

Planejamento da gravidez não interfere no desenvolvimento infantil de crianças de 11 a 23 meses*

Katherine Solís-Cordero¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6012-0245>

Luciana Assis Couto^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-2283-8408>

Luciane Simões Duarte³

 <https://orcid.org/0000-0001-9173-607X>

Ana Luiza Vilela Borges¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Elizabeth Fujimori¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7991-0503>

Objetivo: analisar a relação entre desenvolvimento infantil e planejamento da gravidez e outros aspectos associados. **Método:** estudo transversal conduzido com 125 díades mãe-criança de 11 a 23 meses de idade, frequentadoras de creches localizadas em áreas socialmente desfavoráveis. O desenvolvimento infantil segundo domínios foi avaliado com aplicação do *Ages & Stages Questionnaire-BR* e o planejamento da gravidez por meio do *London Measure of Unplanned Pregnancy*. Mães foram entrevistadas nos domicílios e utilizou-se testes não paramétricos para análise dos dados. **Resultados:** verificou-se 17,6% de gravidez não planejada, 24,8% foram planejadas e 57,6% ambivalentes. O desenvolvimento inadequado nos diferentes domínios variou de 21-40% e não teve associação com o planejamento da gravidez. No entanto, o domínio “comunicação” associou-se com Bolsa Família; os domínios “pessoal/social” e “comunicação” com sexo; ao passo que “pessoal/social”, “coordenação motora ampla” e “coordenação motora fina” foram domínios relacionados com a idade da criança. **Conclusão:** não foi observada relação entre o planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil, porém, a baixa frequência de gestações planejadas e os elevados percentuais de inadequado desenvolvimento infantil mostram a necessidade de se investir na capacitação dos profissionais de saúde, tanto para a atenção em contracepção e saúde pré-concepcional, quanto para a promoção do desenvolvimento infantil, especialmente em contextos socioeconômicos desfavoráveis.

Descritores: Desenvolvimento Infantil; Gravidez Não Planejada; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem de Atenção Primária.

* Apoio financeiro do Núcleo Ciência pela Primeira Infância, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), Brasil.

³ Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Solís-Cordero K, Couto LA, Duarte LS, Borges ALV, Fujimori E. Pregnancy planning does not interfere with child development in children aged from 11 to 23 months old. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3506. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5356.3506>

Introdução

O desenvolvimento infantil envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a aquisição de funções cognitivas e psicossociais⁽¹⁾. Nos países de baixa e média renda, proporção elevada de crianças menores de cinco anos de idade não atinge seu potencial de desenvolvimento, com prejuízo na capacidade de aprendizagem e nas habilidades sociais e emocionais, com impactos negativos na qualidade de vida futura⁽²⁾.

Muitas variáveis têm sido associadas ao desenvolvimento infantil, como as condições sociais⁽³⁻⁴⁾, a escolaridade e trabalho materno⁽⁵⁻⁶⁾, a idade da mãe⁽⁷⁾ e a atenção pré-natal⁽⁸⁾, além de variáveis inerentes à criança como idade, sexo e prematuridade ao nascer⁽⁵⁾. Ressalta-se que a interação da criança com outras pessoas e com o ambiente social é a base para o desenvolvimento de aptidões que continuarão ao longo da vida⁽⁴⁾.

O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na concepção, mas a associação entre o planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil tem sido pouco analisada. No Reino Unido, estudo de coorte revelou que crianças cujas mães relataram ter gestações não planejadas apresentavam pior desenvolvimento cognitivo aos três e cinco anos de idade, mas essa associação desapareceu quando ajustada por variáveis socioeconômicas⁽⁹⁾. No Brasil, a única pesquisa que investigou essa relação evidenciou que não é o planejamento, mas sim a aceitação da gravidez, que se associa com o desenvolvimento infantil, de forma que filhos de mulheres que não aceitaram a gestação apresentavam maior dificuldade no desenvolvimento da linguagem e da coordenação motora-fina aos quatro anos, comparados a crianças de mães que aceitaram a gestação até o 4º mês⁽¹⁰⁾. Em outra coorte do Reino Unido, verificou-se também que crianças cujas mães relataram não ter desejado a gravidez apresentavam menor escore de desenvolvimento socioemocional aos cinco anos de idade⁽¹¹⁾. Na Índia, crianças de sete e oito anos que nasceram de mulheres com gravidez não intencional tiveram piores resultados na avaliação de vocabulário, habilidades matemáticas e leitura⁽¹²⁾. Entretanto, estudo norte-americano não encontrou qualquer associação entre intenção de engravidar e o desenvolvimento infantil cognitivo ou socioemocional⁽¹³⁾.

É importante ressaltar que os estudos citados usaram estratégias diferenciadas para mensurar o que se chamou de intenção de engravidar, o que pode limitar a comparação e contribuir para a inconsistência dos achados. No entanto, há instrumentos que incorporam aspectos fundamentais do planejamento de uma gravidez, que envolve desejo, intenção, apoio do parceiro e medidas relacionadas à concepção, tal como o *London Measure of Unplanned Pregnancy*⁽¹⁴⁾, o qual encontra-se traduzido e validado para uso no Brasil⁽¹⁵⁾ e em outros países⁽¹⁶⁾. Desta

forma, considerando a disponibilidade de um instrumento de medida confiável do planejamento da gravidez e que há controvérsias quanto à associação com o desenvolvimento infantil, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre desenvolvimento infantil e planejamento da gravidez e outros aspectos associados.

Método

Delineamento do estudo

Estudo transversal que integrou uma investigação mais ampla intitulada "Programa BEM (Brincar Ensina a Mudar): o brincar na rotina diária para a promoção do desenvolvimento infantil".

Local do estudo

As famílias participantes foram recrutadas em Centros de Educação Infantil (CEI) de um distrito periférico do município de São Paulo, área socialmente desfavorável, com quase 7 mil famílias em extrema pobreza, mais de 15,5 mil famílias cadastradas em programas de distribuição de renda e mais de 15% de grávidas adolescentes⁽¹⁷⁾.

Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram mães e seus filhos de 11 a 23 meses de idade. Participaram do estudo, 125 díades que cumpriram os critérios de elegibilidade: crianças com idade entre 11 e 23 meses no momento do recrutamento, matriculadas nos CEI selecionados, cuja mãe biológica era responsável pelo cuidado diário. O critério de exclusão foi a criança apresentar condições clínicas que interferem no curso típico do desenvolvimento infantil.

Variáveis do estudo

O desenvolvimento infantil (DI), variável dependente do estudo, foi avaliado por meio da versão brasileira do *Ages & Stages Questionnaire (ASQ-BR)*⁽¹⁸⁾, destinado à avaliação de crianças de seis a 60 meses de idade. O instrumento é composto por 18 questionários, um para cada intervalo etário, e avalia o desenvolvimento infantil em cinco domínios: a) comunicação, b) coordenação motora ampla, c) coordenação motora fina, d) resolução de problemas, e) pessoal/social. Para crianças nascidas prematuramente, utilizou-se o ajuste de idade⁽¹⁸⁾. Todos os questionários apresentam a mesma estrutura, composta por cinco blocos, um para cada domínio, com seis questões cada, de maneira que ao final, há um total de 30 perguntas. As questões são específicas para avaliar determinada atividade, com possibilidade de três respostas: "sim", caso a criança consiga realizar a atividade todas as vezes; "às vezes", quando nem sempre

a criança consegue realizar a atividade com êxito; “ainda não” quando a criança não consegue ou nunca realizou a atividade⁽¹⁸⁾. Para cada domínio, a criança obtém uma pontuação entre 0 e 60, que é classificada por faixa etária como “desenvolvimento infantil adequado” ou “desenvolvimento infantil inadequado”. O ASQ-BR tem adequada consistência interna, os distintos questionários utilizados na pesquisa para cada faixa etária apresentaram Alfa de Cronbach $\geq 0,60$.

O planejamento da gravidez, variável independente principal, foi mensurado por meio da versão brasileira do *London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)*⁽¹⁵⁾. Trata-se de um instrumento composto por seis perguntas que se referem ao uso de anticoncepcionais, contexto da maternidade, intenção, desejo de ter um bebê, discussão com o parceiro e preparo pré-concepcional. Para cada uma das perguntas, as respostas podem variar de 0 a 2 pontos, de forma que, com a somatória dos pontos, é possível classificar a gravidez como planejada (10-12 pontos); ambivalente (4-9 pontos) ou não planejada (0-3 pontos). A LMUP apresenta adequada consistência interna com Alfa de Cronbach = 0,813.

As covariáveis referiram-se às *características socioeconômicas*: faixa de renda familiar mensal (até 1 salário mínimo; entre 1 e 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos), recebimento de Bolsa Família (sim/não), situação conjugal (com/sem companheiro), escolaridade da mãe em anos de estudo (5-9; 10-12; ≥ 13) e trabalho materno (empregada/desempregada); *características maternas*: idade no nascimento da criança em anos (≤ 19 ; 20-29; ≥ 30), número de filhos (1; > 1), realização de pré-natal (sim/não), número de consultas pré-natais realizadas (< 6 ; ≥ 6); e *características infantis*: idade da criança em meses (≤ 12 ; 13-15; 16-18; ≥ 19), sexo (masculino/feminino), prematuridade ao nascer (sim/não). Bolsa Família refere-se ao programa de combate à pobreza e à desigualdade do governo do Brasil, que inclui como um dos seus eixos um complemento de renda⁽¹⁹⁾. O número de consultas de controle pré-natal foi delimitado conforme recomendação do Ministério da Saúde, que considera 6 como número mínimo de consultas para um pré-natal adequado; e prematuridade ao nascer foi definida como a criança que nasceu antes de completar 37 semanas de gestação⁽²⁰⁾.

Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas previamente agendadas, realizadas no domicílio, com duração média de 1h30min, no período de julho de 2019 a março de 2020, por entrevistadores treinados, profissionais e estudantes de graduação da área

da saúde, que utilizaram *tablets* com formulários inseridos no *software* REDCap (*Research Electronic Data Capture*).

Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* Stata versão 15.0. Os resultados foram descritos por meio de frequências absolutas e relativas, médias (\bar{x}) e desvios padrão (dp). Desenvolvimento infantil e planejamento da gravidez foram analisados como variáveis quantitativas contínuas, considerando-se que quanto maior a pontuação final, melhor foi o desenvolvimento infantil (0-60 pontos), da mesma forma que, quanto mais alta a pontuação final, maior foi o planejamento da gravidez (0-12 pontos). A distribuição normal das variáveis foi verificada com a aplicação do teste Shapiro-Wilk, adotando-se o nível de significância de 5%. As variáveis dependente (desenvolvimento infantil) e independente (planejamento da gravidez) não apresentaram distribuição normal, portanto foram utilizados os testes não paramétricos para amostras independentes Mann-Whitney (comparação de médias para variáveis qualitativas com duas categorias) e Kruskal-Wallis (comparação de médias para variáveis qualitativas com três ou mais categorias). Foi também utilizado o teste de correlação de Spearman para avaliar associação entre as variáveis dependente e independente. A magnitude do coeficiente da correlação foi interpretada como forte quando o valor foi igual ou maior do que 0,8; moderada quando o valor foi entre 0,6 e 0,7; razoável quando o valor foi entre 0,3 e 0,5 e fraca quando o valor foi menor do que 0,3⁽²¹⁾. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

O projeto da investigação mais ampla foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação José Luiz Egydio Setúbal, sob o parecer substanciado número 3.448.089.

Resultados

Apresentam-se na Tabela 1 as características socioeconômicas, maternas e infantis. Mais da metade das famílias tinha renda mensal de cerca de 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1000,00-3000,00); um quinto recebia Bolsa Família, três quartos das mulheres tinham companheiro, dois terços estavam empregadas, tinham média de 12,2 anos de estudo, no nascimento da criança estudada tinham média de 28,7 anos, mais da metade tinha mais de um filho, quase a totalidade fez pré-natal e, destas, a grande maioria realizou seis ou mais consultas. As crianças tinham média de 16,2 meses de idade, mais da metade era do sexo masculino e 8,8% nasceram prematuras.

Tabela 1 - Características socioeconômicas, maternas e infantis dos participantes (n=125). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
<i>Socioeconômicas</i>		
Renda familiar mensal (em R\$)		
Até 1 salário mínimo*	31	24,8
Entre 1 e 3 salários mínimos	69	55,2
Mais de 3 salários mínimos	25	20,0
Recebe Bolsa Família		
Sim	24	19,2
Não	101	80,8
Situação conjugal		
Com companheiro	93	74,4
Sem companheiro	32	25,6
Escolaridade materna (anos de estudo) x (dp) [†]	12,2 (3,0)	
5-9	26	20,8
10-12	51	40,8
≥13	48	38,4
Trabalho materno		
Empregada	81	64,8
Desempregada	44	35,2
<i>Maternas</i>		
Idade no nascimento da criança (anos) x (dp)	28,7 (7,2)	
≤19	14	11,2
20-29	57	45,6
≥30	54	43,2
Número de filhos x (dp)	1,9 (1,2)	
1	57	45,6
>1	68	54,4
Realizou pré-natal		
Sim	123	98,4
Não	2	1,6
Número de consultas pré-natais [‡] x (dp)	9,9 (3,8)	
<6	13	11,3
≥6	102	88,7
<i>Infantis</i>		
Idade (meses) x (dp)	16,2 (3,4)	
≤12	23	18,4
13-15	28	22,4
16-18	36	28,8
≥19	38	30,4
Sexo		
Masculino	69	55,2
Feminino	56	44,8
Prematuridade		
Sim	11	8,8
Não	114	91,2

*Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020; [†]x (dp) = média (desvio padrão); [‡]Não se obtiveram dados para a totalidade da amostra

No que se refere ao planejamento da gravidez (Tabela 2), 17,6% das mulheres não planejaram a gravidez; um quarto havia planejado e mais da metade das gravidezes foi classificada como ambivalente. Quanto ao desenvolvimento infantil, mais de 60% das crianças tinham desenvolvimento adequado em todos os domínios (DI adequado), com maior porcentagem no domínio "pessoal/social" (79,2%) e menor porcentagem no domínio "coordenação motora fina" (60,0%).

Tabela 2 - Distribuição do planejamento da gravidez e do desenvolvimento infantil (n=125). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
<i>Planejamento da gravidez x (dp)*</i>		
Não planejada	22	17,6
Planejada	31	24,8
Ambivalente	72	57,6
<i>Desenvolvimento infantil</i>		
<i>Comunicação x (dp)</i>		
Adequado	86	68,8
Inadequado	39	31,2
<i>Coordenação motora ampla x (dp)</i>		
Adequado	95	76,0
Inadequado	30	24,0
<i>Coordenação motora fina x (dp)</i>		
Adequado	75	60,0
Inadequado	50	40,0
<i>Resolução de problemas x (dp)</i>		
Adequado	92	73,6
Inadequado	33	26,4
<i>Pessoal/social x (dp)</i>		
Adequado	99	79,2
Inadequado	26	20,8

*x (dp) = média (desvio padrão)

A análise dos escores do planejamento da gravidez segundo as características socioeconômicas, maternas e infantis (Tabela 3) mostrou que mães que não recebiam Bolsa Família apresentavam média significativamente maior de escore de planejamento da gravidez ($p=0,0271$), da mesma forma que mães com companheiro ($p=0,0013$) e que fizeram 6 ou mais consultas pré-natais ($p=0,0230$). Verificou-se correlação positiva do planejamento da gravidez com escolaridade materna ($p=0,0037$) e idade da mãe no nascimento da criança ($p=0,0004$) e correlação negativa com número de filhos ($0,0380$).

Tabela 3 - Distribuição dos escores do planejamento da gravidez segundo variáveis socioeconômicas, maternas e infantis (n=125). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variáveis categóricas	Planejamento da gravidez	
	x (dp)†	p
<i>Socioeconômicas</i>		
Renda familiar mensal		0,2909
Até 1 salário mínimo*	5,9 (2,8)	
Entre 1 e 3 salários mínimos	6,7 (3,1)	
Mais de 3 salários mínimos	7,2 (3,2)	
Recebe Bolsa Família		0,0271
Sim	5,3 (2,6)	
Não	6,9 (3,1)	
Situação conjugal		0,0013
Com companheiro	7,1 (3,0)	
Sem companheiro	5,1 (2,8)	
Trabalho		0,3669
Empregada	6,8 (3,0)	
Desempregada	6,2 (3,0)	
<i>Maternas</i>		
Realizou o pré-natal		0,0600
Sim	6,7 (3,0)	
Não	3,0 (0,0)	
Número de consultas de pré-natal‡		0,0230
<6	4,9 (2,3)	
≥6	7,0 (3,1)	
<i>Infantis</i>		
Sexo		0,2622
Masculino	6,9 (2,9)	
Feminino	6,3 (3,2)	
Prematuridade		0,4250
Sim	7,4 (3,8)	
Não	6,5 (3,0)	
Variáveis contínuas	R	p
Escolaridade da mãe (anos de estudo)	0,2581	0,0037
Idade da mãe no nascimento da criança (anos)	0,3146	0,0004
Número de filhos	-0,1858	0,0380
Idade da criança (meses)	0,0191	0,8324

*Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020; †x (dp) = média (desvio padrão); ‡Não se obtiveram dados para a totalidade da amostra

Os escores de todos os domínios do desenvolvimento infantil segundo variáveis socioeconômicas, maternas e infantis encontram-se na Tabela 4. No domínio "comunicação", crianças de famílias que recebiam Bolsa Família e crianças do sexo feminino apresentaram média significativamente maior ($p < 0,05$). Constatou-se correlação positiva dos domínios "coordenação motora

ampla" e "coordenação motora fina" com a idade da criança ($p < 0,05$). O domínio "resolução de problemas" não mostrou associação com nenhuma das variáveis analisadas, e no domínio "pessoal/social", crianças do sexo feminino apresentaram média significativamente maior ($p < 0,05$) e houve correlação positiva dessa variável com a idade da criança ($p = 0,0014$).

Tabela 4 - Distribuição dos escores dos domínios do desenvolvimento infantil segundo variáveis socioeconômicas, maternas e infantis (n=125). São Paulo, SP, Brasil. 2020

Variáveis categóricas	Domínios do desenvolvimento infantil									
	Comunicação		Coord. motora ampla		Coord. motora fina		Resol. de problemas		Pessoal/social	
	x (dp) [†]	P	x (dp)	p	x (dp)	p	x (dp)	p	x (dp)	p
<i>Socioeconômicas</i>										
Renda familiar mensal (R\$)		0,4136		0,7441		0,2686		0,2804		0,3549
Até 1 salário mínimo*	38,2 (15,3)		48,4 (15,6)		43,1 (13,3)		41,1 (12,6)		44,5 (10,8)	
Entre 1 e 3 salários mínimos	42,1 (13,8)		48,6 (13,6)		44,9 (11,9)		45,0 (11,3)		47,9 (10,6)	
Mais de 3 salários mínimos	43,2 (14,1)		50,6 (12,6)		48,0 (13,0)		45,4 (11,6)		47,0 (11,1)	
Recebe Bolsa Família		0,0094		0,8220		0,4714		0,0882		0,2035
Sim	47,3 (14,4)		48,5 (16,2)		46,7 (11,9)		48,1 (8,8)		49,4 (10,1)	
Não	40,1 (13,9)		49,1 (13,3)		44,6 (12,6)		43,2 (12,2)		46,3 (10,9)	
Situação conjugal		0,4699		0,3100		0,1371		0,7696		0,4156
Com companheiro	42,0 (13,8)		50,1 (12,5)		46,2 (11,5)		44,0 (11,7)		47,4 (10,5)	
Sem companheiro	39,5 (15,4)		45,8 (17,0)		41,7 (14,7)		44,5 (11,9)		45,3 (11,7)	
Trabalho materno		0,6089		0,4152		0,3815		0,2060		0,3871
Empregada	40,9 (14,8)		49,5 (13,3)		45,5 (13,0)		45,0 (12,0)		46,4 (10,4)	
Desempregada	42,3 (13,3)		48,0 (14,8)		44,2 (11,5)		42,5 (11,2)		47,7 (11,6)	
<i>Maternas</i>										
Realizou o pré-natal		0,4153		0,3013		0,9601		0,1193		0,0523
Sim	41,5 (14,3)		49,0 (13,9)		45,0 (12,4)		44,4 (11,6)		46,6 (10,7)	
Não	35,0 (7,1)		45,0 (7,1)		45,0 (21,2)		30,0 (14,1)		60,0 (0,0)	
Número de consultas pré-natal [†]		0,8132		0,2847		0,0696		0,1307		0,8894
<6	40,4 (15,5)		43,8 (18,7)		39,2 (12,9)		49,2 (8,6)		47,3 (9,0)	
≥6	41,7 (14,3)		49,6 (13,0)		45,8 (12,4)		43,9 (11,4)		46,2 (11,1)	
<i>Infantis</i>										
Sexo		0,0109		0,0845		0,8499		0,3208		0,0189
Masculino	38,2 (15,4)		47,5 (14,5)		44,4 (13,6)		43,1 (12,3)		44,8 (11,2)	
Feminino	45,3 (11,7)		50,8 (12,8)		45,8 (10,9)		45,4 (11,0)		49,5 (9,8)	
Prematuridade		0,2035		0,9278		0,8908		0,5070		0,3209
Sim	35,9 (16,1)		45,0 (21,3)		45,0 (13,0)		40,9 (16,2)		50,0 (10,0)	

(continua na próxima página...)

Variáveis categóricas	Domínios do desenvolvimento infantil									
	Comunicação		Coord. motora ampla		Coord. motora fina		Resol. de problemas		Pessoal/social	
	x (dp) [†]	P	x (dp)	p	x (dp)	p	x (dp)	p	x (dp)	p
Não	41,9 (14,0)		49,3 (13,0)		45,0 (12,5)		44,4 (11,3)		46,6 (10,8)	
Variáveis contínuas	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Escolaridade materna (anos)	0,0212	0,8145	-0,0613	0,4974	0,1319	0,1426	0,1265	0,1598	-0,0742	0,4112
Idade mãe nascimento (anos)	-0,0519	0,5656	0,1102	0,2211	0,0394	0,6630	-0,0301	0,7391	-0,1463	0,1035
Número de filhos	-0,0895	0,3209	-0,0187	0,8363	-0,0448	0,6195	0,0064	0,9440	-0,1347	0,1342
Idade da criança (meses)	-0,1487	0,0980	0,3777	<0,001	0,2271	0,0109	-0,1480	0,0996	0,2836	0,0014

*Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020; [†]x (dp) = média (desvio padrão); [†]Não se obtiveram dados para a totalidade da amostra

A análise de correlação entre o escore do planejamento da gravidez e os domínios do desenvolvimento infantil mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre essas variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 5 - Correlação entre o escore do planejamento da gravidez e os domínios do desenvolvimento infantil. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Domínios do desenvolvimento infantil	Planejamento da gravidez	
	R	p
Comunicação	-0,0430	0,6339
Coord. motora ampla	-0,0038	0,9661
Coord. motora fina	0,0641	0,4775
Resolução de problemas	-0,0839	0,3525
Pessoal/social	0,0203	0,8220

Discussão

O presente estudo avaliou o planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil de crianças de 11 a 23 meses de idade e não constatou qualquer correlação entre essas variáveis. Este achado reitera resultados encontrados nos escassos estudos que avaliaram tal correlação no Reino Unido⁽⁹⁾ e no Brasil⁽¹⁰⁾.

O planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil são temas de particular interesse para a enfermagem, considerando seu papel de destaque na atenção à saúde materno-infantil, especialmente na atenção primária à saúde. Quando se trata da saúde da criança, o acompanhamento do desenvolvimento infantil é uma ação prioritária e transversal dentre as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que se inicia ainda no período pré-concepcional, se intensifica no pré-natal e se estende até as consultas de puericultura.

Desta forma, os resultados do estudo contribuem para a prática da enfermagem ao fornecer conhecimento para subsidiar a longitudinalidade do cuidado e a promoção do desenvolvimento infantil antes, durante e depois da gravidez.

Destaca-se que o presente estudo utilizou um instrumento validado para mensurar o planejamento da gravidez⁽¹⁴⁾, que também considera questões importantes na dinâmica da intencionalidade de engravidar, como a relação com o parceiro e as ambivalências, tendo em vista que nem sempre a mulher/casal consegue expressar claramente seus desejos e intenções reprodutivas⁽²²⁾. Assim, frente à falta de uniformidade nos termos e nas medidas empregadas para se avaliar o planejamento da gravidez em diversos estudos, considera-se que os resultados do presente estudo representam um avanço por ter utilizado um instrumento especificamente desenvolvido para medir o planejamento da gravidez, traduzido e validado para o contexto brasileiro⁽¹⁵⁾.

Os resultados obtidos quanto ao planejamento da gravidez mostraram que apenas 25% das gestações haviam sido planejadas, proporção inferior ao 33% encontrado entre mulheres avaliadas no momento em que procuravam os serviços de saúde para confirmar a gravidez e obtinham resultado positivo⁽²³⁾ e associou-se especialmente com as variáveis socioeconômicas, não recebimento de Bolsa Família, situação conjugal e escolaridade da mãe, em acordo com os achados de outros estudos⁽²³⁻²⁴⁾ e condizente com as evidências de que as gestações não planejadas e não intencionais são mais frequentes em contextos de maior desvantagem social e econômica⁽²⁵⁾.

A baixa proporção de gestações planejadas indica a necessidade de intervenções com vistas a aumentar a sua ocorrência. Neste sentido, os profissionais de enfermagem têm um papel importante devido a que os espaços de

promoção da saúde na atenção primária como as consultas de contracepção, coleta de citologia cervical, consulta pós-natal e atividades com adolescentes nas escolas, representam uma oportunidade valiosa para realizar a atenção contraceptiva e pré-concepcional adequadas⁽²⁶⁾. Ademais, essas intervenções devem ser orientadas principalmente às mulheres de grupos sociais mais desfavorecidos⁽²⁷⁾, como destacam os resultados obtidos.

Não ter encontrado associação entre o planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil é um resultado significativamente favorável, pois indica que, ainda que o número de crianças nascidas de mulheres cuja gravidez foi classificada como não planejada seja elevado, essa condição não interfere no desenvolvimento infantil. É possível conjecturar que crianças cujas mães não planejaram a gravidez têm as mesmas possibilidades de alcançar seu potencial de desenvolvimento quando comparadas às crianças nascidas de mães que planejaram a gravidez.

Nesse âmbito, a discussão é se os efeitos da gestação não planejada nos resultados obstétricos e infantis descritos na literatura não advêm de outro elemento, que seria a aceitação da gravidez, como evidenciado em estudo brasileiro⁽¹⁰⁾. Assim, outro estudo⁽²⁸⁾ instiga os estudiosos a repensarem se é mesmo o planejamento da gravidez, ou seja, algo que ocorre antes da concepção, que produz qualquer resultado adverso dessa gestação, seja no pré-natal, parto ou após o nascimento, ou se seria o fato de a mulher/casal aceitar uma gravidez em curso, independentemente se planejada ou não. Isso porque, ao aceitar a gravidez, as mulheres e casais têm a possibilidade de adotar comportamentos e tomar medidas para que a gravidez seja saudável. Portanto, é fundamental que as intervenções de enfermagem no período pré-natal incluam cuidados especiais no acompanhamento das famílias que não planejaram a gravidez, especialmente àquelas que não a aceitaram, com vistas a favorecer os resultados obstétricos e infantis.

É importante salientar também que há questionamentos sobre a validade das informações acerca da intenção de engravidar quando são obtidas após o nascimento, justificado pelo fato de que mães e pais se envolvem com os filhos e passam a considerar a gravidez como desejada, de forma que a medida da intenção da gravidez pode ter algum erro e as estimativas de seu efeito no desenvolvimento infantil podem ser tendenciosas⁽¹³⁾. De toda forma, mesmo que a gravidez não tenha sido intencional, se os pais se envolvem com a gravidez, podem passar a considerá-la desejada, o que proporcionaria um envolvimento positivo ao desenvolvimento dos filhos.

A proporção de crianças que apresentaram desenvolvimento inadequado, nos diferentes domínios avaliados, corrobora resultados prévios para a população brasileira que constataram percentuais entre 17% e 30%

de crianças com provável atraso no desenvolvimento⁽²⁹⁾. Ademais, reiteram as estimativas globais de que nos países de baixa e média renda, 43% das crianças menores de cinco anos correm o risco de não alcançar seu potencial máximo de desenvolvimento devido à extrema pobreza⁽³⁰⁾. O elevado percentual de crianças com desenvolvimento inadequado chama a atenção para a necessidade de se continuar a investir na promoção do desenvolvimento infantil, com ações que favoreçam e fomentem o estabelecimento de interações adulto-criança fortes e duradouras.

Intervenções direcionadas à promoção da parentalidade positiva constituem ferramentas promissoras para melhorar as práticas parentais e o desenvolvimento infantil em países de baixa e média renda⁽³¹⁾. Para tanto, é crucial que os profissionais da área da saúde, principalmente de enfermagem, tenham capacitação para acompanhar as famílias durante todo o processo de preparação para a chegada do bebê e, posteriormente, sejam capazes de reconhecer as situações de risco para o desenvolvimento da criança. Na atenção primária à saúde, os profissionais de enfermagem se destacam pela posição privilegiada de contato que mantêm com as crianças e familiares, especialmente durante os primeiros anos de vida⁽³²⁾, quando se estabelecem as bases para o adequado desenvolvimento cerebral. Dessa forma, os profissionais de enfermagem devem aproveitar a consulta de puericultura para orientar as famílias sobre a importância da interação adulto-criança, com envolvimento em atividades do seu cotidiano, de forma a contribuir para que a criança possa alcançar seu potencial máximo de desenvolvimento.

Associaram-se ao desenvolvimento infantil principalmente as variáveis infantis, pois dois domínios associaram-se ao sexo da criança e três mostraram correlação positiva com a idade, apesar de evidências consistentes apontarem expressiva influência do contexto social e econômico no desenvolvimento dos indivíduos, desde os primeiros anos de vida⁽³³⁾. No presente estudo, constatou-se somente uma associação estatisticamente significativa com uma variável socioeconômica, qual seja, maior média do domínio da comunicação entre crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Esse achado resulta de especial interesse, pois parece sugerir uma contribuição positiva desse programa de transferência de renda a famílias em situação de extrema pobreza no desenvolvimento infantil. Pesquisas que avaliaram o impacto dos programas de transferência de renda focaram especialmente na nutrição das crianças: revisão que incluiu nove pesquisas primárias e duas revisões de literatura mostrou resultados positivos do Programa Bolsa Família na segurança alimentar, ingestão de alimentos e indicadores antropométricos das crianças⁽³⁴⁾; pesquisa

que avaliou o impacto do Programa Bolsa Família na escolaridade das crianças mostrou que o programa aumentou a participação das meninas na escola⁽³⁵⁾. Não ter observado associação entre desenvolvimento infantil e outras condições socioeconômicas aqui neste estudo poderia ser explicado pelo fato de as famílias apresentarem características bastante similares, uma vez que as crianças frequentavam centros de educação infantil localizados em áreas socialmente desfavoráveis.

Destacam-se como limitações deste estudo o fato de as famílias terem sido recrutadas em apenas um distrito do município de São Paulo e a obtenção dos dados sobre o planejamento da gravidez ter ocorrido 11 a 23 meses após o nascimento da criança, que pode ter sofrido viés de memória, embora o LMUP tenha se mostrado um instrumento estável. Ademais, por se tratar de estudo transversal, não é possível determinar a relação causa-efeito dos resultados apresentados, o que resulta na necessidade da realização de estudos longitudinais.

Apesar dessas limitações, nossos resultados contribuem para ampliar o conhecimento, atualmente escasso, em relação à temática estudada. Além disso, este é um estudo pioneiro que analisou a associação entre o desenvolvimento infantil e o planejamento da gravidez, com uso de um instrumento validado para uso no Brasil⁽¹⁵⁾. Para estudos futuros, é interessante investigar o vínculo ou a qualidade da interação entre a mãe e a criança, conforme a classificação do planejamento da gravidez (não planejada, ambivalente e planejada), e qual a influência que podem exercer no desenvolvimento infantil, buscando evidência que permita confirmar a hipótese de que a interação e o vínculo desde o período pré-natal influenciam o desenvolvimento infantil mais do que a condição do planejamento da gravidez. Como o presente estudo incluiu apenas crianças com idade entre 11 e 23 meses, poderia se considerar a inclusão de outras faixas etárias em investigações futuras.

Conclusão

Não se observou relação entre o planejamento da gravidez e o desenvolvimento infantil em crianças residentes em áreas socialmente desfavoráveis, de forma que o planejamento da gravidez não interfere no desenvolvimento infantil de crianças de 11 a 23 meses de idade, mas a baixa frequência de gestações planejadas e os elevados percentuais de inadequado desenvolvimento infantil mostram a necessidade de se investir na capacitação dos profissionais de saúde, tanto para a atenção em contracepção e pré-concepcional, quanto para a promoção do desenvolvimento infantil, especialmente em contextos socioeconômicos desfavoráveis.

Agradecimentos

Agradecemos às famílias participantes, às coletoras de dados e ao Prof. Dr. Alberto Figueiras e Prof. Dr. Jesus Landeira-Fernandez pela autorização do uso do ASQ-BR na pesquisa.

Referências

1. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389:77-90. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
2. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91-102. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
3. Oliveira CLVR, Palombo CNT, Toriyama ATM, Veríssimo MOR, Castro MC, Fujimori E. Health inequalities: child development in different social groups. *Rev Esc Enf USP*. 2019;53:1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018037103499>
4. Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020 Oct 28;371:m3048. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
5. Donald KA, Wedderburn CJ, Barnett W, Nhapi RT, Rehman AM, Stadler JAM, et al. Risk and protective factors for child development: an observational South African birth cohort. *PLoS Med*. 2019;16(9):1-20. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002920>
6. Díaz A, Bacallao Gallestey J, Vargas-Machuca R, Aguilar Velarde R. Child development in poor areas of Peru. *Child development in poor areas of Peru. Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e71. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.71>
7. Falster K, Hanly M, Banks E, Lynch J, Chambers G, Brownell M, et al. Maternal age and offspring developmental vulnerability at age five: a population-based cohort study of Australian children. *PLoS Med*. 2018;15(4):32-49. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002558>
8. Liu X, Behrman JR, Stein AD, Adair LS, Bhargava SK, Borja JB, et al. Prenatal care and child growth and schooling in four low- and medium-income countries. *PLoS One*. 2017 Feb 3;12(2):e0171299. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171299>
9. Carson C, Kelly Y, Kurinczuk JJ, Sacker A, Redshaw M, Quigley MA. Effect of pregnancy planning and fertility treatment on cognitive outcomes in children at ages 3 and 5. *BMJ*. 2011;343:1-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4473>

10. Marin AH, Falceto OG, Collares M, Lorenzoni PL, Ferrando JO, Fernandes CLC, et al. Unwanted pregnancy and children development at four years of age in Vila Jardim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(25):240-6. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(25\)533](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(25)533)
11. Saleem HT, Surkan PJ. Parental pregnancy wantedness and child social-emotional development. *Matern Child Health J*. 2014;18(4):930-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1320-z>
12. Singh A, Upadhyay AK, Singh A, Kumar K. The association between unintended births and poor child development in India: evidence from a longitudinal study. *Stud Fam Plann*. 2017;48(1):55-71. doi: <https://doi.org/10.1111/sifp.12017>
13. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*. 2000;37(1):83-94. doi: <https://doi.org/10.2307/2648098>
14. Barrett G, Wellings K. What is a "planned" pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med*. 2002;55(4):545-57. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00187-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00187-3)
15. Borges ALV, Barrett G, Santos OA, Chofakian CBN, Cavaliheri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1037-2>
16. Goossens J, Verhaeghe S, Van Hecke A, Barrett G, Delbaere I, Beeckman D. Psychometric properties of the Dutch version of the London Measure of Unplanned Pregnancy in women with pregnancies ending in birth. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194033. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194033>
17. Prefeitura do Município de São Paulo. ObservaSampa. Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo. Indicadores por região. [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <http://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
18. Filgueiras A, Pires P, Maissonette S, Landeira-Fernandez J. Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the Ages and Stages Questionnaire in public child daycare centers. *Early Hum Dev*. 2013;89:561-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.02.005>
19. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 12 jan. 2004 [cited 2021 Apr 1]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm
20. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Apr 1]. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
21. Chan YH. Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore Med J* [Internet]. 2003 [cited 2021 Apr 1];44(12):614-9. Available from: <https://www.sma.org.sg/smj/4412/4412bs1.pdf>
22. Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, et al. It just happens: A qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception*. 2014;91(2):150-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.09.014>
23. Borges ALV, Cavaliheri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Pregnancy planning: prevalence and associated aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp2):1679-84. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000800007>
24. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Association between unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):415-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300015>
25. Dehlendorf C, Rodriguez MI, Levy K, Borrero S, Steinauer J. Disparities in family planning. *Am J Obs Gynecol*. 2010;202(3):214-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.08.022>
26. Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. *Ups J Med Sci*. 2016;121(4):256-63. doi: <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1215853>
27. Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):17-24. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>
28. Aiken ARA, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the pregnancy planning paradigm: unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(3):147-51. doi: <https://doi.org/10.1363/48e10316>
29. Solís-Cordero K, Palombo CNT, Duarte LS, Munhoz RI, Toriyama ATM, Borges AV et al. Developmental surveillance in primary health care: absence of child development milestones and associated factors. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(4):925-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400002>
30. Lu C, Black MM, Richter LM. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *Lancet Glob Health*.

- 2016;4(12):e916-e922. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30266-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30266-2)
31. Jeong J, Pitchik HO, Yousafzai AK. Stimulation Interventions and Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(4):e20173510. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3510>
32. Reticena KO, Yabuchi VNT, Gomes MFP, Siqueira LD, Abreu FCP, Fracolli LA. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3213. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
33. Boyce WT, Levitt P, Martinez FD, McEwen BS, Shonkoff JP. Genes, environments, and time: the biology of adversity and resilience. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2):e20201651. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1651>
34. Segura-Pérez S, Grajeda R, Perez-Escamilla R. Conditional cash transfer programs and the health and nutrition of Latin American children. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2016 [cited 2021 Apr 1];40(2):124-37. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n2/124-137/en/>
35. Brauw A, Gilligan DO, Hoddinott J, Roy S. The impact of Bolsa Família on schooling. *World Dev*. 2015;70:303-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.02.001>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Katherine Solís-Cordero, Ana Luiza Vilela Borges, Elizabeth Fujimori.

Obtenção de dados: Luciana Assis Couto. **Análise e interpretação dos dados:** Katherine Solís-Cordero, Luciana Assis Couto, Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges. **Análise estatística:** Katherine Solís-Cordero, Luciana Assis Couto, Luciane Simões Duarte, Elizabeth Fujimori. **Redação do manuscrito:** Katherine Solís-Cordero, Luciana Assis Couto, Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges, Elizabeth Fujimori. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges, Elizabeth Fujimori.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 01.04.2021

Aceito: 09.09.2021

Editora Associada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Katherine Solís-Cordero
E-mail: katherine.solis22@usp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-6012-0245>