

Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil

Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance

Amira Consuêlo de Melo Figueiras ¹

Rosana Fiorini Puccini ²

Edina Mariko Koga da Silva ²

Márcia Regina Marcondes Pedromônico ²

¹ Departamento de Assistência Materno-Infantil II, Universidade Federal do Pará. Rua do Sol 135, Ananindeua, PA 67030-380, Brasil. afigueiras@amazon.com.br

² Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu 598, São Paulo, SP 04023-062, Brasil. rfpuccini@terra.com.br
edinaksilva@osite.com.br
arrym@uol.com.br

Abstract *In the present study, the practices and knowledge of 40 physicians and 40 nurses from municipal health care units (UMS) and 40 physicians and 40 nurses from the Family Health Program (FHP) in Belém, Pará State, Brazil, all of whom working in primary health care, were evaluated in relation to child development surveillance. Measures of knowledge of child development showed an average of 63.7% correct answers for UMS physicians, 57.3% for FHP physicians, 62.1% for FHP nurses, and 54.3% for UMS nurses. Only 21.8% of mothers attending appointments mentioned that the health care professional had asked about their children's development, 27.6% of mothers reported that the health care professional had asked about or observed the child's development, and 14.4% mothers reported having received instructions on how to stimulate their children's development. According to this study, primary health care physicians and nurses in the municipality of Belém showed gaps in their knowledge of child development. Child development surveillance is not being conducted satisfactorily in primary health care in the municipality of Belém. It is thus necessary to raise the awareness of health care professionals concerning the problem and provide them with appropriate training.*

Key words *Child Development; Surveillance; Evaluation; Primary Health Care*

Resumo *O objetivo desta pesquisa foi avaliar os conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança de 160 profissionais que atuam na atenção primária à saúde, no Município de Belém, Pará. Foram selecionados 40 médicos e 40 enfermeiros de Unidades Municipais de Saúde (UMS), e 40 médicos e 40 enfermeiros do Programa da Família Saudável (PFS). Na avaliação dos conhecimentos por meio da aplicação de teste objetivo, o percentual de acerto foi de 63,7% para médicos das UMSs, 57,3% para médicos do PFS, 62,1% para os enfermeiros do PFS e 54,3% para enfermeiros das UMSs. Na avaliação das práticas, apenas 21,8% das mães informaram que foram indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos, 27,6% que o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da sua criança e 14,4% que receberam orientação sobre estimulá-las. Concluímos que médicos e enfermeiros da atenção primária no Município de Belém apresentam deficiências nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para esta prática.*

Palavras-chave *Desenvolvimento Infantil; Vigilância; Avaliação; Cuidados Primários de Saúde*

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência (MS, 1993; WHO, 1995). Considerando-se a população brasileira do último censo, de 169.799.170 habitantes (IBGE, 2001), teríamos, portanto, 16.979.917 pessoas deficientes, das quais apenas 2% recebem algum tratamento (MS, 1993).

Embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, distúrbios como atraso na linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são comumente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade. Da mesma forma, distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola (Palfrey et al., 1987).

Inúmeros trabalhos descritos na literatura mundial têm demonstrado que o melhor rendimento dessas crianças pode ser obtido quando elas recebem algum tipo de intervenção precoce de acordo com suas deficiências (Berlin et al., 1998; Garcia-Navarro et al., 2000; Lira & Gálvez, 1988; Molina et al., 2002; Ramey & Ramey, 1998). Porém, para que recebam precocemente essas intervenções, é necessário identificar essas crianças e encaminhá-las o mais breve possível a serviços especializados. Portanto, é papel do profissional que atua na atenção primária, fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento.

Em Belém, capital do Estado do Pará, no Programa de Estimulação Precoce da Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil-Adolescente (URE-MIA), observa-se que mesmo crianças com deficiências moderadas e graves são encaminhadas tardiamente para tratamento especializado. Com base em dados obtidos em prontuários desse programa, no período de maio/1999 a abril/2000, verificou-se que foram atendidas 425 crianças com problemas no desenvolvimento neuropsicomotor. A média de idade de encaminhamento dessas crianças para tratamento especializado foi de 11,6 meses, sendo que os problemas que apresentavam poderiam ter sido observados, em média, aos 3,9 meses (SESPA, 2000).

Na tentativa de identificar algumas causas do encaminhamento tardio dessas crianças para tratamento especializado, foi realizado este estudo. Pela experiência dos autores na área clínica foi levantada a hipótese de que os profissionais que atuam na atenção primária à saú-

de careciam de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, e em sua prática diária dariam pouca relevância a questões que envolvem esta área da pediatria. Este estudo teve então como objetivo avaliar as práticas e conhecimentos relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança, nos profissionais da atenção primária à saúde no Município de Belém. Como o atendimento das crianças é feito por médicos e enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde ou como equipes de programa da família, procurou-se também identificar possíveis diferenças entre estes profissionais. Com os resultados obtidos espera-se poder contribuir para a busca de soluções que viabilizem a identificação precoce das crianças com problemas de desenvolvimento, proporcionando-lhes tratamento oportuno e adequado e, conseqüentemente, oferecendo-lhes chance para uma melhor qualidade de vida.

Métodos

Este estudo, tipo transversal descritivo, trata-se dentro do modelo de Donabedian (1988), de uma avaliação de processo. Foi realizado no período de junho a agosto de 2001 em Belém, município com uma área continental de 17.317,24ha e uma área insular de 34.252,12ha formada por 39 ilhas (SESMA, 2000), com uma população de 1.280.614 habitantes, dos quais 99,4% residem na área urbana (IBGE, 2001).

Durante a fase de coleta de dados desta pesquisa o município contava com 45 médicos e 42 enfermeiros que atendiam crianças em regime ambulatorial nas 17 unidades básicas de saúde que estão sob administração municipal, denominadas Unidades Municipais de Saúde (UMS), assim como 56 equipes do programa de saúde da família, em Belém denominado Programa da Família Saudável (PFS). Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis a dez agentes comunitários de saúde (SESMA, 2001). Foram selecionados para o estudo 40 médicos e 40 enfermeiros das UMSs e igual número de médicos e enfermeiros do PFS. Os excluídos das UMSs foram os que não aceitaram participar da pesquisa. Do PFS foram convidados os profissionais pertencentes às equipes por ordem cronológica de implantação, até completar o mesmo número das UMSs (40).

Para a avaliação dos conhecimentos dos profissionais foi aplicado o *Teste sobre Desenvolvimento da Criança* (TDC) e, suas práticas foram avaliadas por meio da aplicação do *Questionário sobre as Práticas Relacionadas à Vigi-*

lância do Desenvolvimento da Criança (QPVDC) e Entrevistas com as Mães sobre Vigilância do Desenvolvimento (EMVD).

O TDC era constituído por 19 questões objetivas referentes ao desenvolvimento da criança, incluindo a área motora, de linguagem, pessoal-social e cognitiva nos primeiros anos de vida, fatores de risco para problemas do desenvolvimento e doenças que interferem no desenvolvimento normal da criança. As questões eram formuladas em forma de casos clínicos ou afirmações sobre o tema, com solicitação da correta ou da falsa entre quatro opções (a, b, c e d). Exemplo: *Com relação ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta: (a) A criança é reconhecida como ser ativo, capaz de reagir ao meio e às pessoas desde o nascimento; (b) A criança é reconhecida como ser ativo, sendo que o ambiente somente deverá exercer um papel importante após a socialização; (c) A criança é um ser passivo, dependente de outros seres humanos por longo período de vida, sendo seu desenvolvimento resultante de sua vivência sociocultural; (d) A criança é um ser passivo, sendo o adulto, a mãe em especial, seu mediador com o meio.* Resposta certa = a.

Exemplo 2: *Ligia tem dois meses. Durante a consulta o profissional observou que a criança não olhava a mãe enquanto mamava e não seguiu com o olhar um objeto colocado cerca de 30cm de seus olhos. Marque a alternativa correta: (a) Ligia apresenta uma reação normal para sua idade, pois as crianças começam a enxergar a partir dos 3 meses; (b) Ligia está com um possível atraso no desenvolvimento, devendo ser melhor avaliada; (c) Ligia não enxerga e precisa ser encaminhada ao oftalmologista; (d) Ligia está iniciando um processo de autismo, por isso não se comunica com as pessoas e o ambiente.* Resposta certa = b.

O teste foi elaborado por pediatras que atuam com avaliação de desenvolvimento da criança e aplicado a 25 residentes (R) de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sendo 13 R1 e 12 R2. As questões que obtiveram um percentual de acerto abaixo de 80% foram revistas e reformuladas. Sua aplicação aos profissionais envolvidos na pesquisa deu-se antes de receberem um treinamento sobre Vigilância do Desenvolvimento Infantil, sem identificação pessoal. Para os enfermeiros foram consideradas apenas 14 questões, visto que as demais envolviam interpretação de dados de anamnese, exame físico e provas laboratoriais no diagnóstico de doenças, não fazendo parte da competência destes profissionais.

O QPVDC era constituído por 12 perguntas relacionadas às práticas do profissional no

atendimento à criança, referentes à avaliação e orientação às mães sobre o desenvolvimento de seus filhos. Também foi investigado o interesse do profissional em reciclar seus conhecimentos nesta área. Foi aplicado aos profissionais junto com o TDC.

As entrevistas com as mães (EMVD) foram realizadas por uma equipe de seis entrevistadores, nos serviços de saúde, imediatamente após o atendimento realizado pelos profissionais selecionados para a pesquisa, os quais desconheciam o conteúdo da mesma. O questionário era constituído por 12 perguntas, as quais buscavam verificar junto à mãe a atitude do profissional naquele atendimento, relacionada à vigilância do desenvolvimento da sua criança. Para cada profissional selecionado para o estudo foram entrevistadas duas mães de crianças de um a 59 meses, perfazendo-se um total de 320 entrevistas. Entre estas 320 mães, 174 eram de crianças apazadas, ou seja, crianças que foram agendadas para comparecer à unidade de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. As demais compareceram por apresentar intercorrências clínicas ou para entrega de exames.

Para armazenamento e análise das informações coletadas foi criado um banco de dados utilizando-se o programa Epi Info, versão 6.04b. Para a comparação das variáveis categóricas entre os dois grupos utilizou-se o Teste Qui-Quadrado, calculado pelo programa Epi-Table do Epi Info 6.01. Para o cálculo e a comparação das médias foi utilizado o Método de Análise de Variância (programa Epi-Table do Epi Info 6.01). Em todos os testes estatísticos adotou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Quando o valor calculado de p (nível mínimo de significância) permitiu rejeitar a hipótese de nulidade, foi utilizado um asterisco para caracterizá-lo ($* p < 0,05$).

O presente trabalho foi realizado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/Hospital São Paulo e o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados.

Resultados

Quanto ao perfil dos profissionais avaliados, 52,5 % dos médicos do PFS eram formados há menos de cinco anos, enquanto que 55% dos médicos das UMSs eram formados há 15 anos ou mais; 70% dos enfermeiros do PFS e 72,5% das UMSs tinham menos de 10 anos de formados. A maioria dos médicos do PFS eram clínicos gerais (90%) e das UMSs eram pediatras (92,5%). Nenhum profissional avaliado tinha

em seu currículo qualquer curso adicional relacionado a desenvolvimento infantil.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre desenvolvimento infantil, avaliado pelo TDC, observou-se um baixo nível de acerto em relação a todas as categorias profissionais. Houve um melhor desempenho entre os médicos das UMSs em relação aos do PFS, com diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas no número de questões corretas. Quanto aos enfermeiros, o desempenho foi melhor entre os do PFS em relação aos das UMSs, também com diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas no número de questões corretas (Tabela 1).

Na avaliação das práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança, para três perguntas foram consideradas as respostas de todos os profissionais no QPVDC e na EMVD das mães que vieram apenas para consultas apazadas, (nesta pesquisa 174 crianças). Na primeira questão investigou-se a importância que o profissional dá à opinião das mães sobre o desenvolvimento dos seus filhos. A pergunta foi feita para os profissionais no QPVDC (*Você costuma perguntar às mães o que*

elas acham do desenvolvimento dos seus filhos?) e às mães no EMVD (*O profissional que a atendeu perguntou o que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho?*). As respostas foram contraditórias, pois enquanto 64,8% dos profissionais responderam que sim, apenas 21,8% das mães afirmaram o mesmo (Figura 1). Na pergunta dois foi investigado se o profissional avalia rotineiramente o desenvolvimento das crianças. Enquanto que 70,6% dos profissionais afirmaram que sim à pergunta no QPVDC (*Você faz avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças que atende em sua prática diária?*), apenas 27,6% das mães responderam sim à pergunta na EMVD (*O profissional de saúde observou ou lhe perguntou algo sobre o desenvolvimento do seu filho?*) (Figura 2). Na pergunta três investigou-se se o profissional costuma dar à mãe alguma orientação sobre como estimular o desenvolvimento dos seus filhos. Aqui a diferença entre as respostas afirmativas dos profissionais e das mães foi ainda maior, pois enquanto que 70,3% dos profissionais responderam sim no QPVDC (*Você costuma dar às mães alguma orientação como estimular o desenvolvimento dos seus filhos?*), apenas 14,4%

Tabela 1

Número de questões do *Teste sobre Desenvolvimento da Criança*, respondidas corretamente pelos profissionais, segundo categoria e local de atuação. Belém, Pará, Brasil, 2001.

Questões corretas	UMS		Médicos		UMS		Enfermeiros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3	–	–	–	–	1	2,5	1	2,5
4	–	–	–	–	3	7,5	–	–
5	–	–	–	–	5	12,5	–	–
6	–	–	1	2,5	4	10,0	4	10,0
7	1	2,5	2	5,0	4	10,0	6	15,0
8	4	10,0	3	7,5	8	20,0	5	12,5
9	2	5,0	4	10,0	5	12,5	12	30,0
10	2	5,0	8	20,0	7	17,5	7	17,5
11	2	5,0	4	10,0	2	5,0	2	5,0
12	12	30,0	9	22,5	1	2,5	2	5,0
13	2	5,0	4	10,0	–	–	–	–
14	11	27,5	4	10,0	–	–	1	2,5
15	3	7,5	–	–	–	–	–	–
16	1	2,5	–	–	–	–	–	–
17	–	–	1	2,5	–	–	–	–
Total	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0

UMS = Unidades Municipais de Saúde; PFS = Programa da Família Saudável.

Média de acertos entre os médicos das UMSs = 12,1, com desvio padrão de 2,3, * p = 0,03.

Média de acertos entre os médicos do PFS = 10,9, com desvio padrão de 2,3.

Média de acertos entre os enfermeiros das UMSs = 7,6, com desvio padrão de 2,3, * p = 0,03.

Média de acertos entre os enfermeiros do PFS = 8,7, com desvio padrão de 2,0.

responderam afirmativamente no EMVD (*O profissional de saúde lhe orientou como estimular o desenvolvimento do seu filho?*) (Figura 3). Em todas as questões não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas por categoria profissional.

Dos 47 (29,4%) profissionais que afirmaram não fazer avaliação rotineira do desenvolvimento das crianças, 43 (91,5%) apresentaram justificativas que foram agrupadas pelo conteúdo das respostas e estão relatadas na Tabela 2.

Dos 113 profissionais que avaliavam rotineiramente o desenvolvimento da criança, 36 (31,8%) utilizavam algum tipo de escala e 77 (68,2%) faziam avaliação sem auxílio de instrumentos sistematizados, sendo que entre os enfermeiros foi mais freqüente a utilização de alguma escala, com diferença estatisticamente significativa em relação aos médicos ($p^* = 0,006$). Entre os que referiram utilizar alguma escala, a maioria citou os marcos do *Cartão da Criança*. Além desse, o único instrumento referido foi a escala de Denver por três pediatras. A justificativa de grande parte dos profissionais para a não utilização de escalas foi por considerá-las muito complexas, tomando muito tempo para serem aplicadas.

Quando indagados se gostariam de receber algum treinamento sobre como avaliar, o que fazer após a avaliação e como orientar as mães sobre o desenvolvimento de seus filhos, todos os 160 profissionais responderam que “sim”.

Discussão

Apesar da importância de se fazer avaliações nos serviços de saúde, buscando-se sempre alcançar uma melhor qualidade nos cuidados com o paciente (Donabedian, 1978; OMS, 1981), avaliações voltadas aos cuidados com a saúde da criança ainda são pouco realizadas (McGlynn et al., 1995). Uma das dificuldades encontradas na realização desta pesquisa foi encontrar na literatura trabalhos com metodologias semelhantes para podermos comparar os resultados obtidos.

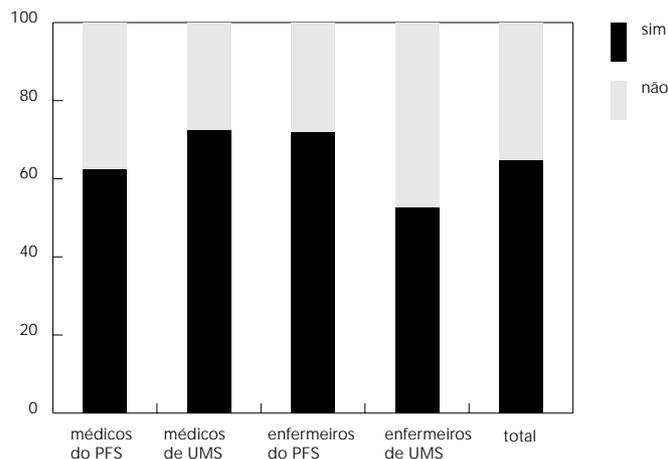
De um modo geral, o nível de conhecimento dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, avaliado por meio da aplicação do TDC, mostrou-se insatisfatório. Entre os médicos das UMSs a média de acertos foi maior quando comparada à dos médicos do PFS. Tal diferença justifica-se pelo fato dos médicos das UMSs serem, em sua grande maioria, pediatras (92,5%), enquanto que os do PFS serem, preponderantemente, clínicos gerais (90%). Quanto aos enfermeiros, a média de acertos foi

Figura 1

Prática dos profissionais em perguntar às mães de crianças apuradas o que acham do desenvolvimento de seus filhos.

Figura 1a

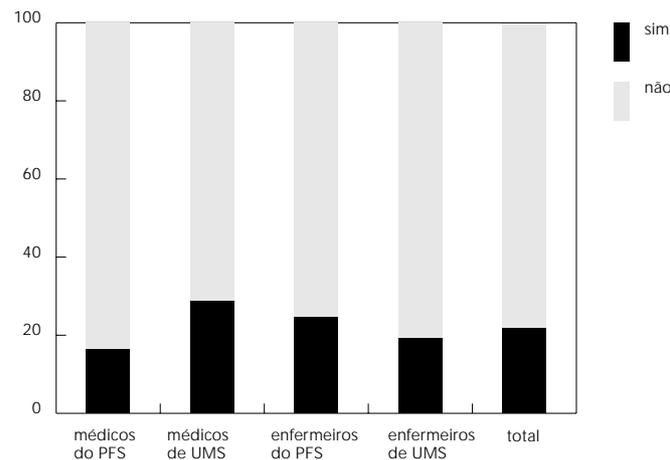
Questionário sobre as Práticas Relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança (%).



Base: 159 profissionais

Figura 1b

Entrevistas com as Mães sobre Vigilância do Desenvolvimento (%).



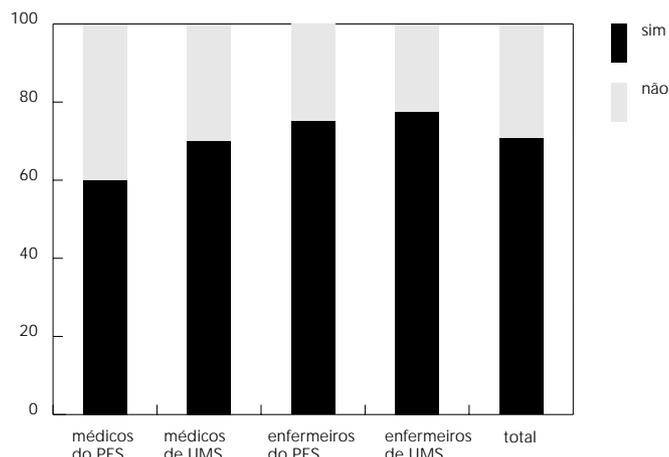
Base: 174 mães

Figura 2

Prática dos profissionais em avaliar rotineiramente o desenvolvimento das crianças aprezadas, segundo categoria e local de atuação.

Figura 2a

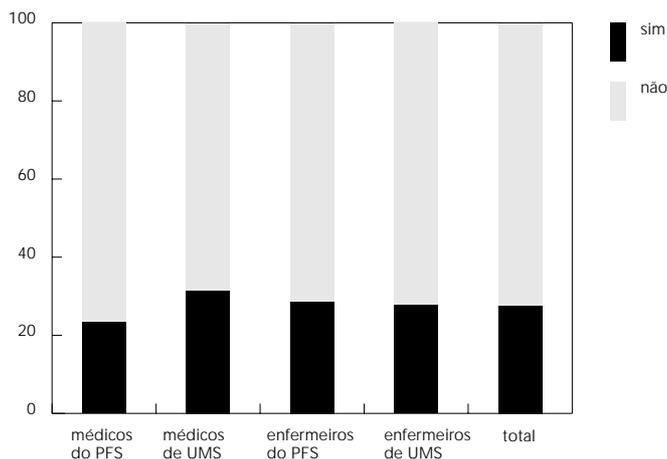
Questionário sobre as Práticas Relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança (%).



Base: 160 profissionais

Figura 2b

Entrevistas com as Mães sobre Vigilância do Desenvolvimento (%).



Base: 174 mães

maior para os do PFS em relação aos das UMSs. Não encontramos justificativas para esta diferença visto que, todos têm a mesma formação acadêmica e apresentam tempo após a conclusão do curso de graduação semelhante. Uma hipótese para justificar esta diferença seria a questão econômica, visto que os enfermeiros do PFS, por terem um emprego com melhor salário, não necessitariam deslocar-se para outros empregos, restando-lhes mais tempo para atualizar-se por meio de leituras e cursos de aperfeiçoamento. Ou talvez, a escolha em trabalhar no PFS já demonstre uma maior preocupação entre esses enfermeiros com a saúde da criança de forma integral, incluindo o seu desenvolvimento.

O reconhecimento pelos profissionais da importância da opinião dos pais sobre desenvolvimento dos seus filhos tem sido reforçado na literatura (Baird & Hall, 1985; Glascoe, 1997, 1999, 2000; Glascoe & Dworkin, 1995; Heiser et al., 1995; Jellink et al., 1989; Stallard, 1993). No presente estudo, constatou-se que teoricamente os profissionais reconhecem este fato, porém na prática diária não buscam a opinião das mães.

Quanto à avaliação do desenvolvimento é possível que os profissionais participantes do presente estudo realizem essa avaliação em um percentual maior do que o referido pelas mães, porém, por não envolvê-las no processo, as mesmas não percebem este procedimento.

O uso de testes de *screening* para avaliação do desenvolvimento, entre pediatras da atenção primária, foi investigado por Smith (1978), da Universidade do Texas. Neste estudo com 121 pediatras, 52% afirmaram que faziam uso de algum teste de *screening* para avaliação do desenvolvimento da criança, porém, apenas 15% a 20% o faziam em mais de 10% dos pacientes atendidos. A escala mais utilizada foi a *Denver Developmental Screening Test*, referida por 48% dos pediatras. A grande barreira para o não uso rotineiro dos testes de *screening* para avaliação do desenvolvimento foi o fator tempo, segundo 83% dos pediatras. A quase totalidade dos mesmos (97,5%) referiram utilizar avaliação não sistematizada do desenvolvimento durante a rotina de exame das crianças.

No presente estudo, a porcentagem de profissionais que afirmaram utilizar algum tipo de escala para avaliar o desenvolvimento das crianças foi de 31,8%. O restante afirmou realizar uma avaliação não sistematizada. A porcentagem de enfermeiros que faziam uso de escala na avaliação do desenvolvimento é bem maior que a dos médicos, entretanto, a escala mais referida foi o *Cartão da Criança*, que na realidade

de não é considerada uma escala de avaliação e sim uma citação de alguns marcos do desenvolvimento neuropsicomotor presentes nas diversas faixas etárias, devendo ser preenchido à época de aquisição dos mesmos pela criança. Mesmo sendo de fácil observação e preenchimento, outras pesquisas demonstraram que o *Cartão da Criança* não costuma ser utilizado pelos profissionais (Brasileiro et al., 2000; Figueiras et al., 2001).

O fato de se utilizar ou não escalas para avaliação do desenvolvimento da criança não mede a qualidade do atendimento nesta área, principalmente se o atendimento está sendo feito por pediatra que, acredita-se, já ter sistematizado sua rotina de avaliação da criança. Porém, para o médico generalista e enfermeiro, acreditamos que um instrumento que sistematize a avaliação do desenvolvimento possa ser um elemento facilitador, pois ajudará a lembrar as várias áreas que devem ser abordadas.

Alguns trabalhos têm demonstrado que profissionais de saúde que atendem crianças, de um modo geral, não costumam conversar com as mães e orientá-las sobre os problemas psicossociais e de desenvolvimento (Horwitz et al., 1992; Sharp et al., 1992). No presente trabalho, 70,3% dos profissionais afirmaram que costumam dar orientações sistematicamente às mães sobre a estimulação do desenvolvimento dos seus filhos, principalmente os enfermeiros do PFS (86,8%). Entretanto, nas entrevistas, 85,6% das mães de crianças aprazadas responderam que não receberam orientação dos profissionais de como estimular o desenvolvimento dos seus filhos.

Comentários finais e recomendações

Poucos são os estudos de avaliação de serviços que tentam identificar as causas da baixa sensibilidade no diagnóstico precoce dos problemas de desenvolvimento infantil. Glascoe & Dworkin (1993) citaram algumas possíveis causas que influenciam o raciocínio clínico dos profissionais, atuando como obstáculos para uma vigilância efetiva do desenvolvimento. Entre elas é citado o fato de o profissional pensar nos problemas de desenvolvimento sempre como casos clássicos de livros, deixando passar despercebidos os moderados e leves. Outras possibilidades seriam o cansaço do profissional, distração, sobrecarga de informações e o fator tempo para as consultas de crianças.

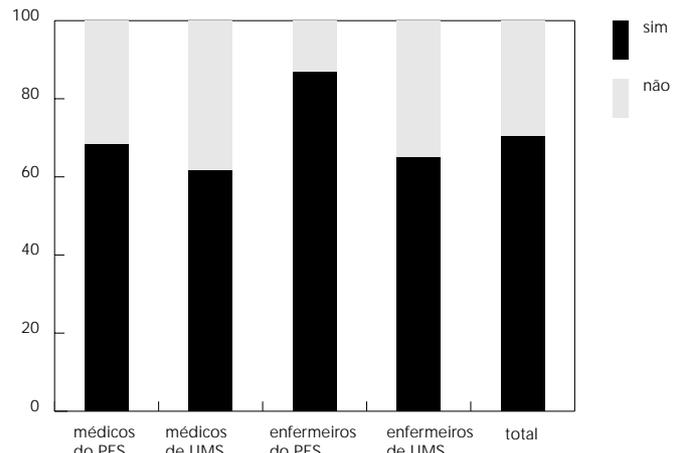
Neste trabalho, procuramos identificar possíveis causas do encaminhamento tardio de crianças com problemas de desenvolvimento no

Figura 3

Prática dos profissionais em orientar as mães de crianças aprazadas como estimular o desenvolvimento de seus filhos.

Figura 3a

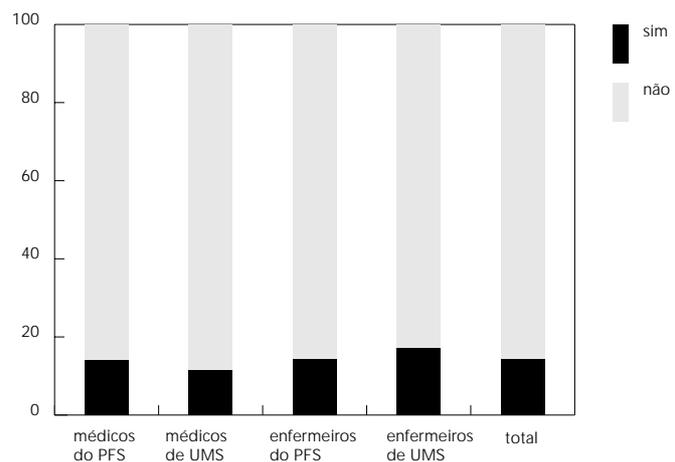
Questionário sobre as Práticas Relacionadas à Vigilância do Desenvolvimento da Criança (%).



Base: 155 profissionais

Figura 3b

Entrevistas com as Mães sobre Vigilância do Desenvolvimento (%).



Base: 174 mães

Tabela 2

Justificativas apresentadas pelos profissionais para não avaliar rotineiramente o desenvolvimento das crianças. Belém, Pará, Brasil, 2001.

Grupo	Justificativa
1	O tempo para consulta é insuficiente, pois a demanda de pacientes é grande, existindo sempre outros problemas na criança que requerem mais atenção.
2	Direcionam o exame para a queixa da mãe, avaliando o desenvolvimento apenas quando percebem atrasos significativos.
3	Falta experiência para fazer este tipo de avaliação.
4	Avaliam apenas as crianças que vêm para consultas agendadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
5	Falta de material e de uma programação sistematizada no serviço de saúde para este tipo de avaliação.
6	Os enfermeiros é que fazem este tipo de avaliação.
7	Avaliam apenas o crescimento e, se percebem algum tipo de problema, encaminham para o pediatra.
8	Avaliam apenas o estado geral da criança e não valorizam muito o desenvolvimento.

Município de Belém. Constatamos que o conhecimento dos profissionais sobre o assunto é falho, sendo um pouco melhor entre os médicos das UMSs. Constatamos também a importância que esses profissionais dão ao tema e seu desejo de atualizarem-se sobre o assunto. Entretanto, o mais preocupante é a constatação de que, apesar desses profissionais saberem da importância e terem conhecimento razoável sobre o assunto, poucos praticam a vigilância do desenvolvimento. Isto foi constatado nas entrevistas realizadas com as mães, onde a maioria delas referiu que não foram indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos, não perceberam a atitude do profissional em relação à avaliação do desenvolvimento, nem foram orientadas sobre como estimulá-los em casa. Estes resultados, à semelhança de outras avaliações voltadas à organização das práticas de saúde relacionadas à criança em nível ambulatorial (Feliciano & Kovacs, 2000), mostram a grande fragilidade das ações voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil.

Levando-se em consideração o interesse unânime dos profissionais na educação continuada sobre desenvolvimento infantil, possíveis soluções para o problema detectado se-

riam a capacitação desses profissionais por meio de cursos sobre desenvolvimento da criança, onde além do conteúdo teórico sobre o assunto, deveriam também contemplar uma reflexão sobre as técnicas de comunicação com as mães, pois pelo observado neste trabalho, são divergentes as informações fornecidas pelos profissionais e estas. E o mais importante seria mostrar a esses profissionais as consequências de um diagnóstico e tratamento tardio para a qualidade de vida dessas crianças, na tentativa de sensibilizá-los para a efetivação da vigilância do desenvolvimento na atenção primária à saúde.

Também facilitaria a operacionalização da vigilância do desenvolvimento se os serviços de saúde normatizassem algumas condutas relacionadas à essa vigilância, principalmente para crianças menores de dois anos, buscando-se identificar, o mais precoce possível, qualquer problema. Para essas crianças, seria necessário estabelecer um fluxo de referência e contra-referência para retroalimentação dos conhecimentos desses profissionais.

Vale também uma reflexão dos responsáveis pelo ensino da pediatria nos cursos de graduação de medicina e enfermagem, assim como nas residências de pediatria, quanto ao conteúdo e metodologia utilizados para o repasse das questões voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil. O depoimento de alguns profissionais avaliados nesta pesquisa, quando indagados por que gostariam de participar de treinamento sobre desenvolvimento infantil, reflete a realidade desses cursos quando diz: *“gostaria de participar deste treinamento por achar importante esta parte da pediatria, tão esquecida pelas universidades, pois nos cursos de graduação foi muito pouco abordado este assunto”*.

Enfim, com um esforço conjunto e uma visão integrada da saúde, não só nos seus aspectos orgânicos, mas também psicoafetivos e sociais, com certeza estaremos proporcionando a todas as crianças, principalmente àquelas com necessidades especiais, chances para atingir todo seu potencial de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida futura.

Referências

- BAIRD, G. & HALL, D. M. B., 1985. Developmental pediatrics in primary care: What should we teach? *BMJ*, 291:583-585.
- BERLIN, L. J.; BROOKS-GUNN, J.; McCARTON, C. & McCORMICK, M. C., 1998. The effectiveness of early intervention: Examining risk factors and pathways to enhanced development. *Preventive Medicine*, 27:238-245.
- BRASILEIRO, M. C.; BELTRÃO, M. M.; PEREZ, E. P. P.; BASTOS, L. N. V. & OLIVEIRA, M. B., 2000. O cartão da criança é adequadamente utilizado nos serviços de saúde? In: XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria, *Anais*, p. 79, Fortaleza: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- DONABEDIAN, A., 1978. The quality of medical care. *Science*, 200:856-864.
- DONABEDIAN, A., 1988. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260:1743-1748.
- FELICIANO, K. V. O. & KOVACS, M. H., 2000. Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil. *Jornal de Pediatria*, 76:27-36.
- FIGUEIRAS, A. C. M.; BARROS, L. C. N.; BARLÊTE, K. C. S.; FARIA, E. C. F.; FERNANDES, M. S. B. & SANTOS, J. R. P., 2001. Uso do cartão da criança no Município de Belém. *Revista Paraense de Medicina*, 15:39.
- GARCIA-NAVARRO, M. E.; TACORONTE, M.; SARDUY, I.; ABDO, R.; GALVIZU, R.; TORRES, A. & LEAL, E., 2000. Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 31: 716-719.
- GLASCOE, F. P., 1997. Parents' concerns about children's development prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99:522-528.
- GLASCOE, F. P., 1999. The validation and standardization of parents' evaluations of developmental status. *Diagnostic*, 23:185-203.
- GLASCOE, F. P., 2000. Evidence-based approach to developmental and behavioral surveillance using parents' concerns. *Child: Care, Health and Development*, 26:137-149.
- GLASCOE, F. P. & DWORKIN, P. H., 1993. Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14:344-349.
- GLASCOE, F. P. & DWORKIN, P. H., 1995. The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, 95:829-836.
- HEISER, A.; GRIMMER, I.; METZE, B & OBLADE, M., 1995. Parents' estimation of psychomotor development in very low birthweight infants. *Early Human Development*, 42:131-139.
- HORWITZ, S. M.; LEAF, P. J.; LEVENTAL, J. M.; FORSYTH, B. & SPEECHLEY, K. N., 1992. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*, 89: 480-485.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2001. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE.
- JELLINK, M.; MURPHY, J. M. & ROBINSON, J., 1989. The pediatric symptom checklist - Screening school aged children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, 8:201-209.
- LIRA, M. I. & GALVEZ, G., 1988. El programa de estimulación precoz: Diez años después de una experiencia piloto. In: *Crecimiento y desarrollo: Hechos y tendencias* (M. Cusminsky, E. Moreno & E. N. S. Ojeda, org.), Publicación científica 510, pp. 383-404, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- McGLYNN, E. A.; HALFON, N. & LEIBOWITZ, A., 1995. Assessing the quality of care for children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149:359-368.
- MOLINA, H.; BEDREGAL, P. & MARGOZZINI, P., 2002. *Revisión Sistemática sobre Eficacia de Intervenciones para el Desarrollo Biosicosocial de la Niñez*. Santiago: Health Promotion and Protection Division/Family Health and Population Program.
- MS (Ministério da Saúde), 1993. *Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: Planejamento e Organização de Serviços*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, MS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1981. *Evaluación de los Programas de Salud*. Geneva: OMS.
- PALFREY, J. S.; SINGER, J. D.; WALKER, D. K. & BUTLER, J. A., 1987. Early identification of children's special needs: A study in five metropolitan communities. *Journal of Pediatrics*, 111:651-659.
- RAMEY, C. T. & RAMEY, S. L., 1998. Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, 27:224-232.
- SESMA (Secretaria Municipal de Saúde de Belém), 2000. *Plano Municipal de Saúde de 2000*. Belém: SESMA.
- SESMA (Secretaria Municipal de Saúde de Belém), 2001. *Relatório das Atividades de 2001/Planejamento para 2002*. Belém: SESMA.
- SESPA (Secretaria Executiva de Saúde do Pará), 2000. *Dados do Programa de Estimulação Precoce - URE-MIA*. Belém: SESPA.
- SHARP, L.; PARENTAL, R. H.; MURPHY, L. O. & LEWIS, C. C., 1992. Psychosocial problems during child health supervision visits: Eliciting, then what? *Pediatrics*, 89:619-623.
- SMITH, R. D., 1978. The use of developmental screening tests by primary-care pediatricians. *Journal of Pediatrics*, 93:524-527.
- STALLARD, P., 1993. The behavior of 3-year-old children: Prevalence and parental perception of problem behavior: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:413-421.
- WHO (World Health Organization), 1995. *Opportunities for All: A Community Rehabilitation Project for Slums*. Manila: WHO.

Recebido em 14 de agosto de 2002

Versão final reapresentada em 3 de abril de 2003

Aprovado em 24 de julho de 2003