ainda não está incorporada nas ações rotineiras do profissional de saúde na atenção primária, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em vias de efetivação na organização dos seus sistemas de saúde como o Brasil. Medidas urgentes, as quais incluem adequada formação e qualificação profissional, assim como organização dos serviços de saúde de forma a favorecer a efetivação desta ação são necessárias.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde; Vigilância.

Abstract

The interventions in the early years of life are essential for the child to meet all its development potential, making it necessary to be attentive to its development and the factors that may be involved in this development. It is therefore necessary not only its monitoring by family members, but also by professionals who can help identifying the changes. Although there is a consensus among professionals on the importance in monitoring child development, the way to do it is still controversial, standing out as the best alternative for the professional performance of primary care, the surveillance of development. This includes all activities related to promotion of normal development and detection of developmental problems of the child. Despite the existence of systematic road maps for surveillance of child development, this practice is not yet incorporated into the routine actions of health professionals in primary care, both in developed countries and in developing countries that are organizing their health systems as Brazil. Urgent measures, which include proper training and professional qualification as well as the organization of health services in order to facilitate compliance with this action are needed.

Keywords: Child Development. Primary health care; Surveillance.

¹ Amira Consuêlo de Melo Figueiras (afigueiras2@gmail.com) é médica pediatra, doutora em ciências pelo Programa de Pediatria e Ciências Aplicada a Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, docente de pediatria do curso de medicina da UFPA, coordenadora do ambulatório de autismo do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC/UFPA).



Introdução

O interesse pelo desenvolvimento da criança tem aumentado nos últimos anos de maneira expressiva. Essa preocupação vem do fato de que, com a redução da mortalidade infantil, outras patologias, que não levam a óbito, mas que interferem na qualidade de vida das crianças e seus familiares, têm surgido com maior frequência. As situações que se evidenciaram com a queda abrupta da mortalidade infantil permitiram então, que as crianças, antes expostas ao risco biológico de morrer, tivessem a possibilidade de vivenciar as consequências não só destes riscos biológicos, assim como os estresses relativos às condições desfavoráveis em que vivem, propiciadas, na sua maioria, pelo aumento da urbanização, violências, mudanças na estrutura familiar, falta de políticas públicas adequadas às suas necessidades, etc. Nesse contexto, os transtornos do desenvolvimento da criança e adolescente, com ênfase nos mentais, emergem com altas taxas de prevalência, variando entre 10 e 40% das patolo-

gias pediátricas, dependendo da faixa etária analisada e da metodologia utilizada, sendo, portanto, considerada a causa mais importante de problemas na infância e adolescência^{26,27}.

Por outro lado, sabe-se que as intervenções nos primeiros anos de vida são essenciais para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento. São inúmeras as experiências demonstrando que estimulação e cuidados adequados, de forma integrada, envolvendo ações de saúde, educação e assistência à criança e suas famílias nos primeiros anos de vida, melhoram seu raciocínio, suas habilidades e seu comportamento^{17,34}.

Porém, para que recebam essas intervenções, é necessário conhecer o desenvolvimento normal da criança em suas diversas faixas etárias, proporcionar situações que promovam um desenvolvimento saudável e identificar as que precisam de atendimento especializado, encaminhando-as o mais breve possível a serviços nos quais possam receber estas intervenções. Portanto, é necessário seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais capacitados.

Desenvolvimento infantil

Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância no acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa. Várias são as propostas e modelos para este acompanhamento^{4,20}. Para um bom entendimento dessas divergências é importante a definição de certos termos habitualmente usados na literatura, como:

- a) *Screening* é a provável identificação de uma doença ou defeito através da utilização de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados rapidamente. Não se trata de provas diagnósticas; as pessoas que respondem positivamente a eles devem ser encaminhadas para esclarecimento e, se necessário, tratamento. *Screening do desenvolvimento* significa um processo de checagem metodológica do desenvolvimento das crianças aparentemente normais. É tradicionalmente limitado à detecção. Grupos de crianças são testados em idades preestabelecidas para se determinar aquelas com possíveis desvios da normalidade no desenvolvimento^{9,19}.
- b) *Vigilância do desenvolvimento* compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas de desenvolvimento da criança. É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros^{5,16,38}. Na vigilância do desenvolvimento devem ser considerados os antecedentes familiares da criança, sua história pré, peri e pós-natal, seu exame físico e neurológico, a trajetória de seu desenvolvimento, a percepção dos pais, a qualidade da interação dos pais com a criança, seu ambiente domiciliar, suas experiências extradomiciliares e uma observação acurada da criança^{5,38}. Deve-se procurar obter os dados relacionados a

possíveis fatores de risco para distúrbios do desenvolvimento, desde a concepção até o momento do exame, assim como os possíveis fatores protetores a serem incentivados.

- c) *Avaliação do desenvolvimento* é uma investigação mais detalhada de crianças com suspeita de serem portadoras de problemas no desenvolvimento. Geralmente é multidisciplinar e diagnóstica e implica a elaboração de um plano terapêutico interdisciplinar envolvendo as necessidades da criança avaliada^{5,20}.

Dependendo da finalidade, todos esses procedimentos têm o seu espaço no estudo do desenvolvimento da criança. Sendo assim, nos inquéritos populacionais, quando o objetivo for rastrear crianças com maior ou menor risco para problemas no desenvolvimento, os testes de *screening* são a melhor opção. No acompanhamento individual da criança, a *vigilância do desenvolvimento* é o mais adequado. Nos casos da necessidade de diagnóstico, torna-se indispensável a *avaliação do desenvolvimento*. Muitas vezes, um procedimento estará imbricado com o outro permitindo um melhor resultado. É possível que na vigilância seja necessário o uso de alguma escala ou teste para servir de roteiro no exame do desenvolvimento⁸.

Um papel de destaque na vigilância do desenvolvimento deve ser dado à percepção dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos. De um modo geral, há um consenso na literatura de que a opinião dos pais como detectores acurados das deficiências observadas em seus filhos tem alta sensibilidade e especificidade^{15,25}.

Em todos esses processos de acompanhar o desenvolvimento da criança e detectar aquelas com possíveis desvios, vários instrumentos foram criados, sendo usados nos processos de *screening*, vigilância ou avaliação do desenvolvimento da criança. As escalas surgiram nas décadas de 1920 e 1930 e, como tantos outros métodos e técnicas

nesta área, receberam modificações e reconstruções, com o objetivo de responder às novas demandas profissionais. São construídas a partir de estudos observacionais de grupos populacionais específicos, com base nos padrões comportamentais e suas evoluções. Esses padrões comportamentais de desenvolvimento infantil são agrupados em áreas, conforme o enfoque teórico-explicativo adotado pelos diferentes autores. Às observações de ocorrências dos comportamentos são atribuídos créditos que, em seu conjunto, transformam-se em índices que podem ser comparados aos padrões normalizados para as diferentes faixas etárias³⁹.

Existe uma grande variedade de escalas para avaliação do desenvolvimento que podem ser mais ou menos úteis, cabendo ao examinador fazer uma análise das qualidades e domínio de cada uma delas antes da escolha para seu uso. Entre as mais conhecidas destacam-se a de Arnold Gesell¹²; a *Denver Developmental Screening Test (DDST)*¹¹, escala norte-americana mais utilizada em todo o mundo, contestada por alguns e recomendada por outros¹³; a *Bayley Scales of Infant Development (BSID)*², escala também norte-americana, considerada por muitos como padrão ouro para avaliação do desenvolvimento, largamente utilizada em pesquisas de fatores de risco para o desenvolvimento e também empregada na validação e padronização de instrumentos simplificados empregados em comunidades de diversos países^{1,23}; e as Guias de Avaliação do Desenvolvimento dos Menores de 6 anos, elaboradas por Lejarraga *et al.* com crianças argentinas²². No Brasil têm-se duas escalas elaboradas por pesquisadores nacionais: a *Escala de Desenvolvimento Heloisa Marinho*²⁴ e a *Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança Elizabeth Pinto*, para crianças de 1 a 12 meses de vida³⁵, concebida a partir de uma abordagem multidisciplinar do desenvolvimento do comportamento humano.

As escalas ou testes têm sua indicação quando bem aplicados, contribuindo para detecção de crianças com risco para possíveis problemas no desenvolvimento e para comparação de populações em locais diversos¹⁴. Têm seu valor no estudo do desenvolvimento da criança, como sistematizadores do exame, principalmente durante os primeiros anos de vida, fase em que existe predomínio do aspecto biológico-maturacional no processo do desenvolvimento. Entretanto, por serem baseadas em populações de contextos culturais distintos, fica difícil sua aplicação em crianças maiores³³.

Seguindo a proposta de vigilância desenvolvimento, a Organização Panamericana de Saúde publicou o *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*⁸, elaborado pela equipe que implantou o Programa de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no município de Belém/PA¹⁰, usando a metodologia da Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) idealizado para a capacitação dos profissionais da atenção primária. Sua finalidade foi de sistematizar o atendimento, facilitando para os profissionais de saúde da atenção primária a orientação dos pais sobre a promoção do desenvolvimento normal dos seus filhos e a detecção precoce de crianças com possibilidades de apresentarem algum problema no desenvolvimento. Estas, por sua vez, seriam referenciadas para uma avaliação por profissionais especializados em desenvolvimento infantil a fim de aprofundar a investigação e instituir o tratamento adequado. Neste instrumento, destacaram-se os fatores de risco para o desenvolvimento, a percepção da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, a verificação do perímetro cefálico e observação da presença de alterações fenotípicas ao exame físico, assim como a observação de algumas posturas, comportamentos e reflexos presentes em determinadas faixas etárias da criança. Essas posturas e reflexos foram retirados de Lefèvre e Diamant²¹ e

os comportamentos/habilidades são das quatro escalas de desenvolvimento citadas anteriormente e validadas por outros autores^{2,11,12,24}.

No Brasil, as ações voltadas à vigilância do desenvolvimento da criança, institucionalmente, têm sido muito tímidas, visto que ainda enfrentamos, em várias regiões do país, como a Norte e Nordeste, coeficientes ainda elevados de mortalidade infantil, envidando-se todos os esforços no sentido da sua redução, principalmente no período neonatal. Entretanto, mesmo nas regiões Sul e Sudeste, onde a mortalidade na infância já atingiu índices bem mais baixos que as demais regiões, a vigilância do desenvolvimento da criança ainda não tem acontecido efetivamente nos serviços de atenção primária à saúde^{3,37}. Tal fato decorre da complexidade que a ação envolve, não só na capacitação dos recursos humanos, como também na necessidade de serviços especializados para referência dos casos detectados que necessitem tratamento.

Em 1984, com o intuito de melhorar as desfavoráveis condições de saúde da população infantil brasileira, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)²⁴. O PAISC possuía como um dos eixos prioritários de atuação o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tendo como meio de visualização o “Cartão da Criança” (CC). Algumas publicações foram editadas tais como o *Manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento*, onde eram abordadas as questões do acompanhamento do crescimento e, em menor destaque, do desenvolvimento³. Para acompanhamento do desenvolvimento, foi proposta uma Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento para ser anexada ao prontuário da criança. Nesta ficha havia alguns marcos do desenvolvimento que deveriam ser observados e anotados no decorrer da consulta, de acordo com o seguinte código: Presente (P); Ausente (A); não verificado (NA). Na

década de 1990, um segundo modelo do CC foi lançado pelo Ministério da Saúde, dando-se maior ênfase às questões do desenvolvimento. Seguindo as propostas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, foi lançado o Cartão da Criança (CC). Este continha alguns marcos do desenvolvimento da criança de zero a 4 anos de idade, facilitando o trabalho do profissional no acompanhamento do desenvolvimento infantil²⁷. Em 2005, o Ministério da Saúde revisou o Cartão da Criança transformando-o na Caderneta de Saúde da Criança, onde o componente desenvolvimento infantil ainda era muito restrito. Em 2006, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi relançada, com algumas modificações, sendo dada maior importância ao componente do desenvolvimento da criança²⁵. Na sua sexta versão, em 2009²⁶, o componente de desenvolvimento infantil da CSC é feito baseado no *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*⁸ com algumas modificações, tendo-se em vista a facilidade apresentada para a vigilância do desenvolvimento com a metodologia da AIDPI.

Considerações finais

Apesar da existência de roteiros sistematizados para a vigilância do desenvolvimento da criança, esta prática ainda não está incorporada nas ações rotineiras do profissional de saúde na atenção primária, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em vias de organização dos seus sistemas de saúde^{6,18,36,37}. Diversas causas são citadas pelos profissionais de saúde da atenção primária justificando a dificuldade em cumprir tal atividade no atendimento da criança, indo desde falta de conhecimentos suficiente sobre o desenvolvimento da criança, passando pelo tempo de consulta insuficiente para o cumprimento de todas as demandas necessárias para um adequado atendimento

de puericultura, até a grande demanda para atendimento e a falta de materiais para avaliação dos marcos do desenvolvimento da criança⁹.

Entretanto, algumas pesquisas têm demonstrado que programas de formação e educação permanente sobre vigilância do desenvolvimento da criança, bem planejados, com metodologias adequadas, envolvendo não só treinamento teórico, mas com prática e encontros posteriores para discussão de casos, podem melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde nessa área, assim como o ocorrido em algumas regiões do país onde foi desenvolvido^{7,36}. São imprescindíveis, portanto, atualizações constantes na busca de respostas adequadas e oportunas frente a este novo contexto, as quais incluem adequada formação, qualificação profissional e organização dos serviços de saúde de forma a favorecer a integralidade, o vínculo e a continuidade dos cuidados da criança.

Referências

1. Ayward GP, Verhulst SJ. Predictive utility of the Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) risk status classifications: clinical interpretation and application. *Dev Med Child Neurol.* 2000; 42(1):25-31.
2. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development III. San Antonio, TX: The American Psychological Corporation; 2006.
3. Della Barba PCS. Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento chat e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação [dissertação de mestrado]. São Carlos Universidade Federal de São Carlos; 2002.
4. Dworkin PH. British and american recommendations for developmental monitoring: the hole of surveillance. *Pediatrics.* 1989; 84:1000-1010.
5. Dworkin PH. Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Curr Opin Pediatr.* 1993; 5:531-536.
6. Figueiras AC, Puccini RF, da Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(6):1691-1699.
7. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study. *Sao Paulo Med. J.* 2014; 132(4):211-218. [acesso em 2 maio 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400211&lng=en.
8. Figueiras ACM, Souza ICN, Rios V, Benguigui Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington (DC): OPAS; 2005.
9. Figueiras ACM. Programa de vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde: uma experiência no município de Belém. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2006.

10. Figueiras AM. Programa de vigilância de desarrollo en el contexto infantil de AIEPI. In: Benguigui Y, Bissot AA, editores. Desafios em la atención pediátrica em el siglo XXI. La estrategia AIEPI em el XIII Congresso Latino-Americano de Pediatria (pp. 99-109). Panamá: Organización Panamericana de la Saude; 2003. p.99-109. [acesso em 5 jul 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desafio.pdf>.
11. Frankenburg WK, Dodds JB. The Denver developmental screening test. *J Pediatr*. 1967; 71:181-191.
12. Gesell A, Amatruda C. Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño: metodos clinicos e aplicaciones praticas. Buenos Aires: Medico Qirurgica; 1945.
13. Glascoe FP, Byrne KE, Ashford LG, Jonson KL, Changs B, Strikeland B. Accuracy of the Denver II developmental screening. *Pediatrics*. 1992; 89:1221-1225.
14. Glascoe FP. Are overreferral on developmental screening tests really a problem? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155:54-59.
15. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr (Phila)*. 2003; 42(2):133-8.
16. Goldfarb CE, Roberts W. Developmental monitoring in primary care. *Can Fam Phisician* 1996; 42:1527-1536.
17. Hadders-Algra M. Challenges and limitations in early intervention. *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53 Suppl 4:52-55.
18. Halfon N, Regalado M, Sareen H et al. Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics*. 2004; 113(6 Suppl):1926-1933.
19. Hall DM, Stewart-Brown S. Screening in child health. *Br Med Bull*. 1998; 54:929-943.
20. Hutchson T, Nicoll A. Developmental screening and surveillance. *Br Hosp Med*. 1988; 39:22-29.
21. Lefèvre BL, Diament A. Exame neurológico do recém-nascido de termo. In: Diament A, Cypel S. *Neurologia infantil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990.
22. Lejarraga H, Krupitzky S, Kelmansky D, Martinez E, Bianco A, Pascucci MC et al. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo em ninos argentinos menores de 6 anos. *Archivos argentinos de Pediatría*. 1996; 94:355-368.
23. Lima MC, Eickmann SH, Lima ACV, Guerra MQ, Lira PIC, Huttly SRA, Ashworth A. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brasil. *Acta Paediatr*. 2004; 93(7):969-975.
24. Marinho H. Escala do desenvolvimento Heloisa Marinho. Rio de Janeiro: América; 1978.
25. Martin AJ, Darlow BA, Salt A et al. Identification of infants with major cognitive delay using parental report. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54(3):254-259.
26. Menezes AMB, Dumith SC, Martínez-Mesa J, Silva A, Cascaes AM, Domínguez GG et al. Problemas de saúde mental e tabagismo em adolescentes do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4).
27. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 49:980-989.
28. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 1986. (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança)
29. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF); 1984.
30. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. 3.ed. Brasília (DF); 2006.
31. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. 6.ed. Brasília (DF); 2009. [acesso em 10 abr 2015]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cadmenina.pdf>
32. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Atendimento integrado à saúde da criança – módulo I – cartão da criança (instrutivo). Brasília (DF); 1992.
33. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr*. 2003; 79(supl. 1):33-42.
34. Palfrey JS, Hauser-Cram P, Bronson MB. The Brookline Early Education Project: a 25-year follow-up study of a family-centered early health and development intervention. *Pediatrics*. 2005; 116(1):144-152.
35. Pinto EB, Vilanova LCP, Vieira RM. O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida. São Paulo: FAPESP/Casa do Psicólogo; 1997.
36. Reichert APS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia da saúde da família. [tese de doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011. [acesso em 5 jul. 2013]. Disponível em: http://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_dissertacoes/altamira.pdf
37. Resegue R, Puccini RF, Silva EM. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *São Paulo Med J*. 2008; 126(1):4-10.
38. Sandler AD, Brazdziunas D, Cooley WC, L. González de Pijem L.; D. Hirsch D, Kastner, TA et al. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001; 108(1):192-196.
39. Sucupira ACSL, Werner Júnior J, Resegue R. Desenvolvimento. In: Sucupira ACSL, organizadora. *Pediatria em consultório*. 4.ed. São Paulo: Savier; 2000. p.22-39.