

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor

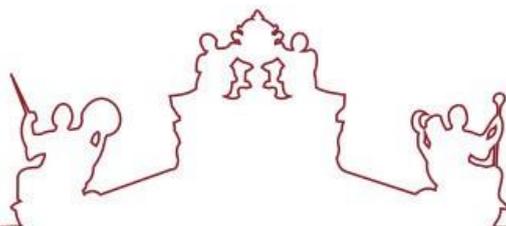
Dissertação

**Perceção dos Pais sobre os Riscos de Desenvolvimento
de Crianças até aos 18 meses**

Rita de Cássia de Lima Herculano

Orientador: Vitor Franco

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Educação Especial, Dominio Cognitivo e Motor

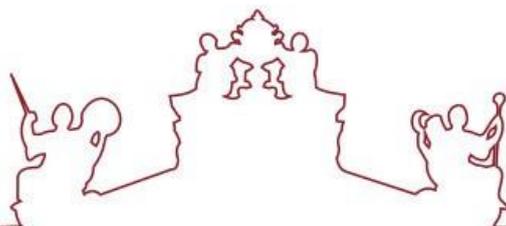
Dissertação

**Perceção dos Pais sobre os Riscos de Desenvolvimento
de Crianças até aos 18 meses**

Rita de Cássia de Lima Herculano

Orientador: Vitor Franco

Évora 2023



O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente : Ana Artur (Universidade de Évora)

Vogais : Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora) (Arguente)
Vitor Franco (Universidade de Évora) (Orientador)

Aos meus pais, Manoel e Rita, suportes da minha jornada,
luzes que me iluminam desde a minha concepção.

Agradecimentos

A realização desse trabalho de dissertação não teria sido possível sem o incentivo e o apoio de várias pessoas que estiveram presentes direta e indiretamente ao longo da sua concretização.

Primeiramente agradeço à instituição UÉVORA por ter me beneficiado por meio de bolsa de mérito, auxiliando-me significativamente durante todo o curso.

Ao orientador Doutor Vitor Franco por me guiar neste processo de aprendizado contínuo.

À Secretaria Municipal da Educação que concedeu autorização à pesquisa e às creches que participaram na recolha dos dados.

Às crianças e as famílias que contribuíram com algum tempo da sua vida para colaborar neste estudo. Sem sua colaboração, nada disto seria possível.

Aos professores e colegas de sala, pelas gentis colaborações durante o curso.

A todos os meus familiares e amigos que me ajudaram e me deram ânimo para continuar nos momentos difíceis deste trabalho. Especialmente às minhas irmãs, Aparecida, Edileuza e Edineuza, e sobrinha Luana que tanto sabem o verdadeiro significado deste agradecimento.

Finalmente, à minha filha Marina que tanto se privou de minha presença, por sua compreensão silenciosa e ser minha constante fonte de aprendizagem. Ao meu marido Herculano, principal incentivador deste projeto, dando suportes constantes e por ser sempre fonte de inspiração em minha vida.

A todos agradeço o apoio e presença neste período tão importante da minha vida.

Desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio em um sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa. Essa estrutura humana complexa é produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social.

(Vigotski, 2007)

Resumo

A percepção dos pais é um elemento importante na detecção e diagnóstico de problemas do desenvolvimento, pois são eles que, muitas vezes, detectam primeiro que algo não está bem. Este estudo consiste numa pesquisa exploratória, com o intuito de comparar as percepções dos participantes, pais de crianças com de até 18 meses, com o desempenho destes em testes de rastreio, por meio de uma coleta de dados transversal (N=54). Foi usado um questionário baseado no instrumento PEDS (*Parents' Evaluation Developmental Status*) e instrumentos de rastreio: Marcos do Desenvolvimento (caderneta da saúde da criança) e Questionário IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil). Foi feita uma análise comparativa dos dados quantitativos e qualitativos. Os dados obtidos indicaram que, no questionário dos pais, as percepções socioemocionais foram expressas mais comumente (42,30%), seguidas por linguagem expressiva (19,23%) e comportamentais (15,38%). Há um alto índice (46,29%) de crianças consideradas em alerta e risco do desenvolvimento. Enfim, foi percebido uma fraca (32%) relação entre as percepções dos pais e os resultados dos instrumentos de rastreio, apontando reduzida sensibilidade dos pais quanto à percepção dos riscos do desenvolvimento de seus filhos. A detecção de riscos foi ainda mais reduzida em pais de crianças mais jovens.

Palavras-chave: Percepção parental; Indicadores de desenvolvimento; Detecção precoce; Sinais de risco; Primeira infância.

Abstract

PERCEPTION OF PARENTS ON THE DEVELOPMENTAL RISKS OF CHILDREN UP TO 18 MONTHS OLD

The parents' perception is an important element in the detection and diagnosis of developmental problems, as they are the ones who often first detect that something is not right. This study consists of an exploratory research, with the aim of comparing the perceptions of the participants, parents of children up to 18 months, with their performance in screening tests, through a cross-sectional data collection (n=54) . A questionnaire based on the PEDS instrument (Parents' Evaluation Developmental Status) and screening instruments was used: Development Milestones (child health booklet) and IRDI Questionnaire (Clinical Risk Indicators for Child Development). A comparative analysis of quantitative and qualitative data was performed. The data obtained indicated that, in the parents' questionnaire, socio-emotional perceptions were most commonly expressed (42.30%), followed by expressive language (19.23%) and behavioral (15.38%). There is a high rate (46.29%) of children considered to be at risk for development. Finally, a weak relationship (32%) was perceived between the perceptions of the parents and the results of the screening instruments, pointing to a reduced sensitivity of the parents regarding the perception of risks in the development of their children. Risk detection was even more reduced in parents of younger children.

Keywords: Parental perception; Developmental indicators; Early detection; Risk signs; Early childhood.

Sumário

1. Introdução	13
2. Enquadramento Teórico.....	16
2.1. Riscos para o Desenvolvimento na Primeira Infância	16
2.2. A Detecção Precoce na Vigilância do Desenvolvimento Infantil.....	23
2.3. A Participação dos Pais na Triagem do Desenvolvimento	28
2.3.1. O PEDS como Recurso de Detecção Precoce de Riscos: valorização da percepção dos pais.....	29
2.3.2.O IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil) como Ferramenta de Detecção dos Riscos Psíquicos	30
2.3.3. Marcos do Desenvolvimento: Política pública e parceria com a família.....	34
3. Método	36
3.1. Objetivos de Investigação	36
3.2. Desenho da investigação	36
3.3. Método de Análise dos Dados	36
3.4. Caracterização do Meio e dos Participantes do Estudo.....	36
3.5. Procedimentos de Recolha de Dados	39
3.5.1. Aspectos Éticos	40
3.6. Instrumentos de Recolha de Dados	41
3.6.1. Questionário de Percepções dos Pais	42
3.6.2. Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)	43
3.6.3. Marcos do Desenvolvimento Infantil.....	43
4. Apresentação e Análise dos Dados	476
4.1. Questionário de Percepções dos Pais.....	47
4.2. Marcos do Desenvolvimento.....	49
4.3. IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil)	51
4.4. Triagem do Desenvolvimento das Crianças e Percepção dos Pais.....	53
5. Discussão dos Resultados.....	54
5.1. Limitações	57
6. Considerações Finais.....	59

	8
Referências Bibliográficas	60
APÊNDICE.....	68
Apêndice A: Comunicado.....	69
Apêndice B: TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	70
Apêndice C: Questionários de Percepções de Pais	72
ANEXOS.....	74
Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos – UNIFIP.....	75
Anexo II: PEDS (Parents Evaluation Developmental Status).....	79
Anexo III: IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil)	80

Índice de Figuras

Figura 1 - Apresentação dos indicadores e seus respectivos eixos teóricos.....	33
Figura 2 - Fluxograma do Estudo.	40
Figura 3 - Marcos do Desenvolvimento do nascimento aos 6 meses.....	45
Figura 4 - Marcos do Desenvolvimento dos 6 aos 18 meses.....	45
Figura 5 - Distribuição de ocorrência de percepções dos pais.	48
Figura 6 - Distribuição de percepções por grupo	48
Figura 7 - Distribuição de classificação dos Marcos do Desenvolvimento	50
Figura 8 - Classificação de risco e alerta nos grupos A e B – Marcos do Desenvolvimento	50
Figura 9 - Distribuição individual dos indicadores - Marcos do Desenvolvimento.....	51
Figura 10 - Distribuição de classificação do IRDI.....	52
Figura 11 - Distribuição de classificação de risco nos grupos-IRDI.....	52
Figura 12 - Distribuição individual dos indicadores ausentes IRDI.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características dos sujeitos	38
Tabela 2 - Divisão de grupos por faixa-etária	47
Tabela 3 - Questionário de percepções de acordo com os domínios.....	49
Tabela 4 - Síntese da triagem do desenvolvimento das crianças.	54
Tabela 5 - Disposição dos resultados de crianças em risco e percepção dos pais.....	54

Lista de Abreviaturas e Siglas

AAP American Academy of Pediatrics

APS Atenção Primária à Saúde

BSID Bayley Scales of Infant Development

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CNS Conselho Nacional de Saúde

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

DDST Developmental Screening Test

DPI Desenvolvimento na Primeira Infância

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

EP Estimulação Precoce

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IRDI Indicadores Clínicos de risco para o Desenvolvimento

MLPI Marco Legal da Primeira Infância

M-C HAT Modified Checklist for Autism in Toddlers

MS Ministério da Saúde

ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-americana da Saúde

PAI Programa de Atenção à Primeira Infância

PA Alternância Presença Ausência

PEDS Parents' Evaluation Developmental Status

QI Quociente de Inteligência

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFIP Centro Universitário de Patos

VDI Vigilância do Desenvolvimento Infantil

WHO World Health Organization

1. Introdução

Os primeiros anos de vida de uma criança compreendem acontecimentos significativos que influenciam toda a sua trajetória, o que faz do desenvolvimento infantil, um processo único e dinâmico. A passagem saudável dessa primeira infância é uma condição que possibilita uma vida equilibrada e perspectivas positivas para a vida adulta (Halpern, 2015; Papalia & Feldman, 2013).

Tradicionalmente as ações voltadas para a primeira infância eram centradas na criança e no profissional (Shonkoff & Meisels, 2000). Hoje, já se sabe da importância de levar em conta aspectos como a família e todo o contexto em que a criança se insere, de forma que a participação dos pais tem sido valorizada no âmbito da vigilância do desenvolvimento. Atualmente, também pode ser constatada, relativamente à primeira infância, uma preocupação maior com a identificação precoce de fatores de risco do desenvolvimento de maneira que a sua detecção sirva como alerta para possíveis problemas do desenvolvimento. Esses dois elementos, participação da família e detecção precoce de riscos, podem ser vistos, hoje, como indissociáveis no processo de vigilância do desenvolvimento.

A criança cresce e desenvolve-se rapidamente. Ao levar-se em conta o dinamismo próprio do desenvolvimento há de se considerar a importância da ação dos pais no acompanhamento dos filhos no que concerne à atenção dada às mudanças próprias no desenvolvimento, assim como para alguma alteração do seu curso. As suas atitudes e conhecimentos constituem uma mediação que serve como base de cuidado direcionado à criança nos primeiros anos de vida (Ribas Jr et al., 2003).

A produção científica, bem como as práticas no âmbito da vigilância do desenvolvimento infantil como um todo, crescem mundialmente, e como dito anteriormente, mudam de foco ao centrar-se também na família, não apenas na criança. Apesar disto, existem ainda diferenças significativas entre as práticas consideradas coerentes e ideais e as

práticas vigentes (Hirai et al., 2018), havendo uma lacuna entre ambas. Neste sentido, compreende-se a necessidade crucial de tornar estas práticas o mais próximas da realidade das práticas recomendadas pela literatura científica internacional.

O presente estudo pretende ser uma pesquisa exploratória com a finalidade de verificar a percepção de pais na identificação precoce de riscos de desenvolvimento de seus filhos com idade de 0 até 18 meses.

Para situar a temática do estudo, é importante realizar algumas delimitações teóricas para sua melhor compreensão, e, desse modo, está organizado em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, será realizado o enquadramento teórico, e apresentados os principais conteúdos analisados no processo da revisão da literatura que compõem o tema estudado com seguintes tópicos: Riscos para o Desenvolvimento na Primeira Infância, A Detecção Precoce na Vigilância do Desenvolvimento infantil, A Participação dos Pais na Triagem do Desenvolvimento, O PEDS como Recurso de Detecção Precoce de Riscos: valorização da percepção dos pais, O IRDI como Ferramenta de Detecção dos Riscos Psíquicos e Marcos do desenvolvimento: política pública e parceria com a família.

Os autores referenciados apresentam as evidências científicas, ao longo das últimas décadas, no que concerne ao desenvolvimento infantil desde a gestação até aos seis anos nas áreas das neurociências, pediatria, psicologia, psiquiatria infantil, psicanálise infantil.

O segundo capítulo é relativo à metodologia de investigação utilizada no estudo. Serão abordados os objetivos da investigação, o tipo de estudo, as questões de investigação, os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos que são utilizados para análise dos dados. No terceiro, capítulo apresentamos os resultados obtidos por meio da apresentação dos dados. O quarto trata da discussão dos resultados pontuando os tópicos relevantes da investigação, identificando também as limitações percebidas e recomendações para possíveis futuros estudos.

Para finalizar, no quinto capítulo, procederemos a realizar apresentação das considerações finais, sintetizando os pontos relevantes em todo o estudo.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Riscos para o Desenvolvimento na Primeira Infância

A ciência do desenvolvimento tem entre as suas funções indagar e entender a influência do ambiente e das potencialidades genéticas sobre o comportamento (Feldman, 2015).

A investigação foi contribuindo para o arcabouço conceitual existente atualmente. Alguns conhecimentos obtidos em laboratórios, em estudos formais, e outros a partir da vida diária dos próprios pesquisadores. Muito do que se sabe hoje sobre a infância é atribuído a este corpo de pesquisa que é continuamente ascendente.

Embora os estudos do desenvolvimento humano estejam em constante evolução, a sua compreensão quase sempre teve carácter interdisciplinar, em todos os períodos do ciclo de vida (Papalia & Feldman, 2013) e o desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral (OPAS, 2005) que obedece a um processo dinâmico promotor de mudanças físicas, sociais, emocionais e mentais que ocorrem em sequência, e em que cada estágio é interligado, e dependente do anterior (Halpern, 2015).

O desenvolvimento está relacionado com todos os aspectos do ser humano, incluindo a sua identidade, história de vida, e dimensão cultural. Assim sendo, o desenvolvimento de uma criança é considerado dentro do padrão quando as suas habilidades forem condizentes com as outras crianças de sua faixa etária e do seu meio cultural (Morais et al., 2013; Papalia & Feldman, 2013).

O desenvolvimento infantil por uma diversidade de causas que podem ser de origem biológica e ambiental, pode ser alterado no seu ritmo normal, resultando assim no chamado de risco para o desenvolvimento (OPAS, 2005).

Halpern (2015), define fator de risco como um elemento que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver problemas. O autor defende que

grande parte das patologias envolvendo o adulto tem início na infância, sendo a criança mais dependente e vulnerável em relação ao ambiente.

É comum os riscos de desenvolvimento da criança serem classificados em biológicos e ambientais. Os biológicos são eventos que ocorrem antes, durante e depois do nascimento que resultam em danos biológicos, o que aumenta a probabilidade de prejuízo no desenvolvimento como prematuridade, hipóxia cerebral grave, kernicterus (excesso de bilirrubina no sangue), meningites, encefalites, síndromes genéticas etc) (OPAS, 2005).

Bee e Boyd (2011), assim como a maioria dos autores, avaliam de forma ponderada a força isolada dos fatores biológicos e ambientais, afirmando que as consequências, a longo prazo, dos danos causados pelos agentes biológicos, nomeadamente, dano ao organismo físico, anomalias genéticas, doença ou características herdadas ou efeitos teratogênicos no útero, podem ser mais ou menos graves, dependendo da riqueza e da sustentação do ambiente no qual o bebê cresce. Também enfatizam que a força de um fator pode ser silenciada pelo outro, por exemplo, a condição genética que é algumas vezes condicionada às condições que os fatores ambientais impõem, a tal ponto que uma criança poderia ter um genótipo associado a QI (quociente de inteligência) alto; contudo, se sua mãe beber muito álcool durante a gravidez, pode haver dano ao seu sistema nervoso, resultando em déficit intelectual leve.

É possível, contudo, perceber o quanto a genética pode ser um evento marcante no curso de vida do indivíduo. Jami et al. (2022), ilustram bem o percurso do desenvolvimento correlacionado aos fatores genéticos. Tendo o propósito de identificar variantes genéticas comuns associadas ao desenvolvimento e o curso de sintomas internalizantes, usaram uma abordagem genômica ampla num grupo de 64.561 crianças e adolescentes entre 3 e 18 anos de idade. Fortes correlações genéticas indicaram que os sintomas e transtornos internalizantes na primeira infância e adolescência como insônia, solidão, déficit de atenção/hiperatividade, autismo e agressão, partilham vulnerabilidades genéticas substanciais com os transtornos

internalizantes do adulto, como depressão, ansiedade e neuroticismo, o que poderia explicar parcialmente tanto a persistência dos sintomas internalizantes ao longo do tempo quanto a alta comorbidade entre os traços psiquiátricos da infância resultante de um conjunto estável de fatores genéticos.

Esse estudo, o maior feito na área, trouxe descobertas marcantes na obtenção de informações sobre os fundamentos genéticos de transtornos na primeira infância e adolescência. Em outra vertente, está o grupo de fatores ambientais, que são as experiências adversas de vida ligadas à família, ao meio ambiente e ao convívio em sociedade.

Podem-se considerar como riscos ambientais, entre outros, as condições precárias de saúde, a falta de recursos sociais e educacionais, a educação materna, os estresses intrafamiliares, como violência, abusos, maus-tratos e problemas de saúde mental da mãe ou de quem cuida, e as práticas inadequadas de cuidado e educação (OPAS, 2005).

No âmbito dos riscos de desenvolvimento, as condições ambientais de uma criança são fundamentais para determinar sua trajetória de vida. Shonkoff e Meisels (2000), enfatizam a questão ecológica do desenvolvimento na primeira infância, mostrando que o mesmo deve ser apreciado dentro de um amplo contexto, começando pela família, influências complexas, interativas da comunidade imediata da criança e o mais amplo ambiente social, econômico e político.

Vários desses aspectos do desenvolvimento foram considerados por Sameroff et al. (1987) no seu estudo, que relaciona fatores de riscos ambientais às pontuações de QI verbal e competência socioemocional em crianças.

Nesse estudo foi identificado um conjunto de dez fatores que são predominantes em grupos de status econômico mais baixo, mas afetam o resultado de crianças de todas as classes sociais, sendo eles: a) história de doença mental materna; b) níveis elevados de ansiedade materna; c) perspectivas parentais limitadas; d) interação limitada entre a criança e

a mãe; e) chefe da família sem ocupação qualificada; f) baixa escolaridade materna; g) família de grupos étnicos minoritários; h) famílias monoparentais; i) presença de eventos estressantes; j) famílias com quatro ou mais filhos. Esses fatores foram vistos pelos autores como “macroscópicos” amplos, como é o caso do status socioeconômico e os fatores de risco “microscópicos” que se relacionam com variáveis psicológica, familiares e interativas (Sameroff et al., 1987).

Não houve nenhuma variável isolada como determinante de alteração no desenvolvimento, mas os autores enfatizaram o efeito cumulativo dos múltiplos fatores de risco como um preditivo substancial que aumentou a probabilidade de baixo QI nas crianças.

Os fatores ambientais foram mais significativos do que as condições iniciais das crianças, de forma que o baixo QI foi melhor explicado pela composição de alguns fatores de risco do que simplesmente pelo baixo status econômico. Dessa forma, as crianças de alto risco tinham 24 vezes mais chances de apresentar déficit nas habilidades estudadas quando comparadas com as de menor risco (Halpern, 2015; Halpern & Figueiras, 2004; Sameroff et al., 1987).

O estudo de Lipman et al., (1994), destaca a evidência do peso da classe social. Seu objetivo foi examinar a relação entre baixa renda e morbidade psicossocial infantil. Mostrou que o status econômico baixo está fortemente associado à morbidade psicossocial (transtornos psiquiátricos, baixo desempenho escolar e prejuízo social), quando compara-se crianças de baixa renda com crianças provenientes de famílias privilegiadas.

Mais recentemente, modelos teórico-conceituais propostos por Shonkoff (2012), foram relevantes para compreensão dos fatores ambientais ao analisar condições desafiantes ao desenvolvimento, o estresse precoce na infância.

O autor afirma que as experiências de estresse tóxico no início do desenvolvimento da criança constituem fatores de alto risco para a saúde. A partir desse pressuposto, apresentatrês

tipos de estresse: o positivo, o tolerável e o tóxico. O estresse positivo, bem como o tolerável, corresponde a estados psicológicos que são superados, a partir da condição que a criança tenha suporte de um cuidador que exerça um efeito protetor num ‘relacionamento estável e responsivo’. O terceiro tipo é o tóxico que tem uma forte e perigosa resposta ao estímulo estressor. Ocorre na ausência de um suporte externo para a criança que assim não pode protegê-la e reduzir a resposta fisiológica frente a situação estressante (Shonkoff, 2012).

Algumas teorias que enfatizam o papel do ambiente no desenvolvimento destacam a importância dos princípios psicológicos básicos da aprendizagem e enfatizam o papel desempenhado em promover mudanças no desenvolvimento infantil. A aprendizagem resultante das circunstâncias do estresse tóxico é um dispositivo que pode acarretar danos para a vida adulta. Amplas evidências mostram que uma primeira infância sobrecarregada de adversidades e eventos estressantes afetam os circuitos cerebrais em amadurecimento. Nesse período de intensa atividade, os circuitos cerebrais são prejudicados a ponto de ocorrer uma disfunção nos sistemas reguladores metabólicos e órgãos em desenvolvimento de modo a comprometer a saúde da criança como um todo (Feldman, 2015; Shonkoff, 2011).

São muitos os fatores ambientais que tem impacto sobre a infância antes e durante o nascimento. Entre as influências ambientais pré-natais estão os fatores ligados à saúde da mãe: nutrição, doença, estado emocional, uso de drogas e nicotina (Feldman, 2015).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2012), dos 135 milhões nascidos vivos em todo o mundo em 2010, cerca de 15 milhões de bebês nasceram prematuramente (idade gestacional inferior a 37 semanas), representando uma taxa de 11,1%. Mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações. Quando sobrevivem, boa parte enfrenta maiores riscos de problemas de saúde. A prematuridade é a principal causa de mortes de recém-nascidos. É também a segunda principal causa de morte em crianças menores de 5 anos de idade, o que mostra como a prematuridade um problema global de saúde pública.

O lugar onde a criança nasce é igualmente um fator para levar em conta com relação à sobrevivência. Assim, o risco de morte neonatal devido a complicações do parto prematuro é pelo menos 12 vezes maior para um bebê africano do que para um bebê europeu. As taxas mais altas de parto prematuro estão na África Subsaariana e na Ásia (WHO, 2012). Esta realidade tem dificultado o alcance da meta 4 do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, um dos oito grandes objetivos globais assumidos pelos países-membros da ONU (Organização das Nações Unidas) (Wagura et al., 2018).

Um estudo descritivo transversal feito por Wagura et al. (2018) no Quênia, mostrou a prevalência de parto prematuro de 18,3% e como há fatores associados ao parto prematuro de forma significativa, entre os quais: a idade materna, paridade, parto prematuro anterior, gestação múltipla, hipertensão induzida pela gravidez, hemorragia pré-parto, ruptura prolongada de membranas pré-parto e infecções do trato urinário.

O nascimento de maneira antecipada pode trazer várias consequências pra criança, e para sociedade, como, por exemplo, o baixo peso (WHO, 2012). Um estudo recente no Brasil (Venâncio et al., 2022), mostrou que crianças nascidas com baixo peso, nos primeiros 36 meses, eram mais propensas a não atingir os marcos de DPI (Desenvolvimento na Primeira Infância)

Quando o assunto em questão são os riscos ambientais, há um ponto recorrente a considerar nos estudos, tanto mais remotos como os de Sameroff et al. (1987), Lipman et al. (1994) e Shonkoff (2012), como nos mais recentes de Lu et al. (2020) e Venâncio et al. (2022): a correlação entre baixo status econômico, a exposição aos fatores de risco.

A esse respeito a base de monitoramento de dados da primeira infância, ‘Country Profiles for Early Childhood Development’ desenvolvida pela UNICEF, traz dados consistentes de países de baixa e média renda nos cuidados da primeira infância: apenas menos da metade das crianças pequenas em um terço dos países receberam os benefícios da

estimulação e cuidados protetivos dos seus cuidadores. Por outro lado, em quase metade dos países, três quartos das crianças de 1 a 4 anos sofreram violência como ação disciplinar por parte destes (Venâncio et al., 2022).

Num estudo de larga escala, Lu et al., (2020) usaram dados de 135 pesquisas demográficas e de saúde realizadas entre 2010 e 2018 em 94 países. Estas pesquisas mostram que as crianças de países de renda mais alta se saíram melhor em todos os indicadores em comparação com seus pares em países de renda mais baixa.

Autores como Feldman (2015) e Shonkoff e Meisels (2000), defendem que o ambiente de cuidado desde os anos iniciais se reflete nas condições do percurso de vida do indivíduo. Por exemplo, diante de uma situação de estresse, se a criança está protegida numa situação favorável relações estáveis, a resposta positiva ao estresse pode servir como elemento de promoção do desenvolvimento.

Há, portanto, uma variação situacional que circula entre a situação de risco e situação de proteção própria do curso do desenvolvimento na primeira infância, o qual, segundo Halpern (2015), pode ser positivo quando há equilíbrio entre as duas situações.

Seguindo esse pressuposto Feldman (2015), defende que “na maioria dos casos, os fatores ambientais são cruciais na capacitação das pessoas para atingirem as capacidades potenciais que sua base genética torna possível” (p. 330).

Inevitavelmente, cada indivíduo nasce em circunstâncias sobre as quais não tem controle. Os pais, genes, educação, estado de saúde, recursos econômicos e meio ambiente, são passados através das famílias, não escolhidas, e do seu entorno (Heckman, 2011). Diante dessa concepção, todas as evidências sobre a maleabilidade do desenvolvimento nos anos iniciais justificam que as intervenções devem ser feitas dentro dos primeiros anos de vida para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento (Feldman, 2015; Glascoe, 2000; Halpern, 2015; Shonkoff & Meisels, 2000). Quando assim acontece, os riscos do

desenvolvimento podem ocorrer com menos frequência.

2.2 A Detecção Precoce na Vigilância do Desenvolvimento Infantil

Embora o desenvolvimento humano seja um processo que dura a vida toda (Papalia & Feldman, 2013), a primeira infância é uma fase fundamental para valorizar todos os estímulos de ordem cognitiva, motora, social ou afetiva, de forma que a criança possa crescer plenamente saudável, nesse período que vai do nascimento até os seis anos de idade (Corrêa, 2016).

Os novos conhecimentos sobre o funcionamento do cérebro têm implicações para o campo de intervenção na primeira infância. Sobre essa fase de desenvolvimento, Knudsen (2004), mostra que há considerável maleabilidade que facilita ao cérebro modificar sintomas e tendências de desvios do desenvolvimento típico impostos pela genética e/ou por alterações ambientais. Ao longo do crescimento do indivíduo, a neuroplasticidade mantém-se, porém em nível menor, o que vai requerer um esforço maior para atingir um resultado esperado. O autor refere como ‘períodos sensíveis’ aqueles que os efeitos da experiência no cérebro são extraordinariamente fortes, e destaca, inclusive, que o auge dessa neuroplasticidade é de interesse para cientistas e educadores porque representa um período em desenvolvimento durante os quais certas capacidades são prontamente moldadas ou alteradas pela experiência. As descobertas científicas sobre período peculiar mostram que o desenvolvimento na primeira infância fornece uma base crítica para educação, produtividade no trabalho, saúde física e mental e bem-estar social (Lu et al., 2020) e apontam para uma necessidade crucial de aumentar a cobertura multissetorial de programas de qualidade que incorporem saúde, nutrição, segurança e proteção, cuidados responsivos e aprendizagem precoce nos anos iniciais da vida (Black et al., 2017).

A revista científica *The Lancet* publicou em 2007 dados globais que mostram a estimativa de aproximadamente 250 milhões de crianças em todo o mundo com menos de 5

anos que não atingem seu pleno potencial de desenvolvimento (Venâncio, 2021).

Outro dado desse cenário pouco encorajador é relativo ao diagnóstico tardio. Alguns transtornos não são comumente diagnosticados em tenra idade, por serem mais difíceis de ser observados (Glascoe, 2000; Palfrey et al., 1987). Mesmo dos mais visíveis, somente 28,7% são diagnosticados antes dos 5 anos de idade (Palfrey et al., 1987), quando nesta altura terá sido desperdiçada a possibilidade de uma intervenção precoce. Ainda somado a este contexto, estudos de Garg e Dworkin (2011) e Hirai et al. (2018), mostram que o acompanhamento da saúde primária infantil ocorre predominantemente na base da clínica informal, na ausência de protocolos específicos por parte dos profissionais de saúde, o que colabora para que cada vez mais o diagnóstico precoce seja uma realidade distante.

Tudo isto constitui evidências que fundamentam a necessidade de ações em toda extensão e nível, no campo científico e nas diretrizes profissionais, com os objetivos de acompanhar e proteger os anos iniciais da infância. Diante disso, autores como Glascoe, (2000), Halpern, (2015) e Shonkoff & Meisels, (2000), salientam sobre a importância da detecção precoce dos riscos do desenvolvimento por meio de um serviço proeminente de vigilância, com a monitorização do grau de desenvolvimento da criança e a sua trajetória, começando com a concepção, até mesmo antes, na saúde da futura mãe, como defende Richter et al. (2017).

Garg & Dworkin (2011), definem vigilância do desenvolvimento como todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas de desenvolvimento. É um processo pelo qual profissionais de pediatria devem monitorar crianças na fase de primeira infância.

A vigilância se dá através de um monitoramento que deve incluir a verificação dos marcos de desenvolvimento da criança nos diferentes domínios. Tem por isso papel fundamental na saúde da criança por requisitar obrigatoriamente dos profissionais envolvidos

o conhecimento do desenvolvimento físico, social, afetivo e cognitivo normal (Morais et al., 2013).

A partir de 2001 a Academia Americana de Pediatria passou a recomendar a triagem vigilância do desenvolvimento universal para promover diagnóstico e intervenção precoce de modo a melhorar os resultados de crianças com problemas no desenvolvimento e deficiências (Hirai et al., 2018). Assim sendo, é ainda bem recente a implantação de diretrizes que norteiam a primeira infância. Tais diretrizes carregam características específicas importantes de serem destacadas. A vigilância do desenvolvimento integra componentes que incluem a atenção para as preocupações dos pais sobre seus filhos, um apanhado de informações relevantes sobre o desenvolvimento, observações minuciosas da criança bem como o compartilhamento de opiniões e interesses sobre a criança com outros profissionais, inclusive, por meio de orientação aos pais na estimulação do ambiente da criança (Sigolo e Aiello, 2011). Trata-se, portanto, de um processo longitudinal que vai desde o nascimento até aos 6 anos.

A triagem do desenvolvimento, recorre a ferramentas padronizadas para uma ampla população de crianças, para detectar aquelas que podem apresentar risco de alterações do desenvolvimento. Tem funções diversas: como identificar crianças que podem necessitar de avaliação mais completa, considerar posteriormente o diagnóstico definitivo e o planejamento de intervenção interdisciplinar, identificar precocemente áreas em que uma criança difere em relação aos parâmetros da sua faixa etária (Garg & Dworkin, 2011; Sigolo & Aiello 2011).

Glascoe (2000) destaca a importância do uso de ferramentas estandardizadas na vigilância do desenvolvimento mostrando que considera uma avaliação apenas com base no julgamento clínico apenas cerca de 30% dos problemas de comportamento e desenvolvimento são detectados.

Morais et al. (2013) salientam que os testes ou escalas utilizadas para o rastreio não

devem ser utilizados como avaliação da inteligência ou como preditivo do desenvolvimento posterior da criança, ao mesmo tempo que o uso também não é apropriado para o diagnóstico. No entanto, Albuquerque e Cunha (2020) mostram que alguns profissionais fazem uso de instrumento de triagem com propósitos diferentes da detecção de alterações do desenvolvimento, como, por exemplo, para diagnóstico ou acompanhamento da evolução do desenvolvimento infantil.

Outros autores como Glascoe (2003) e Sigolo e Aiello (2011) defendem que uma detecção precoce adequada depende da coerência dos instrumentos de triagem, deles serem precisos, validados e estandardizados para as populações a que se destinam, de forma que atinja seus reais objetivos, pois eles têm finalidades específicas. Existe uma grande variedade de escalas para avaliação do desenvolvimento com níveis de dificuldades variados, tornando-se importante cada profissional fazer uma escolha prudente, realizar adequações e, ter conhecimento de cada uma delas antes do seu uso (Figueiras, 2015).

No entanto são poucos os instrumentos de triagem do desenvolvimento disponíveis para os profissionais de saúde, além de parte deles não serem rápidos e fáceis de serem aplicados (Sigolo e Aiello, 2011). A maior parte dos testes foi desenvolvida na América do Norte e são utilizados tanto na prática de consultório, quanto na pesquisa. Entre os mais utilizados e conhecidos no meio profissional e científico, estão, segundo Figueiras (2015): a escala de Gesell; a escala Denver Developmental Screening Test (DDST), uma das mais utilizadas mundialmente e a Bayley Scales of Infant Development (BSID).

Existem ainda testes para detecção de patologias mais específicas, como, por exemplo, o M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), que deve ser usado especificamente nas consultas dos 18 e dos 24 meses (Olliac et al., 2017) e instrumentos de rastreio cujos indicadores consideram a relação bebê-cuidador, no processo de formação da vida psíquica do bebê, como é o caso dos Indicadores Clínicos de Risco para o

Desenvolvimento (IRDI) (Kupfer & Bernardino, 2018).

Por definição, os protocolos de triagem devem ser de rápida administração e abrangentes o suficiente para indicar problemas em diferentes domínios do desenvolvimento, nomeadamente motor, cognitivo e socioemocional (Albuquerque & Cunha, 2020). Devem estar ao alcance das populações carentes (Marlow et al., 2019) e assim serem inseridos no cotidiano da atenção primária à saúde (APS).

Ademais, é necessário nesse monitoramento, a repetição sistemática durante os primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é dinâmico e sofre constantes alterações e impactos (Halpern, 2015). Visto que um único momento de avaliação pode não ser suficiente para identificar, de forma precisa, uma perturbação do desenvolvimento, o processo de rastreio implica a aplicação de testes em intervalos de idade definidos (Garg & Dworkin, 2011).

Alguns países seguem diretrizes bem definidas da vigilância. Na França os bebês são sistematicamente examinados aos 4, e 24 meses de idade (Olliac et al., 2017). A Associação de Pediatria Americana recomenda a utilização de um teste de rastreio estandardizado aos 9,18 e 30 meses e, mais adiante, a realização de um teste de prontidão escolar antecedente à entrada do ensino pré-escolar (American Academy of Pediatrics [AAP], 2006).

Por fim, a intervenção precoce, como Glascoe (2000) e Shonkoff e Meisels (2000), apontam, só é possível pela detecção precoce de problemas do desenvolvimento e comportamentais nas crianças. Através desta é possível intervir positivamente nos resultados que a criança alcança em termos de desenvolvimento.

Para que a detecção precoce manifeste todo o seu potencial, é preciso que a sua prática seja adotada de maneira regular, no cotidiano das instituições, de forma que seja integrada na consulta pediátrica. Ressaltando-se também a importância da participação de outros profissionais, bem como dos pais, familiares, educadores e outros agentes envolvidos nesse

processo.

2.3. A Participação dos Pais na Triagem do Desenvolvimento

A relevância da participação de pais na detecção precoce dos riscos de desenvolvimento é amplamente discutida na literatura e diretrizes profissionais. Autores como Glascoe (2000), Garg e Dworkin (2011), apontam a importância de obter informações de diferentes fontes sobre o desenvolvimento da criança no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). De todos os aspectos que envolvem esse processo, uma parte significativamente importante refere-se às preocupações dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos.

O processo de triagem deve levar em conta a participação dos pais como meio de validar as informações sobre a história de vida da criança (Halpern, 2015). Os pais são os principais informadores no monitoramento do desenvolvimento infantil, pois nos primeiros anos de vida da criança a família é responsável por praticamente a totalidade das funções de socialização e cuidados contínuos, o que os torna fonte primordial de coleta de informações. Glascoe (2003) mostrou que pais de crianças com um desenvolvimento típico que referem preocupações significativas com o desenvolvimento dos seus filhos, são, com frequência, observadores mais cuidadosos e podem detectar alterações sutis posteriores no desenvolvimento das crianças. Ao avaliar vários tipos de abordagens de triagem, procurou identificar o método mais adequado e custo-efetivo para a detecção precoce. Considerou que a triagem por meio de relatos de preocupação dos pais oferece alívio substancial nos custos associados face a outros tipos de testes de triagem, pois podem ser, inclusive, autoadministrados, preenchidos em sala de espera, enviados para os destinatários, administrados por meio de entrevista pela equipe de consultório, etc.

Olliac et al. (2017) ao darem relevância à participação dos pais no âmbito da triagem, apontam que não considerar suficientemente a preocupação dos pais, pode ser uma das razões

para que o diagnóstico ocorra de maneira tardia. Assim, por meio dos instrumentos de triagem com participação dos pais, os profissionais da educação e da saúde podem auxiliá-los na identificação de fatores de risco do desenvolvimento e obter informações globais pertinentes ao desenvolvimento das habilidades de cada criança.

Após o rastreio ser realizado de forma mais completa, Noer e Halpern (2018), apontam que diante de uma criança com uma triagem positiva, será necessário que esta passe, posteriormente, por uma avaliação do desenvolvimento mais detalhada e se necessário intervenção precoce.

2.3.1. O PEDS como Recurso de Detecção Precoce de Riscos: valorização da percepção dos pais

Glascoe (2003) realizou extensa pesquisa sobre a relevância de usar as preocupações dos pais como um indicador de problemas de desenvolvimento e comportamento. A autora empenhou-se em mostrar a importância da participação dos pais no processo de rastreio, as implicações práticas e capacidade preditiva do uso das preocupações dos pais. Seus estudos permitiram a construção de um instrumento padronizado, o PEDS (*Parents' Evaluation Developmental Status*) que traduzido significa Avaliação Parental do Estado de Desenvolvimento, cujo objetivo é identificar as preocupações dos pais, e que trouxe contribuição significativa para a literatura sobre este tema.

O PEDS foi desenvolvido por Frances Glascoe, em 1998, nos EUA (Glascoe, 2000), e é um instrumento de configuração simples, de rápida aplicação, que cumpre efetivamente as características exigidas na triagem.

Com apenas 10 itens, a serem verificados com perguntas abertas e fechadas sobre as preocupações dos pais com relação às competências de seus filhos na idade de 0 a 8 anos, o objetivo é identificar precocemente crianças com uma possível alteração do

desenvolvimento que justifique uma avaliação mais aprofundada. Não precisa ser administrado por um profissional de saúde, podendo ser preenchido pelos pais de maneira independente. A análise dos escores diferencia a existência de risco entre baixo, moderado e alto. Abrange os domínios da linguagem expressiva, linguagem receptiva, motricidade global, motricidade fina, competências acadêmicas, autoajuda, competências socioemocionais, comportamento e global/cognição. Possui propriedades psicométricas com sensibilidade de 74- 80% e especificidade 70-80% (Glascoe, 2000).

Há também uma versão modificada do PEDS, o *Survey PEDS*, com 12 questões fechadas que não permitem discussão mais aprofundada sobre as preocupações, mas é usado em inquéritos populacionais por telefone (Woolfenden, 2014).

Um estudo de revisão sistemática com trinta artigos, de 2003 a 2020, realizados em países de alta renda e países de renda média baixa, cujo objetivo foi verificar a necessidade de mais encaminhamentos e avaliação por meio de relatório dos pais, apontou que existe uma escassez global de pesquisas sobre ferramentas PEDS (Abdoola et al., 2022). Estes achados são concomitantes com a ideia de que a prática de participação dos pais no processo de rastreio é tão corrente; contudo, segundo Gonçalves (2015), atualmente, como aparecimento de um novo paradigma na intervenção precoce, tem surgido o interesse de vários autores por instrumentos que incluem a família no processo de avaliação da criança.

2.3.2. *O IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil) como Ferramenta de Detecção dos Riscos Psíquicos*

No campo de triagem do desenvolvimento em que há participação dos pais encontra-se também o protocolo de rastreio de indicadores de alerta para a precoce detecção de riscos do desenvolvimento, os Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil (IRDI). Pensado inicialmente para o serviço de pediatria e ampliado para outros profissionais que

trabalham no atendimento da primeira infância.

O IRDI é um instrumento que se assenta sobre uma base teórica psicanalítica que foi desenvolvido no Brasil, a partir do interesse do Ministério da Saúde em incluir na caderneta de saúde da criança alguns ‘indicadores psíquicos’ para acompanhamento dos anos iniciais do desenvolvimento infantil na atenção primária. Foi produzido de forma conclusiva em 2008 por um grupo de psicanalistas e pesquisadores coordenados por Maria Cristina Kupfer que desenvolveu 31 indicadores de risco observáveis do nascimento aos 18 meses de vida (Kupfer & Bernardino, 2018; Kupfer et al., 2010).

Os anos iniciais da vida de uma criança são essenciais para a estruturação psíquica que é construída nas relações iniciais. A ausência de alguns elementos que são estabelecidos nessas relações pode causar alterações no desenvolvimento, o que, na perspectiva psicanalítica, é compreendido como um risco psíquico (Kupfer & Bernardino, 2018; Kupfer et al., 2010).

O IRDI intervém de maneira a detectar as alterações ocorridas nessas primeiras relações. Nunes et al. (2020) e Hoogstraten et al. (2018) mostram, em seus estudos, a funcionalidade do IRDI na detecção precoce do sofrimento psíquico e na prevenção de alterações graves do desenvolvimento infantil, de modo que os cuidados dirigidos ao psiquismo na primeira infância podem alterar de forma positiva o curso deste (Laznik, 2000).

Estudos interdisciplinares apontam a eficácia do IRDI, Fattore et al. (2017), em estudo que teve o propósito de análise comparativa das vocalizações iniciais de bebês mostrou que bebês e mães com menor número de IRDIs apresentam menor vocalização em comparação com aqueles com maior número de IRDIs presentes. No estudo de Dos Santos et al. (2019) é apontado que foi possível verificar o risco psíquico e perturbação da linguagem em vários dos casos analisados no seu estudo.

São quatro os eixos teóricos que embasam e organizam os indicadores de risco: Suposição do sujeito (SS) tal constituição depende da mãe ou cuidador considerar o bebê um

sujeito psíquico, alguém que possui desejos diferenciados do cuidador, condição que ainda está em construção; Estabelecimento da demanda (ED) é um eixo que se refere à função que o cuidador tem de interpretar os gestos da criança, por exemplo o choro, como um apelo dirigido a ele. Essa demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros; Alternância presença/ausência (PA) período entre a demanda da criança e sua satisfação, em que o tempo de ausência da mãe vai gradativamente aumentando, mostrando desejos além do bebê. A presença da mãe ou cuidador não será apenas física, mas sobretudo simbólica; Instalação da função paterna (FP) procura identificar o exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê, função esta que não necessariamente é representada pelo pai real. Nele a dimensão cultural e social é encarregada de transmitir os parâmetros. Impedirá a mãe de considerar seu filho como um “objeto” voltado unicamente para a sua satisfação (Kupfer et al., 2010).

O desenvolvimento de cada criança apresenta-se em torno desses eixos na relação criança-adulto. A figura 1 apresenta os indicadores distribuídos nos respectivos eixos.

Os indicadores com maior poder preditivo são os que se referem à última faixa do desenvolvimento pesquisada (12 a 18 meses), que expõe o eixo da função paterna (Kupfer et al., 2010).

Figura 1

Apresentação dos indicadores e seus respectivos eixos teóricos

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. 	SS/ED SS ED PA SS/PA
4 a 8 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. 	ED/PA ED ED/PA SS/PA ED ED/PA SS/ED/PA ED/FP
8 a 12 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos. 20. A criança faz gracinhas. 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. 	ED/SS ED ED SS/PA FP ED ED ED ED
De 12 a 18 meses	<ol style="list-style-type: none"> 23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios 	ED/FP ED/FP ED/FP FP SS/FP FP FP FP FP

Fonte: Kupfer (2009, p. 07)

Estudos de Ferrari et al. (2017) e Wiles e Ferrari (2020), indicam outros campos de atuação do IRDI como a educação infantil, em especial as creches. Neste contexto, profissionais podem ser preparados para observar o desenvolvimento em seus aspectos psíquicos, cognitivos e linguísticos, sendo denominado de maneira mais ampla de ‘Metodologia IRDI’.

As dimensões deste instrumento não lhe conferem valor diagnóstico, mas rastreamento do sofrimento psíquico, e havendo necessidade de uma avaliação mais precisa

seguem orientações que direcionam a intervenções efetivas (Kupfer et al., 2010).

Alguns dos seus marcos estão presentes na caderneta da criança, mas não são comumente monitorados no cotidiano das consultas como mostram os estudos de Garg e Dworkin (2011) e Hirai et al. (2018). O IRDI, segundo seus autores, pode também ser pensado como um auxiliar na promoção de saúde mental e não apenas como um instrumento de avaliação e de acompanhamento do desenvolvimento psíquico.

2.3.3 Marcos do Desenvolvimento: Política pública e parceria com a família

Os pais são informadores importantes no monitoramento do desenvolvimento infantil. Fornecem cuidados contínuos na rotina das crianças, sendo assim, fonte primordial de coleta de informações.

Para acompanhar de maneira eficiente e sistemática o desenvolvimento de seu filho o monitoramento pode ser realizado por meio dos ‘marcos do desenvolvimento’ que fazem parte da Caderneta da Criança, instrumento de atenção integral à saúde da criança e garantia dos seus direitos que deve ser utilizado nas consultas de rotina, no sistema de saúde brasileiro, do nascimento até aos 9 anos. Também é possível os pais verificarem no cotidiano do seu filho o alcance de cada indicador presente na caderneta de acordo com as faixas etárias correspondentes.

No âmbito dos estabelecimentos de saúde, para realizar um trabalho coerente com os princípios da vigilância do desenvolvimento infantil, a investigação do estado de saúde da criança deve ocorrer no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento. Em todas as consultas de rotina, o profissional de saúde deve buscar informações constantes nesta caderneta sobre: alimentação da criança, peso, comprimento ou altura e perímetro cefálico, vacinas, desenvolvimento, prevenção de acidentes, identificação de problemas ou riscos para a saúde. Traz ainda informações sobre o acompanhamento da criança com Síndrome de

Down e com Autismo (preenchimento do M-chat checklist de rastreio para o Autismo) indicando que “em caso de suspeita, é importante orientar os pais e cuidadores e encaminhá-los para locais que possam fazer o diagnóstico e o tratamento” (Ministério da Saúde, 2021).

No que corresponde especificamente às informações sobre o desenvolvimento, estão os referidos marcos do desenvolvimento que contemplam quatro áreas: (1) linguagem; (2) psicoafetiva; (3) motora grossa; e (4) motora fina, num total de quarenta e quatro indicadores a serem investigados. A maioria deles consta de escalas que têm uso generalizados como: Denver II, Sheridan e Gesell (Ministério da Saúde, 2002).

Estudos de Hirai et al. (2018) mostram que o acompanhamento da saúde infantil ocorre mais comumente de maneira informal, na ausência de protocolos específicos por parte dos profissionais de saúde. Parece existir uma baixa percentagem de preenchimento e correto acompanhamento da caderneta de saúde que, apesar de ser um instrumento gratuito, de fácil manuseio e imprescindível na assistência à saúde infantil, revela precariedade na sua utilização, como mostram os estudos de Amorim et al. (2018), Almeida et al. (2021) e Marques et al. (2021). Esse instrumento é a materialização do reconhecimento dos direitos sociais advindos da maternidade/paternidade e identificam os deveres no cuidado com a saúde da criança por parte do Estado como preconiza a constituição brasileira de 1988 e a Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (Brasil, 2015).

É importante salientar a participação dos pais, como observação contínua, mês a mês, de forma a complementar a avaliação pelo profissional no momento da consulta favorecendo a vigilância do desenvolvimento e o diálogo entre a família e os serviços de saúde.

3. Método

3.1. Objetivos de Investigação

O estudo tem como objetivo geral verificar se os pais têm percepção dos riscos do desenvolvimento dos seus filhos com idade entre 0 e 18 meses. Os seus objetivos específicos consistem em comparar os dados dos questionários de percepções aplicados aos pais relativamente aos riscos do desenvolvimento dos filhos com os dados da avaliação do desenvolvimento das crianças efetuado por meio de testes de rastreio.

3.2 Desenho da investigação

Para satisfazer aos objetivos propostos, o estudo baseia-se num paradigma de investigação qualitativa e quantitativa, com abordagem principalmente quantitativa na natureza dos dados. Pretende-se realizar um estudo exploratório no intuito de ser um suporte elementar para estudos futuros, através do levantamento entre a experiência dos sujeitos e os instrumentos de rastreio por meio de coleta de dados transversal.

A pesquisa apoia-se no método comparativo em que visa encontrar semelhanças e diferenças nos distintos fenômenos que envolvem a percepção dos pais e o desenvolvimento dos seus filhos, sendo a comprovação um dos principais objetivos (Gonsalves, 2018).

3.3 Método de Análise dos Dados

Na análise dos dados foi usado o programa Microsoft Office Excel 365, para, a partir da organização em planilhas, realizar análise dos dados de forma descritiva com a produção de tabelas de distribuição de frequências agrupadas e não agrupadas e gráficos.

3.4 Caracterização do Meio e dos Participantes do Estudo

Participaram deste estudo 54 pais de crianças de 0 a 18 meses (n=54). A seleção dos

participantes ocorreu a partir do universo de crianças matriculadas em creche pública municipal e crianças provenientes do Programa municipal PAI (Programa de Atenção à Primeira Infância).

São 11 as creches públicas existentes no município de Patos, e 3 destas possuem crianças com a referida faixa etária, contabilizando 49 crianças com menos de 18 meses na data da coleta de dados. Destas, 5 crianças tiveram suas matrículas canceladas durante a recolha de dados. Das 44 crianças que restaram, 27 pais tiveram disponibilidade em participar no estudo.

A esse número somaram-se 27 crianças do Programa PAI, totalizando 54 crianças. O PAI foi implantado recentemente, em 2021, destinado a famílias carentes, tendo como principal diretriz a segurança alimentar, princípio estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2022) da OMS e no inciso 3º do art. 14 do Marco Legal da Primeira Infância brasileiro (Lei Nº 13.257, 2016). Beneficia as famílias por meio de um voucher de 100 reais abrangendo 330 famílias constituídas por gestantes ou com crianças de até 2 anos de idade.

Vale ressaltar a característica homogênea dessa população-alvo, visto que o público atendido nas creches públicas é predominantemente de baixa renda, portanto de status econômico semelhante às famílias assistidas pelo programa de segurança alimentar, o PAI. Não foram incluídos nesta seleção crianças que tinham diagnóstico de alguma doença, síndrome ou transtorno, perfeitamente identificado, que afetem o desenvolvimento infantil. O cenário do estudo correspondeu a três unidades de creches que atendem a faixa etária de 6 meses aos 5 anos e uma unidade de CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) que faz parte do Complexo da Primeira Infância, formado pelo referido centro, uma praça específica para crianças pequenas e uma creche. Este complexo atende o público com vulnerabilidade social, contemplado por transferência de renda, localizado no município de

Patos, Estado da Paraíba, Brasil. O município tem uma área territorial de 472,892 km²[2021], população estimada em 108.766 [2021] pessoas e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,701[2010] (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

As características gerais dos sujeitos estão apresentadas na tabela 1. A idade média dos bebês foi de 9,5 meses. Observa-se que a maioria está na faixa etária de 11 a 18 meses. Há uma discreta predominância do sexo masculino. Quase todos nasceram a termo, mas 2 bebês precisaram ter a idade corrigida na aplicação dos instrumentos. Os respondentes foram na maioria mulheres predominantemente na faixa etária de 26 a 40 anos. O nível educacional mais frequente foi o ensino médio, mostrando uma baixa frequência em nível superior (concluído ou cursando). No que diz respeito à ocupação, uma significativa percentagem de sujeitos está fora do mercado de trabalho e, da parte que trabalha, quase metade está na base da informalidade, trabalhando como vendedores, cuidadores de crianças e idosos e serviços gerais.

Tabela 1

Características dos sujeitos

Características	n (%)
Criança	
Faixa etária (meses)	
0 a 9	14 (25,93)
10 a 18	40 (74,07)
Sexo	
Feminino	24 (44,44)
Masculino	30 (55,55)
Idade gestacional	
Pré-termo	02 (3,70)
À termo	52 (96,29)
Pós-termo	0 (00,00)
Cuidador	
Mãe	47 (87,03)
Pai	03 (5,55)
Avó	02 (3,70)
Tia	02 (3,70)
Idade	
16 a 25 anos	14 (25,92)

26 a 40 anos	35 (64,81)
41 ou mais	05 (9,25)
Nível Educacional	
Fundamental I a II	12 (22,22)
Ensino Médio	36 (66,66)
Ensino Superior	06 (11,11)
Ocupação	
Não trabalha	34 (62,96)
Trabalha	20 (37,03)
Trabalho formal	11(55%)
Trabalho informal	09 (45%)
Total	54 (100,0%)

3.5 Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada no período de abril a maio de 2022, com pais de 54 bebês até a 18 meses que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e cujos pais concordaram em participar do estudo.

A primeira etapa foi realizada nas creches com a entrega aos pais do comunicado (apêndice A) sobre a pesquisa e seus objetivos e consulta sobre a permissão de participação informada. Cada responsável assinou e colocou número de telefone para posterior agendamento da assinatura do termo de consentimento e recolha de dados. Dos 49 pais das crianças que possuíam a faixa etária do estudo, 44 foram contatados, (5 cancelaram matrícula), e destes 27 aceitaram participar da pesquisa.

O preenchimento dos instrumentos ocorreu numa sala da creche reservada para este fim, no turno da manhã e tarde, ao longo do período de três semanas, com duração média de 15 minutos de aplicação dos instrumentos para cada participante.

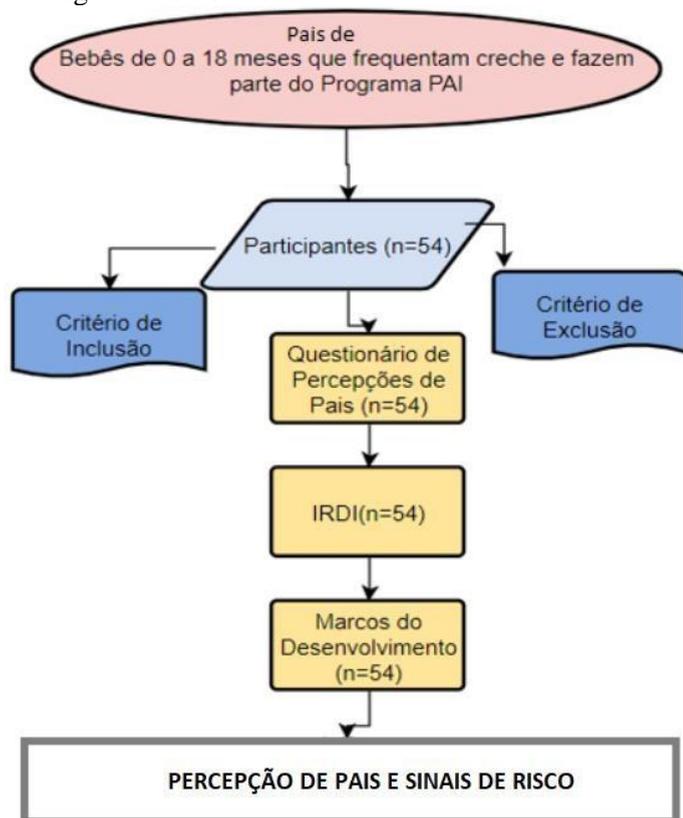
A segunda fase de recolha de dados ocorreu no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) que faz parte do Complexo da Primeira Infância. Teve uma dinâmica de recolha diferenciada, mais rápida, por um período de 5 dias, devido às mães permanecerem no serviço durante mais tempo, ou contrário das creches em que o contato com os pais ocorreu num período mais rápido e limitado. À medida que as mães compareciam na unidade para

frequentar as oficinas de Estimulação Precoce (EP) ou enquanto aguardavam receber voucher (auxílio alimentar), eram consultadas diretamente se aceitavam participar da pesquisa.

Na realização do questionário e monitoramento do desenvolvimento foram colhidas informações dos bebês sobre idade, sexo, idade gestacional. Com relação aos pais ou responsáveis colheram-se informações sobre idade, escolaridade e ocupação.

Os tópicos essenciais estruturantes da pesquisa estão estabelecidos no fluxograma da figura 2 a seguir.

Figura 2
Fluxograma do Estudo



3.5.1 Aspectos Éticos

A pesquisa está estruturada conforme as diretrizes éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que regulamenta pesquisas com seres humanos e Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências

Humanas e Sociais que utilizam dados diretamente obtidos com os participantes, informações identificáveis ou que possam acarretar riscos. Para fins de formalidade está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Percepção de Pais sobre os Riscos de Desenvolvimento de Crianças de Creche”, que possui parecer favorável, nº 5.360.271, CAAE: 56463522.1.0000.5181 (Anexo A) do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

Na coleta de dados houve a transmissão de informações sobre a pesquisa e assegurado o anonimato, o sigilo das informações e o direito de desistência em qualquer momento do estudo. Para a ocorrência do sigilo, os registros de dados foram codificados com letras e números em lugar do nome do participante. Foram solicitadas a leitura e a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) por todos os participantes da pesquisa (Apêndice B).

O estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes. Houve a preocupação com a otimização do tempo e empenho em estabelecer um ambiente propício tanto para o bebê como para os pais ou responsáveis no momento da recolha de dados. Procurou-se explicitar as questões o melhor possível, com linguagem clara e objetiva dando exemplos para facilitar o entendimento destas.

Com o enfrentamento da pandemia, apesar de situação amenizada, no período da recolha foram seguidos os protocolos de biossegurança e prevenção contra o novo coronavírus, durante a realização do preenchimento dos instrumentos, como: uso de máscara (mesmo o seu uso não sendo mais obrigatório) álcool a 70% e distanciamento entre a pesquisadora e os participantes do estudo.

3.6 Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos estabelecidos para esta pesquisa são o questionário sobre as

percepções dos pais e os dois instrumentos de rastreio do desenvolvimento infantil: Marcos do Desenvolvimento da caderneta da criança e o IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil). Tem como objetivo rastrear sinais de riscos do desenvolvimento, não possuindo a função de diagnosticar alguma patologia, mas alertar para a possibilidade de haver algum desvio na linha do desenvolvimento, a partir da observação de ausência de algum indicador do desenvolvimento correspondente à idade da criança. Tais instrumentos são essenciais para facilitar a compreensão e a construção de conclusões relevantes para o problema de investigação em questão.

O instrumento aplicado aos pais "Questionário de Percepções dos Pais" (Apêndice C), concede uma primeira visão do desenvolvimento das crianças na perspectiva dos pais, sendo este o objetivo central do estudo. Os instrumentos de rastreio, IRDI e Marcos do Desenvolvimento, exploram globalmente domínios do desenvolvimento, incluindo aspectos da vida psíquica da criança nos primeiros anos de vida.

3.6.1 *Questionário de Percepções dos Pais*

Este questionário tem o objetivo de indagar os pais a respeito de suas percepções sobre os aspectos globais do desenvolvimento das crianças. Foi baseado no instrumento de rastreio PEDS (*Parents' Evaluation Developmental Status*) (Anexo B), produzido por Frances Page Glascoe nos EUA em 1998 (Glascoe, 2000).

Com base no PEDS, o questionário é dividido em perguntas abertas e fechadas. As abertas pedem aos pais para listar percepções específicas com relação ao filho no que diz respeito à aprendizagem, desenvolvimento e comportamento e quaisquer outras. As fechadas especificam as preocupações dos pais com relação aos domínios por meio de questões dicotômicas de forma a serem dadas as respostas "sim" ou "não", sendo eles: linguagem expressiva, linguagem receptiva, motricidade global, motricidade fina, competências

acadêmicas, autoajuda, competências socioemocionais, comportamento e cognição global e outras.

Nos itens pergunta-se: Você tem alguma preocupação sobre como seu filho fala? Sucessivamente, esta mesma forma de pergunta é feita sobre a preocupação com relação a “entende o que você diz”, “usa as mãos e dedos para fazer as coisas”, “usa os braços e pernas para fazer as coisas”, “se relaciona com os outros”, “está aprendendo a fazer as coisas por si mesmo”, “está aprendendo habilidades pré-escolares”. Estas perguntas são seguidas de comentários, caso o respondente deseje acrescentar algo.

3.6.2 Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

O instrumento IRDI tem base psicanalítica, foi desenvolvido por uma equipe de especialistas brasileiros e o seu foco é a observação da relação da criança e seu cuidador nos primeiros 18 meses. Os indicadores são observados no contato entre mãe e bebê durante consultas rotineiras. É composto por 31 indicadores divididos em quatro etapas do desenvolvimento do bebê: 0-4, 4-8, 8-12 e 12-18 meses. Todas estas etapas foram investigadas no presente estudo.

Os indicadores se apresentam por meio de afirmações (Anexo C). As respostas podem ser: indicador presente (P), ausente (A) ou não verifica (NV). Quando presentes, são indicadores de desenvolvimento, quando ausentes, são indicadores de risco para o desenvolvimento. A partir da ausência de pelo menos dois indicadores é considerado que a criança se encontra em risco de desenvolvimento.

3.6.3 Marcos do Desenvolvimento Infantil

Os Marcos do Desenvolvimento fazem parte da composição da caderneta da criança, um documento amplo de informações a respeito do histórico global da saúde da criança,

desenvolvido pelo Ministério de Saúde e utilizado no sistema de saúde brasileiro. É composto por 44 indicadores que contemplam as áreas: linguagem, motora fina, motora grossa, e interação social, distribuídas em cada faixa etária (Ministério da Saúde, 2021).

Neste estudo, considerou-se o preenchimento destes marcos como elemento de monitoramento do desenvolvimento infantil, junto aos pais, na recolha de dados. Na caderneta constam marcos de zero aos 6 anos, para o acompanhamento sistemático da criança, mas para este estudo foram considerados especificamente os indicadores de 0 a 18 meses (figura 2.3 e 2.4).

O preenchimento é feito localizando as quatro linhas coloridas da mesma cor correspondentes aos marcos do desenvolvimento da faixa etária da criança, como mostram as figuras. Verifica-se a presença dos marcos ou habilidades e preenche os espaços correspondentes seguindo a classificação “P = marco presente”, “A = marco ausente” e “NV = marco não verificado”. A partir da ausência de um indicador correspondente à faixa etária, considera-se “alerta”, sendo um indicador ou mais ausente na faixa etária anterior, considera-se “risco”, se nenhuma dessas duas situações se aplicarem considera-se “adequado”.

Figura 3**Marcos do Desenvolvimento de 0 a 6 meses**

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses						
		0	1	2	3	4	5	6
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.							
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.							
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.							
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.							
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.							
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.							
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.							
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.							
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe o faça.							
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.							
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).							
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.							
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.							
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.							
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.							
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.							

Fonte: Caderneta da Criança (2021, p. 81)

Figura 4**Marcos do Desenvolvimento dos 6 aos 18 meses**

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses													
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.														
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.														
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dadá", "mamã". Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.														
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.														
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.														
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.														
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.														
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.														
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.														
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.														
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.														
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.														
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.														
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.														
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.														
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.														

Fonte: Caderneta da Criança (2021, p. 82)

Para verificação da presença dos marcos é necessário a utilização de alguns objetos (como chocalho, dados, copo, bolinhas de papel e outros) de forma a constatar o que a criança consegue realizar de acordo com sua faixa etária. Alguns itens podem ser investigados por meio de pergunta ao cuidador. É preciso que a verificação ocorra também relativa aos itens de uma faixa etária anterior para saber se os indicadores foram adquiridos. Um ambiente propício, com a criança no colo da mãe ou cuidador, é condição adequada para ocorrer a avaliação. A ausência de um ou mais marcos para a idade correspondente classifica como alerta, a ausência de um ou mais marcos na faixa etária anterior é compreendido risco para o desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2021).

Caso a criança tenha nascido prematura, é preciso corrigir sua idade, diminuindo da idade atual o tempo que faltou para completar 40 semanas ou 9 meses de gestação.

4. Apresentação e Análise dos Dados

A amostra de 54 participantes analisada neste estudo comporta 24 crianças do sexo feminino e 30 do sexo masculino. A idade média das crianças no momento da recolha de dados foi de 9,5 meses para os meninos e 10,0 meses para as meninas. A análise dos dados e a consideração dos resultados (tabela 3.2) terão como referência os dados globais e a divisão das crianças em dois grupos consoante a faixa etária (grupo A, 0-9 meses; grupo B, 0-18 meses). A maioria das crianças encontra-se no grupo B.

Tabela 2

Divisão de grupos por faixa-etária

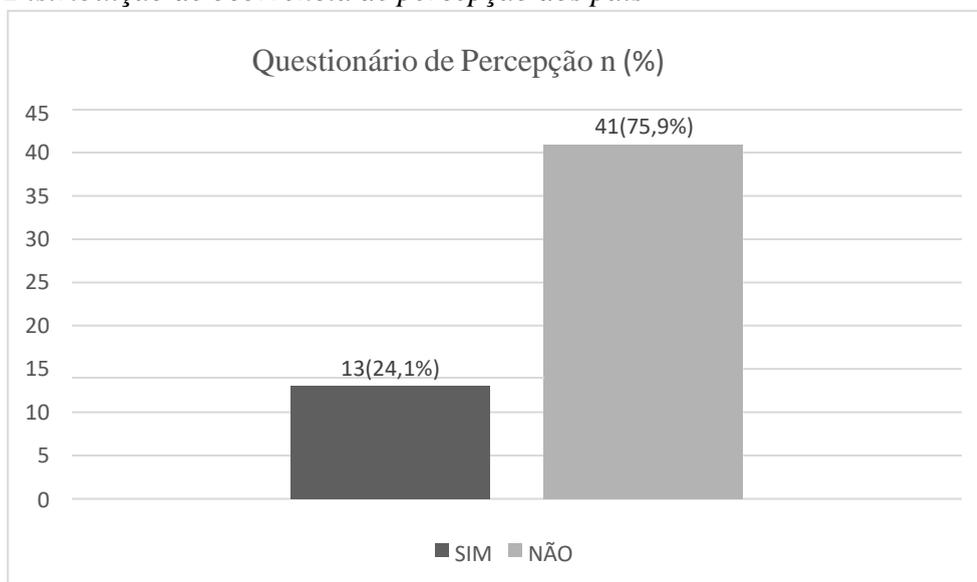
Faixa Etária	N	%
Grupo A: 0-9 meses	14	25,9
Grupo B: 10-18 meses	40	74,1
Total	54	100

4.1. Questionário de Percepções dos Pais

Levando-se em conta o total de respondentes (n=54) com relação à percepção de riscos do desenvolvimento das crianças, 13 pais demonstraram ter essa percepção, enquanto a maior parte não o referiu (figura 5).

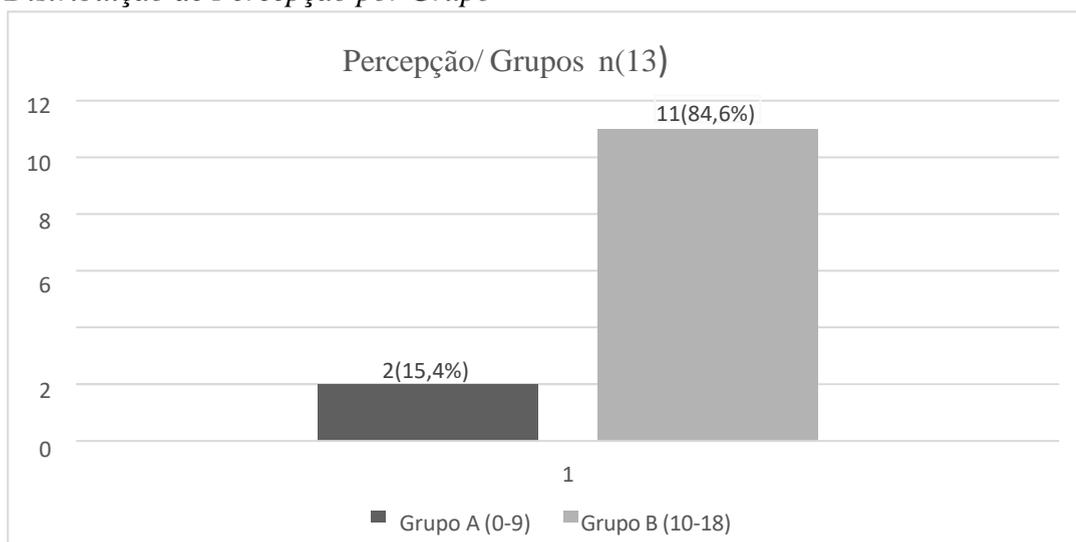
Temos assim que apenas 24,1% registam alguma apreensão relativamente à possibilidade dos seus filhos terem alguma dificuldade no seu desenvolvimento.

Figura 5
Distribuição de ocorrência de percepção dos pais



Em referência aos dois sub-grupos por faixa etária, constatou-se uma reduzida incidência de percepções no grupo de pais das crianças mais novas, conforme figura 6. Apesar de haver registro de percepções a partir de 3 meses de idade, apenas 2 pais mostraram percepção no grupo de 0 a 9 meses, enquanto os outros 11 são do outro grupo.

Figura 6
Distribuição de Percepção por Grupo



Quando, nas perguntas seguintes, se exploram as percepções em relação aos domínios do desenvolvimento em que se situam as percepções (tabela 3), houve predominância em

‘competências sócioemocionais’ (42,3%), seguido por proporção mais discreta de ‘linguagem expressiva’ e ‘comportamento’. Houve domínios que não foram expressos, como é o caso da linguagem receptiva, competências acadêmicas e autoajuda (tabela 3). Os pais expressaram percepções em mais de um domínio.

Tabela 3
Questionário de percepções de acordo com os domínios

Domínios	Ocorrência	%
Linguagem Expressiva	5	20
Linguagem Receptiva	0	0
Motricidade Global	1	4
Motricidade Fina	1	4
Competências Socioemocionais	11	44
Comportamento	4	16
Global/Cognição	1	4
Competências acadêmicas	0	0
Autoajuda	0	0
Outras	2	8
TOTAL	25	100

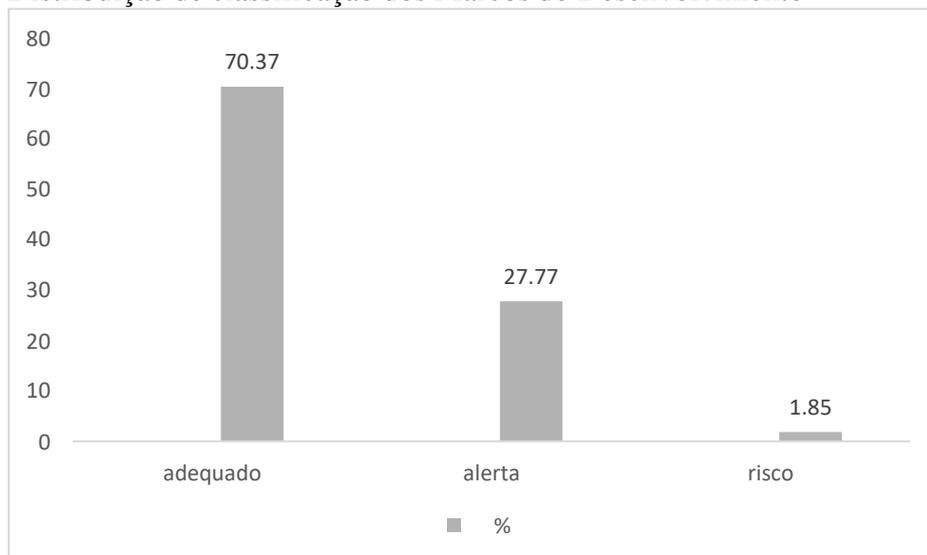
4.2. Marcos do Desenvolvimento

Os resultados obtidos dos “Marcos do Desenvolvimento” (n=54) apresentaram a classificação de “adequado” para aproximadamente três terços do total (figura 7). Houve apenas uma ocorrência na classificação “risco” (o bebê apresentou um indicador ausente na faixa etária anterior), e 15 bebês na classificação “alerta”.

Os resultados obtidos na avaliação dos “Marcos do Desenvolvimento” (n=54) apresentaram a classificação de “adequado” para aproximadamente 70% do total (figura 7). Houve apenas uma ocorrência na classificação “risco” (em que o bebê apresentou um indicador ausente na faixa etária anterior) e 15 bebês tiveram a classificação de “alerta”.

Figura 7

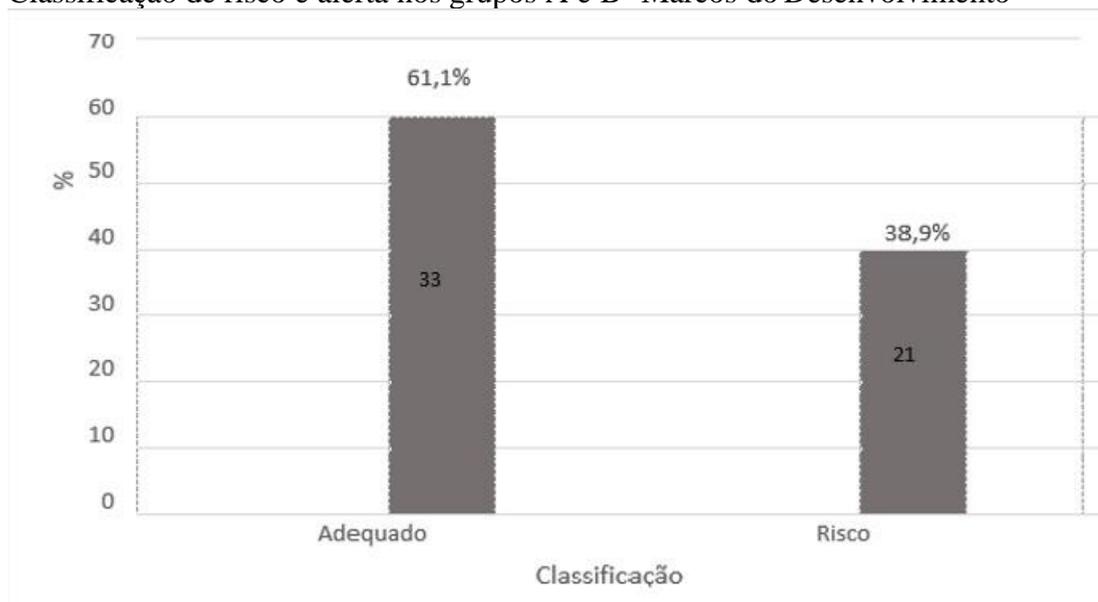
Distribuição de classificação dos Marcos do Desenvolvimento



Na verificação dos marcos do desenvolvimento referente aos sub-grupos A e B observaram-se resultados discrepantes. Dos 16 que registraram algum tipo de alteração, apenas 1 bebê do grupo A está em condição de alerta, enquanto que no grupo B se concentraram os restantes mais de noventa por cento (14 bebês em “alerta” e 1 em “risco”).

Figura 8

Classificação de risco e alerta nos grupos A e B- Marcos do Desenvolvimento

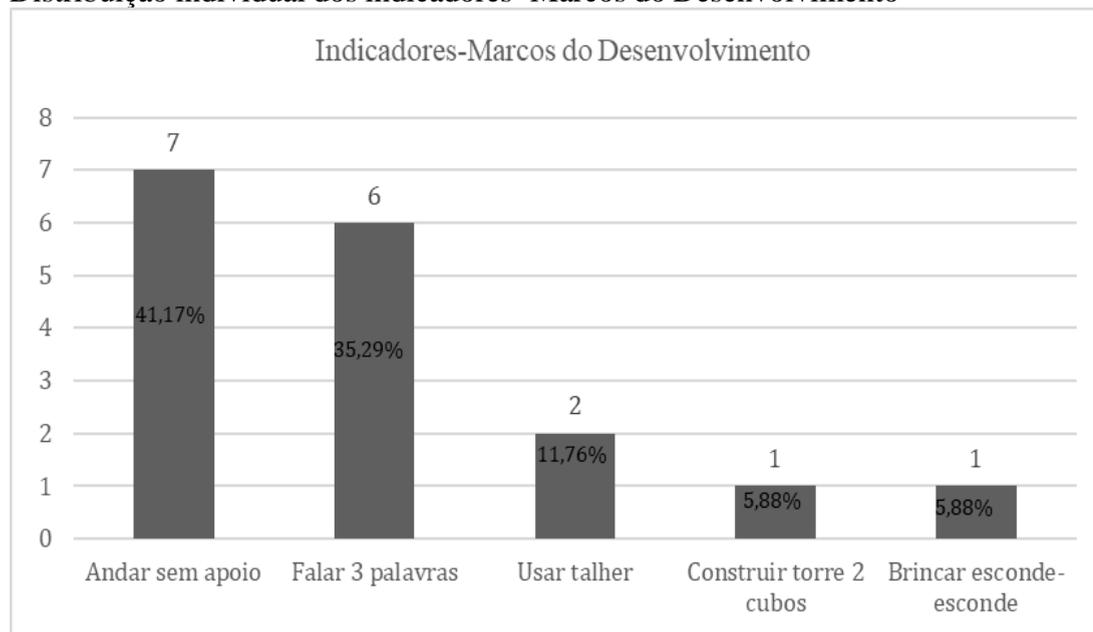


Os indicadores dos marcos do desenvolvimento relativos às áreas motora grossa,

motora fina, interação social e linguagem, tiveram como indicadores mais ausentes (Figura 9) “andar sem apoio” e “falar 3 palavras” nas crianças que estão na condição alerta e risco. Foram, portanto, as áreas motoras grossa e linguagem que se revelaram mais ausentes no desenvolvimento das crianças. Estes indicadores estão presentes na faixa etária de 12 a 18 meses.

Figura 9

Distribuição individual dos indicadores- Marcos do Desenvolvimento

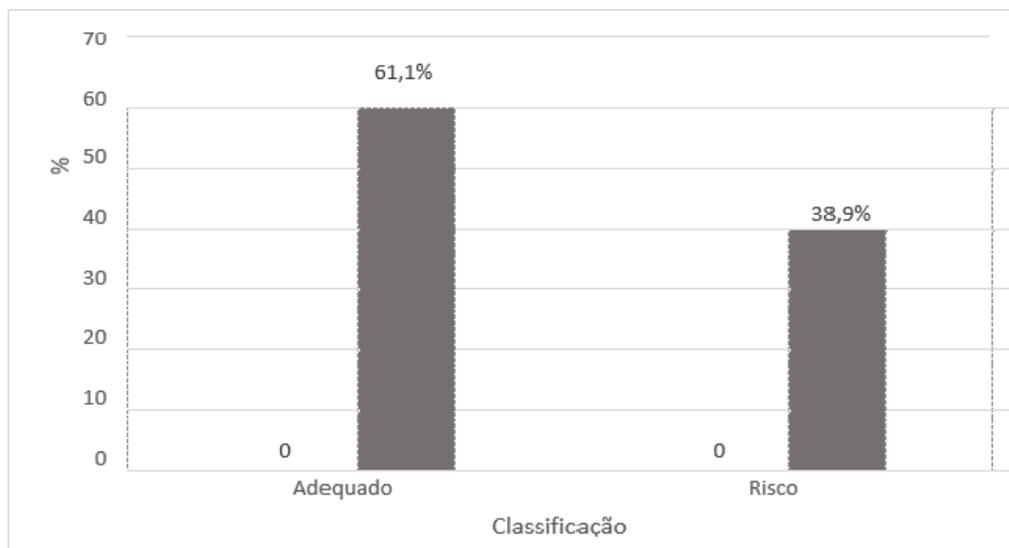


4.3 IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil)

O instrumento IRDI (n=54) teve considerável frequência na categoria “risco”, o que representou que mais de 38% de bebês mostraram a ausência de dois ou mais indicadores. A Figura 10 mostra o registro com a categorização dicotômica “risco” e “adequado”.

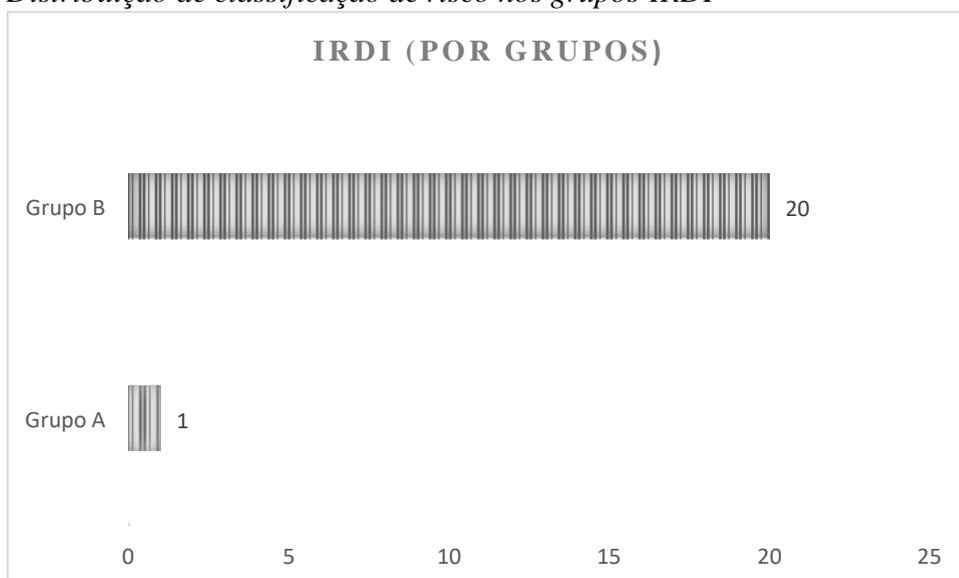
Figura 10

Distribuição de classificação do IRDI



Os resultados tiveram maior incidência no sub-grupo B que foi responsável por 95% da classificação “risco”, uma vez que o grupo A teve somente um bebê considerado na condição “risco” (Figura 11).

Figura 11
Distribuição de classificação de risco nos grupos-IRDI

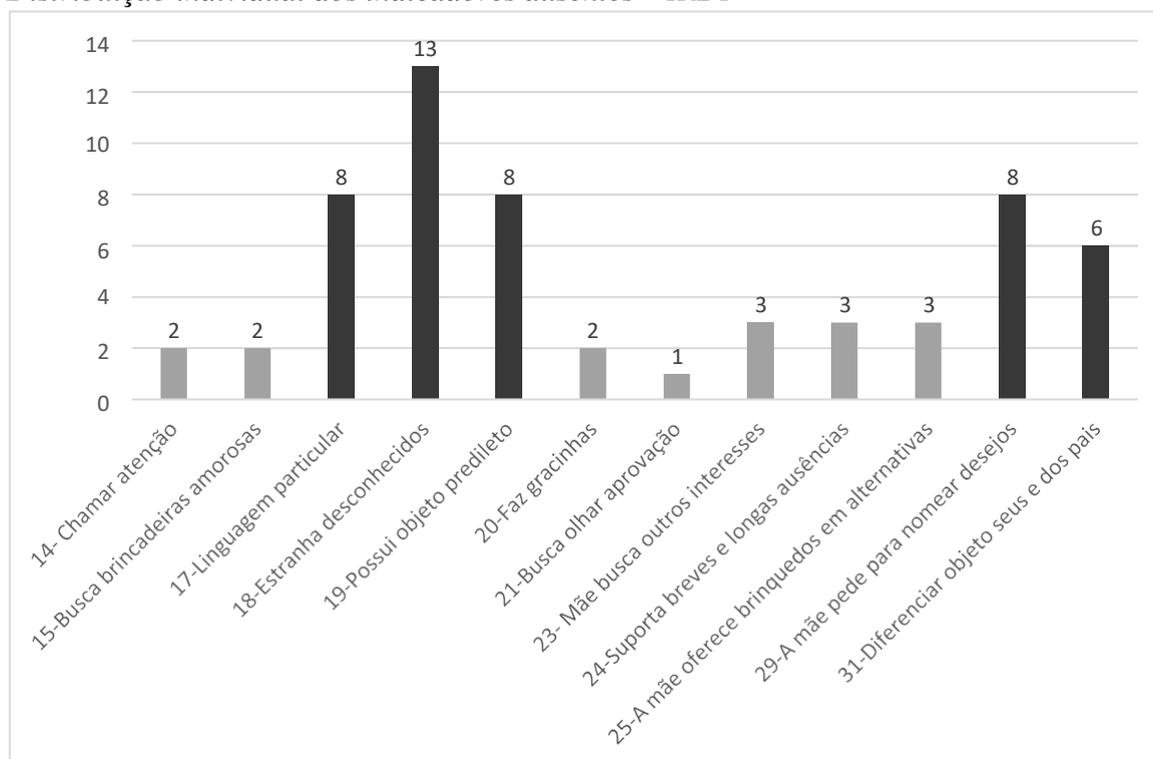


Na figura 1 2 os IRDI estão apresentados com seus respectivos números e de acordo com os indicadores que estiveram mais ausentes no monitoramento do desenvolvimento das crianças. Estão em destaque (em negro) os três primeiros lugares, com o

18 em primeiro lugar (A criança estranha pessoas desconhecidas para ela) como o mais ausente que corresponde ao eixo da função paterna (FP). Em segundo lugar estão 3 indicadores com índices iguais, 17, 19, 29, que correspondem respectivamente aos eixos suposto sujeito (SS) e alternância presença/ausência (PA), estabelecimento de demanda (ED) e função paterna. Por último, o 31 como terceiro mais ausente, também correspondente a função paterna. Estes indicadores com maior ausência pertencem a faixa etária de 8 a 18 meses.

Figura 12

Distribuição individual dos indicadores ausentes – IRDI



4.4. Triagem do Desenvolvimento das Crianças e Percepção dos Pais

Para analisar a percepção dos pais, precisamos considerar (tabela 4) a partir do total de 54 pais. Destes, 13 perceberam alterações no desenvolvimento do filho e destes 13, 8 crianças tiveram resultado de situação de “vigilância” após avaliação, ou seja, a proporção de 61,53% estava condizente no que diz respeito “percepção dos pais e avaliação do desenvolvimento”.

No grupo dos pais (41) que “Não” perceberam risco no desenvolvimento dos filhos,

24 dos filhos tiveram desenvolvimento adequado de acordo com os testes de rastreio. Os restantes, 17 crianças, mostraram riscos, apesar dos seus pais não o conseguirem perceber.

Tabela 4

Síntese da triagem do desenvolvimento das crianças

Pais (N=54)	n		Crianças em risco n (%)	Crianças em desenvolvimento adequado n (%)
Perceberam risco	13	n=13	8 (61,5)	5(38,5)
Não perceberam risco	41	n=41	17 (41,4)	24 (58,6)
Total	54		25	29

A tabela 5, fazendo análise no sentido inverso, descreve os resultados de crianças em risco e a percepção dos seus pais. Quantifica os pais que conseguiram perceber riscos de desenvolvimento das crianças que apresentaram a condição “em vigilância” do desenvolvimento. Nela encontra-se um espectro de classificação que envolve as condições adequado, alerta e risco. Das 25 crianças consideradas em alerta ou risco, 32% (8) tiveram percepções adequadas por parte de seus pais quanto aos riscos, ou seja, estes conseguiram detectar precocemente problemas de desenvolvimento dos filhos.

Tabela 5

Disposição dos resultados de crianças em risco e percepção dos pais

(N=25)	n	Percepção	n	%
IRDI + MD				
Risco+alerta	11		03	
Risco +adequado	09		03	
Adequado+alerta	04		01	
Risco +risco	01		01	
Total	25		08	32

Nota. MD: Marcos do Desenvolvimento

5. Discussão dos Resultados

Neste estudo foi realizado uma divisão por grupo de faixa-etária. O grupo A com crianças de 0 a 9 meses e o grupo B composto por crianças de 10 a 18 meses. Foi perceptível a identificação ainda mais reduzida de percepções em pais de crianças com idades mais jovens, o que pôde ser comparado aos resultados de outros estudos. Essa tendência pode ser explicada pelo fato de que as expectativas dos pais e demandas serem maiores com o aumento da idade, como aponta Mukherjee (2022), em seu estudo que, de forma similar encontrou um índice de percepções baixo em idades mais jovens. Também é possível considerar que há dificuldade dos pais em identificar as aquisições do desenvolvimento nos anos iniciais da infância.

Nos instrumentos de rastreio, as áreas motoras grossa (41,17%) e linguagem (35,29%) respectivamente foram as que estiveram mais ausentes no desenvolvimento das crianças na avaliação dos Marcos do Desenvolvimento. No instrumento IRDI, o indicador mais ausente foi o que corresponde a função paterna, que diz respeito a criança estranhar pessoas desconhecidas. Todos estes indicadores citados foram mais ausentes no grupo B (10-18meses).

No questionário dos pais, as percepções socioemocionais foram expressas mais comumente (42,30%), seguidas por linguagem expressiva (19,23%) e comportamentais (15,38%) nas respostas dos pais. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Chunsuwan et al. (2016), realizado para examinar o potencial do PEDS como uma ferramenta de triagem (n=266), que teve como percepções mais comuns os problemas comportamentais, problemas socioemocionais e linguagem expressiva. Sholikhah et al. (2022), em seu estudo transversal (n= 92) com objetivo semelhante, constatou quatro aspectos significativos do score PEDS, a saber, global/cognitivo, linguagem expressiva, socioemocional e a presença de outras percepções. Como se percebe, a linguagem expressiva e as competências socioemocionais são recorrentes nas percepções apresentadas nestes estudos.

Os instrumentos IRDI e Marcos do Desenvolvimento tiveram desempenhos diferenciados, sendo importante observá-los também isoladamente. O primeiro mostrou considerável índice de risco (38,88%), enquanto os Marcos do Desenvolvimento apresentaram a proporção menor de 1,85% de risco e 27,77% de alerta. À medida que o IRDI mostra um percentual mais alto, também apresentou em sua aplicabilidade mais dificuldade de compreensão de seus itens por parte dos pais, podendo este fato estar associado a esta elevação. Importante ainda considerar as questões subjetivas deste instrumento, diferentemente do caráter objetivo existente nos indicadores dos Marcos do Desenvolvimento.

Foram consideradas 25 crianças em estado de vigilância. A proporção de 46,29% crianças consideradas em alerta e risco do desenvolvimento é um número considerável, contudo, há que se considerar o caráter transversal do estudo e que diante de uma criança com uma triagem positiva, será necessário, posteriormente, uma avaliação do desenvolvimento mais detalhada, para melhor investigação. Não tendo assim, os instrumentos de rastreio, um determinismo na avaliação do desenvolvimento propriamente dito.

Um fator importante também a considerar é que estas crianças nasceram em plena da pandemia do Covid-19, um evento de forte impacto no desenvolvimento infantil em todos os aspectos, que de forma inquestionável interferiu, ameaçou a saúde física e mental dessas crianças e de seus cuidadores no ambiente limitado em que viviam, podendo ter havido interferência no julgamento do desenvolvimento das crianças.

No tocante a percepção de pais, Glascoe (2003) aponta que pais de crianças com um desenvolvimento típico são capazes de referirem preocupações significativas e podem detectar alterações sutis posteriores no desenvolvimento das crianças. Neste estudo, considerando-se que apenas 32% dos pais conseguiram detectar os riscos, é possível observar uma fraca percepção dos pais sobre os riscos de desenvolvimento dos seus filhos. Uma considerável porcentagem

não conseguiu prevêr riscos, enquanto outra parte, também considerável, percebeu riscos que não foram identificados nos resultados da avaliação.

Levando-se em conta esses aspectos, o que é relevante nesses achados, é que alguns pais cujos filhos não apresentaram problemas de desenvolvimento, identificaram percepções, enquanto, por outro lado, há um grupo de pais que não conseguiram expor as percepções quando tal seria esperado.

5.1 Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações com implicações na interpretação e generalização dos resultados. Inicialmente, em relação ao tamanho da amostra. Pode ser útil, em pesquisas futuras, obter uma amostra maior para comparar os resultados e correlacionar elementos preditivos da detecção dos riscos de desenvolvimento dos sujeitos.

Alguns itens no questionário de percepções referentes as perguntas fechadas, mostraram-se pouco adequados para crianças dos primeiros meses. Os pais destas crianças, inclusive, reagiram com surpresa às perguntas. O aparecimento das habilidades referentes a estas, é esperado em idades mais avançadas, como mostram os Marcos do Desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2021).

Foi perceptível a dificuldade por parte dos respondentes em compreender algumas questões, havendo a necessidade de repeti-las ou contextualizá-las para que os mesmos as compreendessem melhor.

A questão cultural esteve presente no processo de compreensão dos pais ao responderem o questionário, o que demonstra a necessidade de atenção ao se adaptar o instrumento PEDS para um questionário. Segundo Abdoola et al (2022), é essencial entender como ferramentas como o PEDS são projetadas para populações específicas. Este foi criado para uso em um contexto de renda alta, e a população de um contexto de renda mais baixa pode, portanto, exigir ajuste ou adaptação de acordo com a língua e/ou cultura.

No instrumento IRDI também houve dificuldade de compreensão. Os pais mostraram dificuldade em entender do que se tratava exatamente alguns indicadores, o que foi sanado com uma segunda explicação. Houve um indicador que, quando presente, foi percebido pelos respondentes como um aspecto negativo do desenvolvimento da criança, havendo a necessidade de esclarecer o aspecto positivo de acordo com a perspectiva do instrumento, como por exemplo, o indicador: “A criança estranha pessoas desconhecidas para ela”.

6. Considerações Finais

Propusemo-nos desenvolver um estudo que responda à questão de investigação: Pais de crianças de 0 a 18 meses identificam precocemente os riscos de desenvolvimento de seus filhos? Para mensurar este tópico de investigação, os pais foram solicitados a expressar as suas percepções a respeito da aprendizagem, desenvolvimento e comportamento do seu filho por meio da aplicação de questionário.

As percepções foram expressas predominantemente nas áreas socioemocionais, linguagem expressiva e comportamentais. Após avaliação do desenvolvimento das crianças, a relação dos resultados dos instrumentos de rastreio com a percepções dos pais, indicou um índice reduzido (32%) de sensibilidade ao desenvolvimento de seus filhos.

O presente estudo poderá ser útil no âmbito da educação e da primeira infância, por mostrar que os pais não estão suficientemente despertos para os sinais de risco que aparecem nas sucessivas fases de aquisição dos marcos do desenvolvimento, na medida em que deixaram passar despercebidos sinais de risco de desenvolvimento numa considerável parcela das crianças. Para haver uma possível detecção precoce de perturbações do desenvolvimento, é necessário um estado de alerta por parte dos pais.

É papel da educação estar atenta às estas questões e buscar auxiliar os pais nesse conhecimento para amenizar as consequências das possíveis perturbações do desenvolvimento que podem ocorrer na infância.

Ademais, quando as percepções paternas estão presentes, aparecem em forma de preocupações e os profissionais devem legitimá-las como recurso importante, agir com atenção e fazer intervenção específica, a fim de efetivar o processo de vigilância do desenvolvimento infantil.

Referências Bibliográficas

- Abdoola, S., Swanepoel, D. W., & Van Der Linde, J. (2022). A Scoping Review on the Use of the Parents Evaluation of Developmental Status and PEDS: Developmental Milestones Screening Tools. *Journal of Early Intervention*. doi:10.1177/10538151221091202
- Amorim, L. D. P., Senna, M. I. B., Gomes, V. E., Amaral, J. H. L. D., Vasconcelos, M., Silva, A. G. D., Lucas, S.D. & Ferreira, R. C. (2018). Filling process of the child health record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27 (1).
- American Academy of Pediatrics. (2006). Council on children with disabilities, section on developmental behavioral pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives For Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405-420.
- Albuquerque K.A, Cunha A.C.B. New trends in instruments for child development screening in Brazil: a systematic review. (2020) *J Hum Growth Dev*. 30(2):188-196.
- Almeida, A. T. S. D. de., et al.,. Desafios na utilização da caderneta de saúde para o diagnóstico de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), e126101018663. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18663>.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A Criança em desenvolvimento* (12ªed.). Artmed.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ...& Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*,

389(10064), 77-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

Caderneta de saúde da criança - menino. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 92p.

Ministério da Saúde. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasil. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf

Corrêa, M. S. (2016). *Criança, Desenvolvimento e Aprendizagem*. Cengage.

Chunsuwan, I., Hansakunachai, T., & Pornsamrit, S. (2016). Avaliação dos pais do estado de desenvolvimento (PEDS) na triagem: a experiência tailandesa. *PediatricsInternational*, 58 (12), 1277-1283.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (2010). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Dos Santos, T. D., de Souza, A. P. R., Londero, A. D., Machado, F. P., & Cunha, M. C. (2019). Psychism and language in the interdisciplinary clinic with young children. *Distúrb Comun.* 31(1): 54-68.

De Sordi, J.O. (2017). *Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa*. Saraiva.

Fattore, I. D. M., Uhde, R. M., Oliveira, L. D., Roth, A. M., & Souza, A. P. R. D. (2017). Comparative analysis of initial vocalizations of preterm and full-term infants with and without risk for development. *CoDAS*, 29. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Feldman, R.S. (2015). *Introdução à Psicologia*. (10ª. ed.) AMGH. Artmed.

Ferrari, A. G., Fernandes, P. D. P., Silva, M. D. R., & Scapinello, M. (2017). A experiência com a Metodologia IRDI em creches: pré-venir um sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20, 17-33.

Figueiras, A. C. D. M. (2015). Vigilância do desenvolvimento da criança. *BIS, Bol. Inst.Saúde*, 16 (1): 77-83.

- Garg, A., & Dworkin, P. H. (2011). Applying surveillance and screening to family psychosocial issues: implications for the medical home. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 32(5), 418.
- Glascoc, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinicalpediatrics*, 42(2), 133-138. <https://doi.org/10.1177/000992280304200206>.
- Glascoc, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3), 173-179. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20068>
- Gonçalves, A. S. C. (2015). *A participação dos pais na identificação de situações de risco no desenvolvimento infantil: estudo exploratório com a utilização do Parents' Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones PEDS: DM* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa] Repositórios Científicos. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/10434/1/Vers%C3%A3o%20Definitiva%20TESE%20Ana%20Sofia%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Gonsalves, E. P.(2018). *Conversas sobre Iniciação à Pesquisa Científica*. Alínea.
- Halpern, R. (2015). *Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento*. Manole.
- Halpern, R., & Figueiras, A. (2004). Environmental influences on child mental health. *Jornal de Pediatria*, 80, 104-110.
- Heckman, J. J. (2011). The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1), 31.
- Hirai, A. H., Kogan, M. D., Kandasamy, V., Reuland, C., & Bethell, C. (2018). Prevalence and variation of developmental screening and surveillance in early childhood. *JAMA pediatrics*, 172(9), 857-866. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.1524
- Hoogstraten, A. M. R. J. V., Souza, A. P. R. D., & Moraes, A. B. D. (2018). Complementarity between PREAUT grid and IRDI in the analysis of psychic risk at nine months of age and its relationship with gestational age. *In CoDAS* (30). Sociedade Brasileira de

Fonoaudiologia.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.(2022). *Censo Demográfico 2010-2021*. Brasil.

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/patos.html>

Knudsen, E. I. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior.

Journal of cognitive neuroscience, 16(8), 1412-1425.

Kupfer, M., Jerusalinsk, A., Bernardino, L., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L.

Stellin, R., Pesaro, E. & Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: Final results of a study based on psychoanalytic theory. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 13(1), 31-52.

Kupfer, M.C, & Bernardino, L.M. (2018). IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis.

Estilos da Clínica, 23(1), 62-82.

Jami, E. S., Hammerschlag, A. R., Ip, H. F., Allegrini, A. G., Benyamin, B., Border, R., ...&

Middeldorp, C. M. (2022). Genome-wide Association Meta-analysis of Childhood and Adolescent Internalizing Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.11.035>

Laznik, M. C. (2000). Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o autismo. *Psicanálise e clínica de bebês*, 4(3), 76-90.

Lipman, E. L., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1994). Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Association Journal*, 151(4), 431.

Lu, C., Cuartas, J., Fink, G., McCoy, D., Liu, K., Li, Z., ... & Richter, L. (2020). Inequalities in early childhood care and development in low/middle-income countries: 2010– 2018. *BMJ Global Health*, 5(2), e002314. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002314>.

Marques, K. F., da Silva, L., Canario, M. A. D. S. S., & Ferrari, R. A. P. (2021). Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta. *Enfermagem em*

Foco, 12(6).

Morais, M.B, Campos, S.O. & Hilário, M.O (2013) *Pediatria: diagnóstico e tratamento*.

Mukherjee, S. B., Verma, S., Sharma, S., & Aneja, S. (2022). Diagnostic Accuracy of Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS), PEDS Developmental Milestones, and PEDS Combined in Indian Children Aged Less than 2 Years. *Indian Journal of Pediatrics*, 89(5), 459-465.

Nunes, S. F.; Moraes.B.; Stella, A. R. B.; Hoogstraten, A. M. R.; Souza, A. P. R. Risco psíquico e desenvolvimento infantil: importância da detecção precoce na puericultura. (2020). *Revista Saúde*, 46 (2). DOI: 10.5902/2236583447856.

Noer, C., & Halpern, R. (2018). O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. *Resid Pediatr*, 8(3), 156-162.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>.

Organização das Nações Unidas. (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

Olliac, B., Crespin, G., Laznik, M. C., Cherif Idrissi El Ganouni, O., Sarradet, J. L., Bauby, C., ... & Saint-Georges, C. (2017). Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLOS one*, 12(12), e0188831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>.

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. *The Journal of pediatrics*, 111(5), 651-659. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(87\)80238-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(87)80238-X).

Papalia, D. E. & Feldman, D. F. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12. Ed). AMGH. Ribas Jr, R. D. C., Moura, M. L. S. D., & Bornstein, M. H. (2003). Socioeconomic status in

- Brazilian psychological research: II. Socioeconomic status and parenting knowledge. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 385-392.
- Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., ... & Paper 3 Working Group. (2017). Advancing early childhood development: From Science to Scale 3 Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 103-118.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79(3), 343-350.
- Sargaço, I. S. (2012). *Tradução e Adaptação do Parent's Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestone (Peds-Dm): Estudo exploratório* [Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa], Sistema Integrado de Bibliotecas. Repositório. <http://hdl.handle.net/10400.5/5498>
- Sigolo, A. R. L., & Aiello, A. L. R. (2011). Analysis of instruments for screening of childhood development. *Paidéia*, 21, 51-60. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100007>
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). Preface. In E. Zigler (Author) & J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. Xvii-Xviii). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). Chapter One. In E. Zigler (Author) & J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. Xvii-Xviii). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, 333(6045), 982-983.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... &

- Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Sholikhah, A., Irwanto & Budi Utomo, B. (2022). Indonesian Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS). *International Journal of Scientific Advances*, 3 (2). DOI: 10.51542/ijscia.v3i2.24.
- Sun, J., Patel, F., Rose-Jacobs, R., Frank, D. A., Black, M. M., & Chilton, M. (2017). Mothers' adverse childhood experiences and their young children's development. *American journal of preventive medicine*, 53(6), 882-891.
- Venancio, S. I., Teixeira, J. A., de Bortoli, M. C., & Bernal, R. T. I. (2022). Factors associated with early childhood development in municipalities of Ceará, Brazil: a hierarchical model of contexts, environments, and nurturing care domains in a cross-sectional study. *The Lancet Regional Health-Americas*, 5, 100139. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100139>.
- Vigotski, L.S. (2007). *A Formação da Mente*. 7 ed. Martins Fontes.
- Wagura, P., Wasunna, A., Laving, A., Wamalwa, D., & Ng'ang'a, P. (2018). Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1740-2>.
- Wiles, J. M., & Ferrari, A. G. (2020). Do cuidado com o bebê ao cuidado com o educador. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24. <https://doi.org/10.1590/2175-35392020213976>.
- Woolfenden, S., Eapen, V., Williams, K., Hayen, A., Spencer, N., & Kemp, L. (2014). A systematic review of the prevalence of parental concerns measured by the Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) indicating developmental risk. *BMC pediatrics*, 14(1), 1-13.
- World Health Organization. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. (2016). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2015-2018/2016/lei/l13257.htm

Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 2012. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12#:~:text=Aprova%20as%20diretrizes%20e%20normas,revoga%20as%20Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CNS%20nos.>

APÉNDICE

Apêndice A: Comunicado

COMUNICADO

O senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Percepção de Pais sobre Riscos de Desenvolvimento de Alunos de Creche”, realizada por Rita de Cássia de Lima Herculano, aluna do curso de mestrado em Educação Especial e Domínio Cognitivo da Universidade de Évora-Portugal, cujo objetivo é investigar sobre as percepções de pais, acerca dos riscos de desenvolvimento de crianças em idade de creche, cujos instrumentos são: Questionário com os pais; Instrumentos de rastreio do desenvolvimento infantil.

Ao concordar em participar, deverá, por gentileza, assinar com nome completo e colocar o número de telefone de contato para comunicação por parte da pesquisadora.

Assinatura do (a) responsável pela criança

Telefone

Apêndice B: TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada

“Percepção de Pais sobre os Riscos de Desenvolvimento de Alunos de Creche”.

O estudo tem por objetivo *Investigar sobre as percepções de pais acerca dos riscos do desenvolvimento de crianças de creche pública*”, cujas etapas são:

1ª *Questionários- Com os pais*: Perguntas sobre como os pais percebem o desenvolvimento do seu filho.

2ª *Realização dos instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil- Com pais e crianças*:

IRDI (Indicadores de risco para desenvolvimento infantil) e preenchimento dos marcos do desenvolvimento (caderneta de saúde da criança) em uma sala reservada na creche para este fim;

As informações que o (a) Sr (a) fornecer serão úteis podendo beneficiar ao conhecimento científico do tema investigado e ao retorno social.

Assinando esse consentimento, o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos, podendo desistir de sua participação a qualquer momento, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição.

O ato de responder os instrumentos de coleta de dados, pode trazer riscos de ordem psicológica como: desconforto, constrangimento, cansaço ou aborrecimento, medo de não saber responder.

A sua participação é inteiramente voluntária não implicando em custos financeiros a não ser do tempo que será preciso disponibilizar para coleta de dados. Poderá também, antes de assinar, levar este documento para pedir esclarecimento de alguém que conhece.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos –subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através do contato (61) 3315-5877 e solicitação ao

representante de pesquisa de alguma informação.

É assegurado o completo sigilo de sua identidade durante todas as fases da pesquisa, bem como de seu filho, quanto a participação neste estudo, incluindo a eventualidade de apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.” O material e os dados obtidos na pesquisa serão usados de forma exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e conforme o consentimento esclarecido neste documento.

Este documento será assinado e será rubricado em todas as suas páginas.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo. Afirmo que fui completamente orientado com linguagem clara por *Rita de Cássia de Lima Herculano*, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu posso questionar, tirar dúvidas, sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, a mesma me entregou uma cópia da folha semelhante do documento, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Pesquisador/ Assinatura: _____

Participante/ Assinatura: _____

Patos-PB-Brasil, _____ / _____ / _____

Rita de Cássia de Lima Herculano - n.º 47093 Contacto: 83-99402714E-mail: rtacassia4@gmail.com

Apêndice C: Questionários de Percepções de Pais

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nº de código _____	Idade da criança _____	Sexo _____
Pai () Mãe () Nível de escolaridade _____		
Idade do genitor (a) _____ Ocupação _____		
Data _____/_____/_____		

Objetivo do estudo: O presente estudo foi desenvolvido para investigar a percepção de pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos.

Este instrumento tem como tema principal o desenvolvimento do seu filho. Baseando-se na sua experiência como pai ou mãe e no seu conhecimento com relação ao desenvolvimento de sua criança, por gentileza, responda às seguintes questões:

Você tem quaisquer preocupações sobre a aprendizagem, desenvolvimento e comportamento do seu filho?

Não () sim ()

Se positivo, quais? _____

1- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho fala?

Não () sim () Comentário: _____

2- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho entende o que você diz?

Não () sim ()

Comentário: _____

3- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho usa as mãos, dedos, braços e

pernas para fazer as coisas?

Não () sim () Comentário: _____

4- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho se relaciona com os outros?

Não () sim () Comentário: _____

5- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho está aprendendo a fazer as coisas por si mesmo?

Não () sim () Comentário: _____

6- Você tem alguma preocupação sobre como seu filho está aprendendo habilidades pré-escolares?

Não () sim () Comentário: _____

7- Fale sobre quaisquer outras preocupações

Fonte: Adaptado de Glascoe (2000)

ANEXOS

Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos –

UNIFIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PAIS SOBRE OS RISCOS DE DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM CRECHE

Pesquisador: Rita de Cássia de Lima Herculano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56463522.1.0000.5181

Instituição Proponente: Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação Avançada

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.360.271

Apresentação do Projeto:

De acordo com a proponente: "O presente estudo visa investigar e refletir sobre as percepções de pais acerca dos riscos do desenvolvimento de seus filhos, crianças de creche com idade entre 0 a 18 meses. Consiste numa pesquisa descritiva de abordagem qualitativa com o intuito de estudar em caráter fenomenológico as percepções dos sujeitos participantes. O procedimento é um estudo de campo por meio de realização de instrumentos de rastreio do desenvolvimento infantil: com os pais será realizado o questionário semi-aberto, baseado no instrumento de rastreio PEDS (Parents' Evaluation Developmental Status) designado especialmente para avaliar a percepção de pais sobre o desenvolvimento de seus filhos; com os pais e as crianças ocorrerá o preenchimento dos marcos do desenvolvimento que fazem parte da caderneta de saúde da criança e o IRDI (Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil) baseado nos princípios psicanalíticos. Para tratamento dos dados, terá como análise de dados a análise descritiva dos dados quantitativos e análise qualitativa. Os resultados dos dados dos questionários sobre percepção de pais serão comparados aos resultados dos dois instrumentos utilizados com as crianças para a compreensão da problemática colocada no estudo que é a existência de detecção precoce por parte dos pais com relação aos riscos de desenvolvimento de seus filhos".

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
 Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
 UF: PB Município: PATOS
 Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cep@fiponline.edu.br



Continuação do Parecer: 5.360.271

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a percepção de pais sobre os riscos de desenvolvimento em crianças de creche.

Objetivo Secundário:

-Analisar os alunos de creche por meio dos instrumentos IRDI (Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil) e os marcos do desenvolvimento (caderneta de saúde criança); -Comparar os dados qualitativos e numéricos provenientes dos instrumentos de rastreio: questionário, IRDI e marcos do desenvolvimento infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O ato de responder os instrumentos de coleta de dados deste estudo, pode trazer riscos de ordem psicológica como: desconforto, constrangimento, cansaço ou aborrecimento, medo de não saber responder.

Benefícios:

Com a reflexão e investigação a cerca das preocupações de pais sobre o desenvolvimento de seus filhos pretende-se atentar para os cuidados na primeira infância, perceber as possíveis potencialidades do contexto estudado, de forma a obter um construto que contribua em contextos diversos, possivelmente compreender tópicos para pesquisas futuras ou obter sugestões para novos trabalhos.

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 510/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
 Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
 UF: PB Município: PATOS
 Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cep@fiponline.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
PATOS - UNIFIP



Continuação do Parecer: 5.360.271

CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos, considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

 Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1905158.pdf	19/04/2022 18:39:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetcocorigdo.docx	19/04/2022 18:38:29	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Cronograma	cronogramacorigido.pdf	19/04/2022 18:33:31	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/03/2022 14:15:03	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Outros	intrumentos.pdf	03/03/2022 14:12:38	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/03/2022 14:06:31	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termopesquisadora.pdf	03/03/2022 14:04:54	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	03/03/2022 13:43:59	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito
Orçamento	orcamentodepesquisa.pdf	03/03/2022 13:41:07	Rita de Cássia de Lima Herculano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
UF: PB Município: PATOS
Telefone: (83)3421-7300 FAX: (83)3421-4047 E-mail: cep@fiponline.edu.br



COMITÉ
DE ÉTICA
EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
PATOS - UNIFIP



Continuação do Parecer: 5.360.271

PATOS, 20 de Abril de 2022

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Honório Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
UF: PB Município: PATOS
Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cep@fiponline.edu.br

Anexo II: PEDS (Parents Evaluation Developmental Status)

PEDS RESPONSE FORM		
Child's Name <u>Zilly Morris</u>	Parent's Name <u>Linda Morris</u>	
Child's Birthdate <u>4/7/91</u>	Child's Age <u>3</u>	Today's Date <u>4/27/97</u>
1. Please list any concerns about your child's learning, development, and behavior.		
<i>As I said, I don't think he talks as well as he should for his age. Otherwise, he's just a great little boy, very loving, watches everything carefully. Figures things out quickly. Very bright!</i>		
2. Do you have any concerns about how your child talks and makes speech sounds?		
Circle one: No	Yes <input checked="" type="radio"/> A little	COMMENTS:
<i>He's kind of quiet and doesn't say very much. Seems to prefer watching to interacting.</i>		
3. Do you have any concerns about how your child understands what you say?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
4. Do you have any concerns about how your child uses his or her hands and fingers to do things?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
5. Do you have any concerns about how your child uses his or her arms and legs?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
6. Do you have any concerns about how your child behaves?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
7. Do you have any concerns about how your child gets along with others?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
8. Do you have any concerns about how your child is learning to do things for himself/herself?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
9. Do you have any concerns about how your child is learning preschool or school skills?		
Circle one: <input checked="" type="radio"/> No	Yes	A little COMMENTS:
10. Please list any other concerns.		
<i>None.</i>		
<small>© 1997 Frances Page Glasco, Elsworth & Vandenberg Press, Ltd., 4405 Sornic Drive, Nashville, Tennessee 37204 Phone: 615.386.0061 web: http://edgr.net/ *express Please do not reproduce without written permission</small>		

Fonte: Glascoe (2000, p. 276)

Anexo III: IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
Nº de código _____ Idade da criança _____ Sexo _____ Pai () Mãe ()				
Nível de escolaridade _____ Idade do genitor (a) _____				
Ocupação _____ Data _____				
Idade em meses	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De zero a 4 meses incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, mãe sabe o que ela quer.			
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).			
	3. A criança reage ao manhês.			
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.			
De 4 a 8 meses incompletos	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.			
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.			
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.			
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases			

10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.			
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.			
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.			

De 8 a 12 meses incompletos	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.			
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.			
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.			
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.			
	18. A criança estranha pessoas Desconhecidas para ela.			
	19. A criança possui objetos prediletos.			
	20. A criança faz gracinhas.			
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.			
	22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.			
De 12 a 18 meses incompletos	23. A mãe alterna momentos de a criança com outros interesses.			
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.			
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.			

26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.			
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.			
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.			
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.			
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.			
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.			

Fonte: Kupfer et al (2010)