

# FATORES SOCIOECONÔMICOS, OBSTÉTRICOS, DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

## *Socioeconomic, obstetric, demographic and psychosocial factors as risk to child development*

Anelise Henrich Crestani<sup>(1)</sup>, Felipe Mattana<sup>(2)</sup>,  
Anaelena Bragança de Moraes<sup>(3)</sup>, Ana Paula Ramos de Souza<sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** investigar a associação de fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais com a presença de risco ao desenvolvimento infantil nas faixas etária de um a dezoito meses de idade. **Método:** a amostra inicial foi constituída de 182 díades mãe-bebê e final de 58 díades. A coleta de dados ocorreu por meio da análise da interação mãe-bebê feita com base no Protocolo de Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil e de uma entrevista que investigou aspectos socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais na primeira etapa da pesquisa. Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para os aplicativos computacionais para análise estatística. **Resultados:** os fatores de risco significantes para as quatro fases do protocolo foram, na faixa de zero a quatro meses o estado civil da mãe e o número de filhos; na faixa de quatro a oito meses o número de consultas pré-natal e a renda *per capita*; na faixa de oito a doze meses o planejamento da gestação; e na faixa de doze a dezoito meses o histórico de depressão materna, a idade da mãe e a profissão da mãe. **Conclusão:** a pesquisa demonstrou que as condições socioeconômicas, obstétricas, psicossociais e demográficas podem oferecer risco ao desenvolvimento infantil.

**DESCRIPTORIOS:** Fatores Socioeconômicos; Fatores de Risco; Linguagem; Desenvolvimento Infantil

<sup>(1)</sup> Fonoaudióloga; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>(2)</sup> Acadêmico do curso de Bacharelado em Estatística da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>(3)</sup> Química industrial; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professor Adjunto do departamento de estatística da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>(4)</sup> Fonoaudióloga; Doutora em Linguística e Letras pela Pontifícia Universidade Católica – RS, Brasil; Professor Adjunto do departamento de fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

Fonte de auxílio: Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria – RS, Brasil com auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses: inexistente

### ■ INTRODUÇÃO

As pesquisas objetivando investigar características que podem exercer influência no desenvolvimento infantil, ou oferecer risco ao mesmo, fazem parte da literatura nacional<sup>1,2</sup> e internacional<sup>3,4</sup>, em distintas perspectivas teóricas sobre a infância. Enquanto algumas investigam fatores mais intrínsecos ao bebê<sup>1</sup>, outras focam mais as condições parentais para o cuidado com a criança<sup>4-10</sup>, várias delas demonstrando que estados de humor da mãe, por exemplo, podem ser fator de risco ao desenvolvimento infantil<sup>4,8-10</sup>.

Outros estudos abordam ainda os efeitos de situações ambientais como acesso ao esporte aquático<sup>11</sup> ou condições culturais<sup>12-14</sup> e seus efeitos no desenvolvimento infantil. Entre os aspectos

investigados, o desenvolvimento psicomotor ou neuropsicomotor<sup>15,16</sup> e cognitivo<sup>3,17</sup> têm sido temas recorrentes nas pesquisas, muitas vezes abordados em aspectos como a prematuridade<sup>18</sup> ou condições das puérperas<sup>2,19</sup>. Como efeito desses estudos, há proposições de equipes de saúde para tentar minimizar riscos já durante a gravidez<sup>20</sup>. A UNESCO<sup>21</sup>, afirma que a grande maioria dos países reconhece que os serviços destinados à primeira infância possibilitam identificar crianças com necessidades especiais ou em situação de risco, viabilizando, neste caso, o pensar de propostas de intervenção que impeçam a instalação ou que revertam processos patológicos em seus primórdios.

Embora identificados e confirmados os riscos ao desenvolvimento infantil, sobretudo os mais evidentes, em que há um sinal biológico, ainda são razoavelmente recentes pesquisas de cunho epidemiológico que desloquem para a área da saúde coletiva conhecimentos da psicanálise<sup>22,23</sup>, embora a relação entre psicanálise e saúde seja antiga. Nesse sentido destaca-se a pesquisa multicêntrica financiada pelo Ministério da Saúde que investigou os índices de risco ao desenvolvimento<sup>24</sup> que conciliou a dimensão singular do desenvolvimento com aspectos mais universais que se repetem na clínica infantil, ou seja, os sintomas que emergem na clínica permitiram construir índices de risco capazes de captar o risco psíquico e/ou ao desenvolvimento entre um e dezoito meses, em fase de estruturação psíquica, mas com a possibilidade de detectar se algo não vai bem em aspectos fundamentais do desenvolvimento infantil, o que foi investigado pelo grupo que realizou esta pesquisa, em várias dissertações de mestrado chamou atenção do grupo a potencialidade dos índices de risco criados, para detectar o risco à aquisição da linguagem, bem como a interface entre questões psíquicas e transição alimentar, aspectos esses confirmados já em alguns artigos frutos das mesmas<sup>25-27</sup>.

Portanto, confirmaram-se as hipóteses iniciais que crianças em risco ao olhar de índices que têm por base a teoria psicanalítica<sup>26</sup>, em especial

os eixos teóricos estabelecimento de demanda do bebê pelo outro, alternância de ausência e presença, alteridade ou função paterna e suposição de sujeito, apresentam também aquisição mais lenta da linguagem e dificuldades na transição alimentar.

Considerando que na pesquisa de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)<sup>24</sup> não se verificaram associações das variáveis epidemiológicas (obstétricas, demográficas, socioeconômicas), esta pesquisa objetivou investigar a associação de fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais com a presença de risco ao desenvolvimento infantil nas faixas etárias de um a dezoito meses de idade, em um estudo de coorte realizado em crianças de um a dezoito meses, em cidade de porte médio do Rio Grande do Sul, tendo em vista a possibilidade de realizar uma análise estatística que pudesse confirmar ou não o resultado do estudo de Kupfer.

## ■ MÉTODO

Para a execução da pesquisa, foram utilizadas as normas éticas obrigatórias para pesquisas em seres humanos – (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o estudo foi realizado, no protocolo de número 0284.0.243.000-09. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram o mesmo.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento de intervenção quase experimental, já que não há grupo controle. Para execução da mesma um grupo de pesquisadores, formado por fonoaudiólogos e psicólogas, recebeu formação acerca dos IRDIs (Figura 1) por meio de duas palestras com responsáveis pela pesquisa de Kupfer<sup>24</sup> em Porto Alegre – RS. Também mantiveram estudos dos textos e assistiram vídeos de formação.

0-4 meses	4-8 meses	8-12 meses	12-18 meses
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. SS/ED 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês). SS 3- A criança reage ao mamamhês. ED 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. PA 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. SS/PA	6- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. ED 7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. ED 8- A criança procura ativamente o olhar da mãe. ED/PA	9- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. ED/SS 10- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. ED 11- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. SS/PA 12- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. FP 13- A criança faz gracinhas. ED 14- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. ED	15- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. ED/FP 16- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. ED/FP 17- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. FP 18- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. FP

**Figura 1 – Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil Finais (KUPFER, 2008)**

A amostra inicialmente examinada foi constituída de 182 mães e seus bebês, com idades entre 28 dias e quatro meses incompletos, contatados na triagem auditiva neonatal de um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul de março a junho de 2010. Foram excluídos da pesquisa os bebês nascidos com malformações ou síndromes e que não passaram no teste auditivo. Também, por meio de entrevistas realizadas pelas psicólogas da pesquisa, foram excluídos da amostra os bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica comprometida tais como psicose e esquizofrenia. Portanto, foram incluídos bebês, nascidos a termo, pré-termo ou pós-termo, sem diagnóstico de alteração biológica evidente.

A coleta de dados estruturou-se por meio de uma entrevista inicial realizada por uma equipe de psicólogas. A entrevista foi baseada em um protocolo já existente<sup>7</sup> que versa sobre diversos aspectos com o objetivo de investigar a história obstétrica das mães, os dados socioeconômicos e demográficos, bem como dados psicossociais com questões referentes a existência de planejamento para a gestação ou como foi recebida a notícia da gravidez, se a mãe contava com apoio familiar e social, número de filhos, número de abortos, grau de escolaridade, idade, renda familiar, estado civil, profissão/função

ocupacional, realização ou não de pré-natal, número de pessoas que moram na mesma casa, amamentação, além dos sentimentos sobre a experiência da maternidade, entre outras. As psicólogas que aplicaram o questionário, o fizeram na forma de uma entrevista, tomando o mesmo como roteiro, pois permitiram que as mães falassem livremente sobre si e seus filhos. Durante esta entrevista e observação da díade mãe-bebê as mesmas procuraram observar as condições psíquicas das mães. Apenas uma díade foi excluída inicialmente em função da suspeita de alteração psíquica importante da mãe. Na sequência as psicólogas aplicaram o Inventário de Beck<sup>28</sup>, tanto em relação à escala de ansiedade como de depressão. As mães que tiveram um nível de ansiedade e/ou depressão igual ou superior a leve foram convidadas a participar de um grupo de apoio com as psicólogas na clínica do programa de serviço fonoaudiológico a qual se vincula esta pesquisa.

Durante todo esse processo de entrevista previsto inicialmente, quando a interação permitia os Índices de Risco ao Desenvolvimento de Kupfer<sup>24</sup> foram observados, na primeira faixa etária, conforme Figura 1. Também foram realizadas breves filmagens de aproximadamente 10 a 15 minutos, com distância superior a dois

metros, com zoom, de modo a captar a interação da díade mãe-bebê, para que um segundo examinador experiente em desenvolvimento infantil (a coordenadora da pesquisa) pudesse conferir as marcações feitas pelas equipes. Se houvesse discordância entre as marcações da equipe e da coordenadora da pesquisa ou mesmo se não fosse possível ver alguns índices na interação, ou ainda no caso de alguns bebês que estavam dormindo durante a entrevista, os bebês foram reavaliados em suas residências em até uma semana após a primeira avaliação. Lá apenas a observação dos índices foi feita e novamente uma breve filmagem, nas condições já descritas. Tomou-se o cuidado para que as filmagens ficassem registradas pela mãe como uma lembrança para ela do bebê, pois ao final da pesquisa pretendia-se entregar uma cópia em DVD de todas as filmagens de seu filho. Em geral a concordância, quando possível observar os índices, foi superior a 95% entre as marcações das equipes e da coordenadora da pesquisa.

Nas demais faixas etárias dos IRDIs (Figura 1) para discriminação por faixas etárias) foram observados momentos de interação da mãe e do bebê, e também realizada uma breve filmagem, que seguiram uma entrevista de atualização da situação do bebê, e dos familiares. A mãe era convidada a falar livremente como estava se sentido, como estava sua rotina, os cuidados do bebê, enfim, o que desejasse falar sobre como estava desde a entrevista anterior. A cada entrevista de avaliação, quando o examinador sentisse que a mãe estava precisando de um apoio psicológico lhe foi ofertado atendimento na clínica, conforme já mencionado.

A segunda, terceira e quarta fases de coleta, foram realizadas por uma psicóloga, e três fonoaudiólogas, dois bolsistas de iniciação científica e a coordenadora do trabalho, todos com a formação necessária à coleta dos IRDIs, realizada ao início da pesquisa, conforme já citado. O nível de concordância nessa etapa foi de 100%. As observações ocorreram na clínica fonoaudiológica e/ou na residência da criança quando a mãe não pudesse retornar à clínica. Tanto em uma situação como em outra se buscou facilitar o acesso a brinquedos e objetos de costume da família, de modo a facilitar a interação mãe-bebê.

Cabe salientar que foram sempre as mesmas díades avaliadas durante todo processo da pesquisa. Contudo, devido à dificuldade de ocorrer o retorno dos bebês para a sequência das avaliações, visto

que, alguns mudaram de endereço, telefone, não havendo mais possibilidade de contato, perdeu-se o número inicial da amostra nas fases seguintes de coletas dos IRDIs. Deste modo, a primeira (1- 4 meses) etapa do processo de avaliação dos IRDIs contou com a amostra de 182 díades, na segunda fase (4 – 8 meses) participaram da coleta 117 díades; na terceira etapa (8 – 12 meses) foram 89 díades avaliadas e na quarta e última fase (12 – 18 meses) contou-se com 58 díades avaliadas.

A partir de tais dados, do banco geral da pesquisa, foram identificados os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais, tais como, idade gestacional, número de filhos, estado civil, histórico de aborto, número de gestações e de partos, renda familiar, profissão materna e paterna, suporte social, escolaridade da mãe e do pai, idade da mãe e do pai, número de consultas pré-natal, tipo de parto, intercorrências na gestação e como recém-nascido, parto e pós-parto, prematuridade, baixo peso, tipo de aleitamento, histórico de depressão, dificuldade na experiência da maternidade para os IRDIs nas díades mãe-filho coletados na entrevista inicial.

Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para os aplicativos computacionais STATISTICA 9.0. e PASW 17.0. para análise estatística. Para a obtenção dos quatro modelos de regressão logística múltipla para cada uma das quatro fases dos IRDIs, que identificam os fatores de risco para os IRDIs, foi realizado, inicialmente, o teste não-paramétrico de associação do Qui-quadrado no qual as variáveis que obtiveram o valor de  $p \leq 0,25$  entraram na testagem do modelo múltiplo da análise de regressão logística. No modelo múltiplo as variáveis que não alcançaram o p valor menor ou igual a 0,10 foram sendo retiradas do modelo e o programa era novamente processado.

## ■ RESULTADOS

Objetivando facilitar a visualização dos resultados da análise estatística optou-se por apresentá-los na Tabela 1 onde são mostradas as frequências, os percentuais, as razões de riscos (OR) com os respectivos intervalos de confiança para as faixas das variáveis (fatores de risco) que foram significantes no modelo de regressão logística múltipla. A seguir são comentados os resultados sintetizados na tabela 1.

**Tabela 1 – Variáveis demográficas, obstétricas, socioeconômicas e psicossociais em relação aos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil avaliados nas 4 fases dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil**

Variáveis	IRDIs		OR Ajustado	IC 90%	p - valor
	Ausente (%)	Presente (%)			
<b>0 - 4 meses</b>					
<b>Estado civil da mãe</b>					
Casada	134 (85,4)	23 (14,6)	1		
Solteira / separada	17 (68,0)	8 (32,0)	3,113	(1,371 – 7,070)	0,023*
<b>Nº de Filhos</b>					
< 2	77 (87,5)	11 (12,5)	1		
≥ 2	74(78,7)	20 (21,3)	2,121	(1,060 – 4,246)	0,075*
<b>Total</b>	<b>151 (83,0)</b>	<b>31 (17,0)</b>			
<b>4 - 8 meses</b>					
<b>Nº consultas pré-natal</b>					
6 ou mais	100 (96,1)	4 (3,9)	1		
Menos de 5	10 (76,9)	3 (23,1)	4,940	(1,144 – 21,340)	0,073*
<b>Renda per capita</b>					
≥ 201	67 (98,5)	1 (1,5)	1		
< 200	39 (86,7)	6 (13,3)	7,070	(1,089 – 45,895)	0,085*
<b>Total</b>	<b>110 (94,0)</b>	<b>7 (6,0)</b>			
<b>8 - 12 meses</b>					
<b>Planejamento da gestação</b>					
Não	41 (77,4)	12 (22,6)	1		
Sim	18 (50,0)	18 (50,0)	3,417	(1,583 – 7,347)	0,009*
<b>Total</b>	<b>59 (66,3)</b>	<b>30 (33,7)</b>			
<b>12 - 18 meses</b>					
<b>Histórico depressão da mãe</b>					
Não	38 (80,8)	9 (19,2)	1		
Sim	6 (54,5)	5 (45,5)	10,304	(2,143 – 49,548)	0,015*
<b>Idade da mãe (anos)</b>					
<20 e ≥ 35	21 (87,5)	3 (12,5)	1		
20 a 34	23 (67,6)	11 (32,4)	10,320	(2,082 – 51,153)	0,016*
<b>Profissão da mãe</b>					
Outro	25 (83,3)	5 (16,7)	1		
Dona de casa	19 (67,9)	9 (32,1)	4,454	(1,295 – 15,315)	0,047*
<b>Total</b>	<b>44 (75,9)</b>	<b>14 (24,1)</b>			

IRDI = Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; Ausente = crianças sem IRDI alterado; Presente = criança que apresentou pelo menos um IRDI alterado; OR = Razão de riscos; IC = intervalo de confiança; \*Significante pela análise de regressão logística múltipla, com nível de significância de 10%. Dados faltantes: renda familiar (5).

As variáveis que permaneceram no modelo final foram as estatisticamente significantes com nível de significância de 10%, para identificar os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais das díades mãe-filho para a ocorrência de alterações nos IRDIs nessas quatro faixas de idade. Optou-se por um índice de significância de 10% em função do tamanho da amostra

e das demandas para a análise multifatorial. Sobre tal aspecto a literatura<sup>29</sup> propõe que pode ser usada uma probabilidade de 0,10 (ou nível de significância de 10%) se estamos inclinados a ser menos conservadores.

Observa-se que na faixa etária de um a quatro meses, o modelo selecionou as variáveis demográficas estado civil e número de filhos. Em relação à

variável estado civil, observou-se que mães com estado civil solteira, considerado pelo grupo sem a presença de um cônjuge, independentemente do estado legal em si, apresentaram duas vezes mais chance de seus filhos possuírem risco ao desenvolvimento infantil do que as acompanhadas pelo cônjuge. Os bebês que possuíam irmãos apresentaram uma vez mais chance de risco do que os bebês filhos únicos.

Na fase de quatro a oito meses o modelo de regressão logística mostrou como fatores de risco significantes para o IRDIs o número de consultas pré-natal e a renda *per capita* da família. Quanto ao número de consultas, o bebê cuja mãe realizou cinco ou menos consultas pré-natal apresentou quatro vezes mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em relação aos bebês de mães que realizaram seis ou mais consultas pré-natal.

Quanto à variável socioeconômica renda *per capita*, essa mostrou ser fator de proteção nas famílias que possuíam uma renda maior que R\$ 201,00 por dependente. O resultado da presente pesquisa sugere que nas famílias em que a renda *per capita* era menor de R\$ 200,00 a chance é seis vezes maior de a criança apresentar risco ao desenvolvimento infantil em relação ao outro grupo.

O modelo obtido para os IRDIs que compreendem o período de oito a doze meses relacionaram-se à variável obstétrica planejamento da gestação, no qual os dados apontaram como fator de proteção esta não ser planejada.

Considerando os índices entre doze e dezoito meses, o modelo mostrou haver associação significativa com os fatores de risco histórico de depressão materna, idade da mãe e profissão da mãe. A presente pesquisa aponta que mães com histórico de depressão apresentam nove vezes mais chance de ter uma criança com risco ao desenvolvimento infantil, na etapa de doze a dezoito meses, em relação a mães que não estiveram sujeitas à depressão em nenhum momento da vida. Outro resultado nesta faixa etária foi de que as mães com menos de vinte anos e com mais de trinta e cinco representaram proteção ao desenvolvimento infantil, ou seja, surpreendentemente mães entre 20 e 35 anos, idade biologicamente ideal para a maternidade, tiveram filhos com mais risco do que as mães mais jovens ou mais velhas.

A variável socioeconômica profissão da mãe, a partir da qual se identificou se a mãe possuía tarefa ocupacional fora do lar, atuou como fator de proteção, e também se correlacionou de modo significativo à quarta fase dos IRDIs, pois mães donas de casa apresentam três vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil nesta fase.

## ■ DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos com o modelo de regressão logística é possível constatar que houve alguns dados surpreendentes, que até parecem contradizer o que se observa em outras pesquisas, e outros que confirmam muitas pesquisas já realizadas.

Entre os que confirmam pesquisas anteriores, destacam-se baixa renda familiar e histórico de depressão materna como fatores de risco, e apoio familiar, na figura do cônjuge e assistência pré-natal como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil.

Um estudo<sup>13</sup> afirma que viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente, pode influenciar o modo como a concepção da criança é percebida e aceita pela mãe e sua família, tanto de modo positivo quanto negativo. Nesta pesquisa o fator identificado nas entrevistas, que transcende o dado estatístico puro, é que as mães de filhos sem risco não só viviam com os companheiros, mas tinham o apoio e participação desses na criação e sustento dos filhos. Isso pôde ser identificado também nos outros estudos<sup>25,26</sup>, com esta mesma amostra, em que dificuldades no exercício da maternidade se correlacionaram à falta de apoio do cônjuge. Portanto, não se trata apenas da presença física, mas de uma presença mais ampla que contemplava não só aspectos psíquicos, mas também suporte financeiro às mães e seus filhos. Este último aspecto também reforçado neste estudo pela proteção ao risco em bebês de famílias com maior renda. Corroborando com tal resultado, um estudo<sup>15</sup> demonstra que crianças, cujas famílias têm renda de até setecentos reais mostram-se 2,81 vezes mais expostas a apresentar suspeitas de atraso no desenvolvimento. Outros autores<sup>16</sup> afirmam que a situação socioeconômica dos pais influencia de forma direta ou indireta como fator determinante para o desenvolvimento infantil.

A proteção oferecida pela realização de acompanhamento pré-natal na faixa de índices de quatro a oito meses, demonstra a importância de políticas públicas de acompanhamento da saúde materno-infantil, dada sua relevância à saúde da criança. Quanto ao número de consultas, o bebê cuja mãe realizou cinco ou menos consultas pré-natais apresenta quatro vezes mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em relação aos bebês de mães que realizaram seis ou mais consultas pré-natais. Tal associação é ressaltada em outro estudo<sup>30</sup>, o qual afirma que o número de consultas pré-natais tem relação ao risco de atraso no desenvolvimento do infantil. Destaca-se que a educação em saúde durante a gestação é um meio

de oferecer à mãe e seus familiares conhecimentos que podem prepará-la para o exercício de sua nova função, além de esclarecerem as dúvidas, contribuindo com sua autonomia no cuidado com seu bebê<sup>20</sup>.

A influência negativa de estados de humor materno, em especial da depressão, como fator de risco encontrado na amostra estudada, reforçam o que já foi comprovado em diversos estudos<sup>9-10</sup>. A depressão materna parece limitar as interações mãe-bebê e esse fato foi bem captado pelos índices de um a quatro meses, pois estes possuem foco importante na protoconversa inicial entre mãe e bebê (uso do *manhês* pela mãe e reação do bebê), e captam as dificuldades e oscilações no estabelecimento de demanda ou suposição de sujeito, por parte da mãe, ou mesmo na recusa do bebê em olhar para sua mãe quando a mesma está deprimida, o que se reflete no índice acerca da mãe e bebê trocaram olhares.

Um dos resultados surpreendentes do modelo de regressão logística foi a variável planejamento da gestação, pois contrariamente ao esperado a partir de várias pesquisas<sup>8,19</sup>, bebês planejados apresentaram maior risco ao desenvolvimento entre oito e doze meses, nesta amostra. Cabe ressaltar dois aspectos nesse resultado. O primeiro é que nesta fase o número de díades já havia diminuído de modo importante. O segundo é que justamente as díades com risco, número que no total não excedia 22 bebês nesta fase, foram acompanhadas até 24 meses dos bebês e entre os fatores observados em tais díades está o prolongamento da simbiose mãe-bebê, em geral filhos únicos, que foram extremamente planejados, observado na maior parte dos casos, e relatado em alguns casos discutidos em dissertação<sup>27</sup>, nos quais o exercício da função paterna esteve comprometido. Como tal eixo é muito focado nos índices das últimas faixas etárias, isso parece explicar a relação encontrada na faixa etária entre oito e doze meses.

A variável demográfica idade da mãe mostrou que as mães com menos de vinte anos e com mais de trinta e cinco estiveram mais entre as com filhos sem risco do que as mães entre 20 e 34 anos. Este resultado contrariou um estudo sobre a avaliação de indicadores de desenvolvimento de crianças de 12 meses nascidas pré-termo, no qual a idade da mãe na gravidez correlacionou-se com itens da escala referentes à resolução de problemas e de linguagem da criança. Nesse sentido os autores<sup>18</sup> afirmam que quanto mais jovens as mães na gravidez, maior a proporção de crianças que não receberam créditos nos itens relativos a essas áreas. Outro estudo<sup>3</sup> também encontrou associação entre a menor idade da mãe e prejuízos no desenvolvimento cognitivo

da criança. Tal associação pode estar relacionada tanto ao risco biológico da gravidez precoce para o desenvolvimento do bebê quanto à interação da mãe mais jovem com seu filho.

Nos achados da pesquisa aqui relatada, as mães com idade na faixa de 20 a 34 anos apresentam nove vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil na fase de doze a dezoito meses dos IRDIs, em relação às mães adolescentes (< 20 anos) ou com mais idade (> 34 anos). Possivelmente, este fator esteve correlacionado a outros fatores não visíveis no modelo estatístico, pois o baixo número de díades ao final da pesquisa não permitiu um número mais extenso de comparações no mesmo. Uma das hipóteses propostas inicialmente para explicar tal resultado é de que as mães entre 20 e 34 anos estivessem no auge de sua vida laboral e, talvez, divididas entre a atividade materna e sua vida profissional.

No entanto, a mesma foi falsificada no modelo, pois nesta pesquisa ter uma tarefa ocupacional foi fator de proteção, e correlacionou-se de modo significativo à quarta fase dos IRDIs. Um estudo<sup>17</sup> demonstrou que o trabalho materno é positivo, não só como gerador de renda e facilitador do acesso de recursos, mas também como uma satisfação ocupacional, proporcionando à mãe maior auto-estima e motivando experiências com seu filho. Outro trabalho<sup>25</sup> também demonstrou que tal variável tem influência na oferta do tipo de aleitamento. Mães que trabalham são menos passíveis de aleitamento misto do que as mães do lar, apesar da disponibilidade física destas, elas não conseguiam ofertar apenas um tipo de aleitamento, demonstrando que o aleitamento é uma questão de desejo e possibilidade materna de cuidar do filho.

Acredita-se que outros fatores mais singulares das condições da mãe e da família possam explicar tais resultados, e, por isso, é desejável que amostras maiores sejam reestudadas à luz da teoria que embasa este estudo e que os resultados aqui apresentados sejam tomados como sugestões para pesquisas futuras e não como verdades generalizáveis à população. Pode-se, no entanto, sugerir ao observar as crianças com risco, que eram filhas únicas de mães do lar, que planejaram muito os filhos e tinham alta expectativa para eles. Talvez uma projeção e expectativa tal que impedia a descolagem necessária entre mãe e bebê ao final do primeiro ano de vida, por meio da função paterna.

Apesar das limitações numéricas ao final da coleta, os resultados sugerem que as práticas de observação do desenvolvimento infantil de equipes de saúde no acompanhamento materno-infantil precisa transcender o olhar exclusivo a grandes

marcos psicomotores, ou nutricionais do desenvolvimento. A dimensão psíquica e relacional precisa entrar no processo de formação dessas equipes para que os índices de risco, bem como outras propostas de avaliação desses aspectos, tenham a compreensão necessária para sua utilização na avaliação do desenvolvimento infantil. Além de detectar o risco, as equipes de saúde necessitam estar preparadas para lidar com o mesmo de um modo construtivo e positivo, não proferindo profecias negativas sobre a criança para a família, e encontrando os meios de referenciar os casos de risco a equipes de intervenção precoce. Para tanto, a pesquisa indica que um trabalho extenso de formação continuada das equipes precisa ser iniciado, em conjunto com uma mudança de paradigmas de saúde já na universidade, com um olhar mais interdisciplinar para a infância.

Considerando os objetivos iniciais observa-se que houve a indicação de associação entre algumas variáveis estudadas com os índices de risco ao desenvolvimento infantil e que, mesmo havendo a necessidade da estatística ser flexibilizada, os resultados permitem uma reflexão sobre os aspectos analisados. O estudo também demonstra a importância de serem investigados tais fatores em estudos futuros com uma amostra maior, para que algumas tendências observadas neste estudo possam ser confirmadas com maior significância estatística.

## ■ CONCLUSÃO

Considerando a proposta de análise inicial em relação à associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, a presente pesquisa comprovou essa relação em algum destes aspectos em todas as fases de coleta dos IRDIs.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram, ainda, que a cada fase dos IRDIs, os eixos teóricos que balizam os mesmos se relacionam com o ambiente e as situações que fazem parte da vida do bebê, demonstrando a importância dos mesmos para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. A forma e o espaço no qual tais índices podem ser introduzidos nas práticas de equipes de saúde necessita ser melhor estudada, pois é preciso que haja uma formação para sua introdução. Tal formação deve ser continuada e incluir o estudo e observação da multiplicidade de fatores sociais, econômicos, culturais, etc, que se combinam de modo tão singular em cada caso.

Por fim, ressalta-se que as análises numéricas não conseguem captar tal singularidade e complexidade de cada caso. São apenas índices de cuidados a serem tomados nas políticas públicas como norteadores de ações possíveis. No entanto, as ações a serem de fato implementadas em cada caso devem ser fruto de uma investigação singular do mesmo, pois a intervenção sempre será singular.

### ABSTRACT

**Purpose:** to investigate obstetric, demographic, socioeconomic and psychosocial risk factors of mother-child dyads for the occurrence of changes in the Risk Indicators for Child Development (IRDI) in children age groups from zero to 18 months. **Method:** the sample consisted of 182 mother-infant dyads. Data collection occurred through the analysis of mother-infant interaction based on the Risk Indicators for Child Development (IRDI) Protocol and on an interview which investigated socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial aspects in the first stage of the procedures. Data were organized into an electronic spreadsheet and then converted to computer software for statistical analysis. **Results:** the significant risk factors for the four phases of IRDI were, in the range of zero to four months, the mother's marital status and number of children; in the range of four to eight months, the number of prenatal visits and *per capita* income; in the range of eight to twelve months, pregnancy planning; and in the range of twelve to eighteen months, maternal depression history, the mother's age and profession. **Conclusion:** the study demonstrated that the environment and the situations in which the mother-infant dyad is part of, may hinder or facilitate the development of the infant.

**KEYWORDS:** Socioeconomic Factors; Risk Factors; Language; Child Development

## ■ REFERÊNCIAS

1. Alvarenga P, Piccinini C. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social das crianças. *Psico: Refle. e Crític.* 2007;20(2):314-23.
2. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saud Public.* 2004;20(1):112-20.
3. Liaw FR, Brooks-Gunn J. Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. *Developmental Psychology.* 1993;29(6):1024-35.
4. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br. J. Psychiatr.* 2005;186(3):258-9.
5. Lordelo ER, França CB, Lopes LMS, Dacal MPO, Carvalho CS, Guirra RC et al. Investimento parental e desenvolvimento da criança. *Est. de Psico.* 2006;11(3):257-64.
6. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004;9(2):457-67.
7. Schwengber DDS, Piccinini CA. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001 in Schwengber DDS, Piccinini CA. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psic.: teor. e pesq.* 2004;20(3):233-40.
8. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol. Natal.* 2003;8(3):403-11.
9. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev. de Psiquia. do Rio Grande do Sul.* 2005;27(2):165-76.
10. Murray L, Halligan SL, Adams G, Patterson P, Goodyer IM. Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. *Development-and-psychopathology.* 2006;18(2):489-516.
11. Silva JO, Martins JC, Morais RLS, Gomes WF. Influência da estimulação aquática no desenvolvimento de crianças de 0 a 18 meses: um estudo piloto. *Fisioter. Pesqui.* 2009;16(4):335-40.
12. Lordelo ER, Fonseca AL, Araújo MLVB. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicol Reflex Crit.* 2000;13(1):73-80.
13. Calvasina PG, Nations MK, Jorge MSB, Sampaio HAC. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica.* 2007;23(2):371-80.
14. Keller H. *Cultures of infancy.* Hillsdale, in; lawrence erlbaum associates, 2007.
15. Santos DCC, Tolocka RE, Carvalho J, Henringer LRC, Almeida CM, Miquelote AF. Desempenho motor grosso e suas associações com fatores neonatais, familiares e exposição a creche em crianças de até três anos. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(2):173-9.
16. Amorim RCA, Laurentino GEC, Barros CMFT, Ferreira ALPR, Moura AG, Filho e Raposo MCF. Programa de saúde família: proposta para identificadores de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(6):506-13.
17. Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida N, Filho e Barreto MB. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Publica.* 2005;39(4):606-11.
18. Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicol. Estud.* 2008;13(2):335-44.
19. Mendes APD, Galdeano LE. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, cuidado e saúde.* 2006;5(3):363-71.
20. Duarte SJH, Borges AP, Arruda GL. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. *Rev Enferm. Cent. O. Min.* 2011;1(2):277-82.
21. UNESCO. Educação e cuidado na primeira infância: grandes desafios. Tradução de Teixeira GJF. Brasília: UNESCO Brasil, OECD, Ministério da Saúde; p.60, 2002.
22. Kupfer MCM, Voltolini R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Rev. Psic. Teor. e Pesq.* 2005;21(3):359-64.
23. Pesaro ME. Alcance e Limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
24. Kupfer MCM. (Coord) Relatório científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.

25. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *Jorn. Socie. Brasil. Fonoaudiologia.* 2012;24(3): 205-10.

26. Vendruscolo JF, Bolzan GM, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comum.* 2012;24(1):41-52.

27. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami L. Associação entre indicadores de risco ao

desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC.* 2012; ahead of print.

28. Beck AT, Steer R A. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

29. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Thomson,2004.

30. Lordelo ER, Fonseca AL, Araújo MLVB. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicol Reflex Crit.* 2000;13(1):73-80.

Recebido em: 10/09/2012

Aceito em: 13/04/2013

Endereço para correspondência:

Anelise Henrich Crestani

R. André Marques, 185/301

Santa Maria – RS – Brasil

CEP: 97010-041

E-mail: any.h.c@hotmail.com