

DOI: 10.5902/2236583447856

Risco psíquico e desenvolvimento infantil: importância da detecção precoce na puericultura

Psychic risk and child development: importance of early detection in childcare

Sabrina Felin Nunes, Araelena Bragança de Moraes, Angela Ruviaro Busanello Stella, Antônia Motta Roth-Hoogstraten e Ana Paula Ramos de Souza

Como citar este artigo:

NUNES, SABRINA F.; MORAES, ANAELENA B.; STELLA, ANGELA R. B.; HOOGSTRATEN, ANTÔNIA M. R.; SOUZA, ANA PAULA R. Risco psíquico e desenvolvimento infantil: importância da detecção precoce na puericultura. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46 (2).

Autor correspondente:

Nome: Sabrina Felin Nunes
E-mail: sah_felin@hotmail.com
Telefone: (55) 99171-7041
Formação Profissional: Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Filiação Institucional: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil.
Endereço: Rua José Inácio Xavier, nº 160 apto 503
Bairro: N. S. de Lourdes
Cidade: Santa Maria
Estado: Rio Grande do Sul
CEP: 97060-390

Data de Submissão:

24/06/2020

Data de aceite:

10/08/2020

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



RESUMO:

O objetivo deste estudo foi realizar uma reflexão sobre desafios e caminhos para a puericultura a partir dos resultados vivenciados no seguimento de bebês nascidos a termo e prematuros tardios em uma unidade básica de saúde, no qual se pôde analisar o desenvolvimento infantil do ponto de vista do psiquismo, linguagem e motricidade. Os resultados apontam para a necessidade de se repensar os profissionais e os espaços para inserção da puericultura, tendo em vista as limitações do SUS relacionadas à inexistência de uma carreira nacional de saúde que impacta na organização hierárquica dos níveis de atenção, na ausência ou limitação na inserção de temáticas como psiquismo e linguagem na formação dos profissionais da puericultura, e as limitações educacionais familiares. Sugere-se que uma visão intersetorial e menos médico-centrada poderá ampliar possibilidades no acompanhamento do desenvolvimento infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde; Puericultura; Risco Psíquico; Desenvolvimento Infantil; Saúde Mental.

ABSTRACT

The objective of this study was to perform a reflection on the challenges and paths for childcare based on the results of the follow-up of infants born full term and prematurely late in a basic health unit, in which it was possible to analyze the child development from the point of view of the psychism, language and motor skills. The results point to the need to rethink the professionals and the spaces for insertion of childcare considering the limitations of SUS related to the lack of a national health care career that impacts on the hierarchical organization of care levels, the absence or limitation in the insertion of topics such as psychism and language in the training of childcare professionals, and family educational limitations. It is suggested that an intersectoral and less medico-centered vision may widen possibilities in the monitoring of child development.

KEYWORDS: Primary Care; Child Health; Psychological Risk; Child development; Mental Health

INTRODUÇÃO

Considerando o censo de 2010¹, a população com idade menor a um ano era de 2.713.244 e a de 1 a 4 anos de 11.082.915. No Rio Grande do Sul, estado de referência para esta reflexão. No mesmo período, havia cerca de 127.934 menores de um ano e 516.028 de 1 a 4 anos. Ainda, na cidade de Santa Maria, espaço de referência para as pesquisas que aqui serão relatadas, em 2012², havia uma população de 3.223 menores de 1 ano e 12.137, de 1 a 4 anos, considerando que a população de Santa Maria na época era de 261.031, e hoje é estimada em 280.505 habitantes. Independente da referência populacional escolhida, não há dúvida da importância do tema do cuidado em puericultura.

Del Ciampo et al.³ afirmam a importância de um programa de puericultura poder garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados no aspecto físico, social e emocional, o que demandaria uma compreensão ampla da criança em seu ambiente familiar e social, além de seus contextos socioeconômico, político e cultural. Ressaltam ainda a importância da família nesse processo, pois, sem ela, tais programas não teriam sucesso. Afirmam que o puericultor, médico que cuida das crianças, deve oferecer um cuidado integrado que abrange não só à criança como também à família.

As possibilidades desse cuidado, que abrange aspectos como a vigilância do desenvolvimento físico, neuropsicomotor e intelectual, a prevenção de doenças, a promoção de higiene física e mental, entre outros³, ampliaram-se muito a partir de pesquisas recentes no campo da saúde mental, de orientação psicanalítica, que validaram roteiros de avaliação que possibilitam identificar precocemente o risco psíquico^{4,5}. O estudo de Kupferet al.⁴ foi encomendado pelo Ministério da Saúde e contou com uma amostra de 726 crianças, demonstrando que 15 indicadores dos 31 validados, apresentaram capacidade de prever risco psíquico. No estudo de Olliacet al.⁵ foram validados os Sinais PREAUT (Programa de Estudos e Pesquisas em Autismo), cujo objetivo é identificar precocemente o risco para autismo, com uma amostra de 12.179 crianças avaliadas na rotina dos programas materno-infantil francês, que demonstrou que esses sinais, a exemplo dos indicadores avaliados no Brasil, foram capazes de identificar risco psíquico para autismo e para atraso no desenvolvimento com sintomas como atraso na aquisição da linguagem e aprendizagem. A grande contribuição desses sinais está na possibilidade de identificar e intervir já no primeiro ano de vida junto a bebês e seus familiares na reversão do risco psíquico, seja o risco para autismo ou para outra psicopatologia.

Estudos do mesmo grupo apostam na intervenção a tempo de reverter o risco antes que uma psicopatologia se instale, seja por atividades clínicas individuais⁶, ou grupais com os bebês e pais⁷, ou mesmo por meio de intervenções no ambiente escolar⁸. Seja qual for a modalidade, percebe-se a incorporação da ideia que tanto os pais como a família ampliada e a escola de educação infantil, sobretudo o berçário, podem constituir o campo do Outro para o bebê e, por isso, trabalham para a manutenção das funções parentais. Essa ideia pode ser ampliada para todos aqueles que se ocupam do bebê, inclusive os terapeutas que podem intervir para sustentar alguma maternagem aos bebês de modo a

facilitar a emergência da função materna nas mães quando esta se encontra dificultada por condições da mãe (ou sua substituta) e/ou do bebê.

Esses estudos alertam sobre a importância de ampliar o olhar sobre a saúde infantil sobre aspectos que ainda não são usuais na formação dos médicos e enfermeiros, principais agentes da puericultura, mas que já estão, há uma década, no centro das pesquisas dos profissionais psique e profissões terapêuticas que estudam desenvolvimento infantil. Sabe-se que o prognóstico de qualquer intervenção na infância é mais positivo quanto mais cedo for detectado o risco. Nesse sentido os autores diferenciam entre as psicopatologias o risco para o autismo, que se ancora em dificuldades congênitas do bebê, do risco para a psicose, que se relaciona ao laço estabelecido no meio familiar, sobretudo na operação das funções materna e paterna⁹. Cabe ressaltar que tanto o grupo relacionado à metodologia IRDI⁴ quanto aos Sinais PREAUT⁵, comungam da mesma abordagem teórica em psicanálise, a teoria lacaniana, que lhes permite pensar sobre a constituição psíquica e a relação desta com outros aspectos do desenvolvimento infantil, como o psicomotor, a linguagem, a cognição, o cotidiano, a alimentação, entre outros.

Mesmo em abordagem distinta da psicanalítica, há autores que apontam a importância da detecção e intervenção precoces por meio de programas direcionados aos pais, muitas vezes, com estratégias simples como vídeos instrutivos, como o estudo de Roiaetal.¹⁰, que concluíram que materiais audiovisuais podem ser um bom suporte complementar a pais do primeiro filho. No entanto, a maior parte dos estudos ainda se concentra no segundo ano de vida, tempo no qual é mais fácil identificar demandas cognitivas e de outros aspectos do desenvolvimento para intervenção^{11,12}. Portanto, a preocupação do grupo de psicanalistas franco-brasileiro^{4,5} adquire especial valor por estar voltada para a constituição psíquica no primeiro ano de vida.

Motivada por estes estudos, a pesquisa que aqui será relatada busca trazer dados da realidade de uma cidade de porte médio do interior do Rio Grande do Sul, na qual foi realizado um estudo de coorte (retrospectivo e prospectivo) que buscou analisar o desenvolvimento dos bebês, tanto do ponto de vista psíquico quanto neuropsicomotor. A reflexão sobre os dados encontrados no seguimento dos bebês, que visou criar uma análise mais ampla possível do desenvolvimento infantil, objetiva trazer elementos para pensar quais aspectos deveriam ser incluídos e priorizados na puericultura e como poderíamos pensar sua inserção a partir de propostas condizentes com as possibilidades atuais do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Desenho e Amostra

A pesquisa de campo apresentou um desenho longitudinal e quantitativo, sendo os bebês e seus familiares

acompanhados do primeiro ao 24º mês de vida, fazendo parte da pesquisa “Análise comparativa do desenvolvimento e bebês prematuros e a termo e a sua relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção”. A pesquisa foi aprovada no comitê de ética em pesquisa da universidade sob nº de CAAE 28586914.0.0000.5346.

A amostra inicial desta pesquisa foi prevista considerando o acesso a 150 bebês que nascem anualmente e são acompanhados na Unidade Básica de Saúde na qual a pesquisa foi inserida, e também o número de bebês prematuros extremos seguidos no hospital universitário próximo à unidade, mas que praticamente não ingressaram na pesquisa. Por isso, inicialmente foram captados 182 bebês e seus familiares, até quatro meses de idade. Destes apenas 80 díades (55 bebês nascidos a termo e 25 pré-termo), e suas mães, realizaram todas as avaliações até os 12 meses. Os dados da tabela abaixo trazem um resumo progresso dos testes que foram realizados pela pesquisa maior durante o primeiro ano de vida dos bebês. O número de sujeitos em cada teste variou de acordo com a participação de cada bebê nas faixas etárias analisadas. Dessa forma, participaram da avaliação com os Sinais Preaut, IRDI e DENVER II nas três primeiras faixas etárias da pesquisa 80. Para as duas faixas etárias finais, participaram, em média, 45 bebês. Apenas para dois subtestes do Bayley III o número foi de 30 (linguagem e cognição aos 18 meses) e 29 bebês (motor aos 18 meses). O MCHAT foi coletado para 47 bebês.

O motivo do declínio na participação, sobretudo no segundo ano, foi a dificuldade de deslocamento e o tempo necessário para duas sessões de avaliação com a escala Bayley III, pois a escala é longa e demanda maior tempo para a sua aplicação. Já para a avaliação do DENVER II houve um maior número de bebês, mas foram considerados para análise aqueles que também fizeram o Bayley III aos 18 e 24 meses, e as análises estatísticas se concentraram no desfecho entre 18 e 24 meses para os bebês com avaliação no Bayley III, um instrumento mais confiável, como foi visto nos resultados.

Quanto ao cenário da pesquisa, cabe ressaltar que a UBS na qual foi realizada funciona, em grande parte, como ambulatório de atenção secundária, já que muitas consultas pediátricas e ginecológicas são realizadas diariamente. Possui ainda equipes de estratégia de saúde na família. A equipe de pesquisa expôs a ideia inicial da pesquisa de contar com a participação dos pediatras e realizou formação sobre constituição psíquica, com ênfase no roteiro IRDI e nos Sinais PREAUT com um total de 14 horas, contudo as pediatras não se sentiram em condições de aplicar os protocolos em sua consulta porque atendem 25 pacientes por turno em situação de doença, o que lhes confere pouco tempo para puericultura. Os agentes participaram da formação, diferentemente da enfermagem que realiza a pesagem e se encarrega do calendário de vacinas. Observou-se, durante a formação, que os profissionais puderam compreender melhor algumas observações que faziam em consulta e se sentiram empoderados a encaminhar bebês em risco psíquico diante da possibilidade de ter uma equipe de referência que atendesse os mesmos, que, no caso, passou a ser a equipe de pesquisa em seu projeto de extensão clínica com os bebês.

Deste modo, ficou difícil contar com os agentes sem um suporte da enfermagem que organiza suas atividades.

Por isso, a equipe de pesquisa realizou a coleta nas salas dos pediatras nos turnos em que os mesmos não atendiam. Ao final da pesquisa em 2016, buscou-se marcar uma reunião para dar retorno dos resultados.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta

O primeiro instrumento de coleta foi uma entrevista semi-estruturada, na qual foram coletadas informações sociodemográficas, psicossociais e obstétricas, aplicada aos pais, sobretudo à mãe, no dia em que foi realizado o teste do pezinho na UBS, realizado até os 30 dias de vida do bebê. Os pais foram informados dos instrumentos e procedimentos da pesquisa e, ao aceitarem participar da mesma, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Neste dia, foi marcado o retorno dos pais para avaliação nas seguintes idades, tempo no qual foram realizadas as avaliações das idades:

- **Faixa etária I** - 3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias – Avaliação dos Indicadores Clínicos de Referência do Desenvolvimento Infantil (IRDI) fase I, avaliação dos Sinais PREAUT, realização do teste Denver II.
- **Faixa etária II** - 7 meses e 1 dia a 8 meses e 29 dias – Avaliação dos Indicadores Clínicos de Referência do Desenvolvimento Infantil (IRDI) fase II, Avaliação dos Sinais PREAUT, realização do teste Denver II.
- **Faixa etária III** - 11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias - Avaliação dos Indicadores Clínicos de Referência do Desenvolvimento Infantil (IRDI) fase III, realização do teste Denver II.
- **Faixa etária IV** - 17 meses e 1 dia a 18 meses e 29 dias - Avaliação dos Indicadores Clínicos de Referência do Desenvolvimento Infantil (IRDI) fase III, realização do M-CHAT, realização dos testes Denver II e Bayley III.
- **Faixa Etária V** - 23 meses e 1 dia a 24 meses e 29 dias - Realização do M-CHAT, realização dos testes Denver II e Bayley III.

Os instrumentos Sinais PREAUT, IRDI, e o M-CHAT são roteiros de avaliação do risco psíquico. O teste Denver II é um roteiro de triagem de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, e o Bayley III é um teste diagnóstico que busca detectar atraso no desenvolvimento também de um ponto de vista neuropsicomotor. A seguir a descrição de cada instrumento:

- **Sinais PREAUT** - Utilizados para detectar risco de autismo, eles constam de dois questionários, cuja pontuação de 15 pontos indica que o bebê está sem risco para autismo, a pontuação intermediária entre 15 e 5 pontos¹³ pode indicar risco para outra psicopatologia ou para a linguagem, e a pontuação abaixo de 5 pontos indica risco de autismo⁵. Sua observação é feita durante a interação do bebê com a mãe e com o examinador em cada consulta de reavaliação.

- **IRDI** - Conjunto de indicadores positivos do desenvolvimento infantil utilizados para verificar a constituição

psíquica, cuja ausência de dois ou mais sinais pode ser indicativa de risco psíquico ou risco ao desenvolvimento. Risco psíquico é identificado quando o psiquismo infantil estiver se estruturando a partir de uma psicopatologia como autismo ou psicose. Risco ao desenvolvimento ocorre quando as dificuldades de constituição psíquica podem ter como desfecho um atraso no desenvolvimento psicomotor, da linguagem ou cognição⁴. Os indicadores são observados no contato entre mãe e bebê durante a consulta de reavaliação de ambos ao ambulatório. Os indicadores utilizados nesta pesquisa foram a versão reduzida com 18 itens.

- **M-CHAT** - O teste se propõe a avaliar o risco para o transtorno do espectro autista (TEA) e é uma ferramenta cientificamente validada e projetada para a triagem de crianças de 18 e 24 meses de idade¹⁴. Trata-se de um questionário com 23 questões onde os pais respondem presença/ausência de determinado comportamento¹⁵. O M-CHAT é composto por 19 questões relativas à presença/ausência de competências e de quatro questões relativas à presença/ausência de comportamentos atípicos. Se tratando de crianças típicas, a resposta esperada para as questões relativas às competências dos filhos sem problemas é SIM, e a resposta para as questões que indicam comportamento atípico é NÃO. Dentre as questões do questionário, existem seis que são considerados itens críticos para um desenvolvimento autístico (2, 7, 9, 13, 14, 15). Dessa forma, considera-se que existe um risco para o desenvolvimento autístico quando a criança falha em dois ou mais itens críticos ou em três itens que qualquer natureza¹³.

- **DENVER II** - Avalia o desenvolvimento infantil do bebê ou da criança¹⁵. Ele contempla a análise do desenvolvimento global de crianças de zero a seis anos, e não possui valor prognóstico, mas pode direcionar cuidados ao bebê^{15,16}. Consiste de 125 itens divididos em quatro grupos: Pessoal-Social, motor fino ou adaptativo, linguagem, e motor amplo ou grosso. Na folha teste é representada a porcentagem (25, 50, 75 e 90%) de crianças capazes de realizar determinada atividade, com base na amostra normativa do estudo com crianças norte-americanas. A pontuação é definida como “passa”, “falha”, “sem oportunidade” ou “recusa”. Todos os itens avaliados estão de acordo com os procedimentos padronizados descritos no manual, ao final do teste, o desenvolvimento global pode ser classificado como normal (90 a 100% de desempenho correto), suspeito/questionável (75 a 90%) e alterado (\leq a 74%)^{17,18}.

- **BAYLEY III** - A escala Bayley III é um instrumento adequado para a avaliação de crianças de 1 a 42 meses de idade, com ou sem deficiência. A escala é amplamente reconhecida e utilizada nos estudos sobre o desenvolvimento infantil¹⁵ em cinco domínios: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. É considerada de fácil aplicação (30 a 90 minutos) e envolve atividades com brinquedos que facilitam a interação do bebê/criança com o examinador. Os resultados fornecem informações extremamente importantes para orientar o trabalho da intervenção e estimulação precoce¹⁵. Os três primeiros domínios são observados com a criança durante o teste e os dois últimos por meio de questionários preenchidos pelos pais ou cuidadores¹⁹. Primeiramente é realizado o cálculo da idade gestacional, corrigindo para bebês prematuros até os 24 meses, após verifica-se no quadro de respostas do teste qual a letra se refere a idade da criança, e esse é o ponto inicial do teste. Para que seja encontrada a base do teste, a criança deve responder

de forma correta três questões consecutivas, e assim o teste prossegue normalmente. No caso da criança errar antes dessas três consecutivas, ela automaticamente volta para a letra anterior, e isso se repete até que encontre essa base. Para cada questão correta um ponto é computado, e para a questão incorreta, zero. O teste tem seu fim quando a criança apresenta cinco erros consecutivos¹⁹. Nesta pesquisa houve uma variação da amostra entre as idades porque alguns tiveram maior dificuldade de comparecer no segundo dia de testagens, já que para a maior parte da amostra houve a impossibilidade de aplicação em um mesmo dia pelo cansaço dos bebês. A dificuldade no retorno dos pais ocorreu por problemas de deslocamento e atividades profissionais, a partir de informações coletadas por telefone quando realizada a busca ativa dos faltantes.

Análise Estatística

Os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica do tipo Excel e posteriormente analisados através do aplicativo computacional Statistica 9.1. Considerando o valor diagnóstico do teste Bayley III, considerado padrão ouro na literatura internacional foram considerados apenas os dados dos bebês que concluíram esta avaliação aos 18 e 24 meses para análise estatística. O número de bebês para cada teste variou pois nem todos bebês responderam a todas as sub-escalas. Foram escolhidas variáveis obstétricas e sociodemográficas identificadas na literatura como fatores de risco/proteção ao desenvolvimento infantil.

Utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson entre os resultados do teste Bayley III com os resultados dos sinais PREAUT aos 9 meses, dos IRDI aos 18 e 24 meses e do M-CHAT aos 18 e 24 meses. O teste U de Mann-Whitney foi utilizado na comparação das pontuações do Bayley III com o uso das variáveis ventilação mecânica, intercorrências durante a gestação e fumo durante a gestação. O teste Kruskal-Wallis foi utilizado para a comparação da pontuação do Bayley III com a variável tipo de aleitamento materno. Por fim, utilizou-se ainda o Coeficiente de Correlação de Spearman entre os resultados da pontuação do teste Bayley III e as variáveis escolaridade materna e renda familiar e o teste do Qui-Quadrado para a presença de risco no teste Bayley III e a variável profissão materna.

RESULTADO

Na tabela 1 são apresentados os dados descritivos da evolução de casos de risco considerando a variação da amostra.

Tabela 1 – Descrição da frequência dos dados dos bebês em risco/atraso no primeiro ano (Sinais PREAUT, IRDI, Denver II) e segundo ano de vida (Bayley III)

TESTES DE RISCO PSÍQUICO E DE DESENVOLVIMENTO	FAIXA ETÁRIA				
	3m 1d – 4m 29d (n=80)	7m 1d – 8m 29d (n=80)	11m 1d – 12m 29d (n=80)	17m 1d – 18m 29d (n=29 a 47)	23m 1d – 24m 29d (n=45 a 47)
SINAIS PREAUT	42 (52,50%)	17 (21,25%)	-	-	-
IRDI	25 (31,25%)	17 (21,25%)	24 (30%)	21 (26,25%)	-
M-CHAT	-	-	-	9 (19,15%) n=47	4 (8,51%) n=47
DENVER II LINGUAGEM	2 (2,50%)	1 (1,25%)	6 (7,50%)	13 (28,89%) n=45	20 (44,44%) n=45
DENVER II PESSOAL-SOCIAL	6 (7,50%)	0	2 (2,50%)	2 (4,44%) n=45	26 (57,78%) n=45
DENVER II MOTOR FINO	16 (20%)	1 (1,25%)	11 (13,75%)	12 (26,67%) n=45	23 (51,11%) n=45
DENVER II MOTOR GROSSO	19 (23,75%)	2 (2,50%)	7 (8,75%)	6 (13,33%) n=45	13 (28,89%) n=45
BAYLEY III LINGUAGEM	-	-	-	14 (46,66%) n=30	20 (44,44%) n=45
BAYLEY III COGNITIVO	-	-	-	3 (10%) n=30	15 (33,33%) n=45
BAYLEY III MOTOR	-	-	-	2 (6,90%) n=29	8 (17,78%) n=45

Legenda: m=meses. D=dia(s). n=número.

Conforme se pode observar na tabela 1 o risco psíquico diminuiu de 52,5% para 21,25% nos Sinais PREAUT, e também no roteiro IRDI (31,25% para 21,25%), o que indicou a coincidência de ambos os roteiros aos 9 meses. Apesar das oscilações, o percentual por meio do IRDI manteve-se próximo aos 21%, enquanto no M-CHAT, que também avaliou os 18 meses foram de 19,15% e aos 24 meses 8,51%. Observa-se que o teste DENVER II em seu item pessoal-social não acompanhou o resultado dos Sinais PREAUT e IRDI, demonstrando ser menos sensível do que aos 24 meses quando aparece um alto percentual de bebês com alteração nesse item, muito superior ao M-CHAT.

Também em relação ao aspecto linguagem os percentuais encontrados captam um subgrupo bem menor de risco (entre 2 e 7,5%) do que o que aparece aos 18 e 24 meses no próprio DENVER II e no Bayley III (entre 46 e 44%), ou seja, o déficit de linguagem pareceu se tornar mais visível no segundo ano de idade. É importante destacar que aos 18 meses três bebês apresentaram déficits cognitivos dos quais dois também tinham de linguagem e um apenas cognitivo.

Já aos 24 meses, 15 bebês apresentaram déficits cognitivos, em 11 estava combinado com linguagem e em quatro bebês não. Nove bebês apresentaram apenas déficit de linguagem.

Quando considerada a co-ocorrência entre atraso na linguagem e risco psíquico, dos 20 bebês com atraso na linguagem sete bebês apresentavam histórico de risco psíquico e 13 não pelos roteiros IRDI e Sinais PREAUT, demonstrando que o risco à aquisição da linguagem pode ou não ter fatores psíquicos associados na evolução do bebê. Já pelo M-CHAT apenas quatro dos sete bebês com histórico de risco foram identificados como tendo risco psíquico, e todos tinham atraso na aquisição da linguagem.

Em termos de desenvolvimento de linguagem e considerando o segundo ano de vida, momento em que o risco psíquico e os atrasos no desenvolvimento estiveram mais definidos, foi realizada a análise de correlação entre risco psíquico e desenvolvimento nos aspectos cognitivo, linguagem, e motor com o teste Bayley III que tem maior poder diagnóstico, e que estão expostos na tabela 2.

Tabela 2 – Análise da correlação entre risco psíquico e resultados Bayley III

BAYLEY III	PREAUT 9m	IRDI 18m	MCHAT 18m	MCHAT + 18m	MCHAT - 18m	MCHAT 24m	MCHAT + 24m	MCHAT - 24m
COG 18m	-0.0175 p=0,934	0.0419 p=0,842	0.5141 p=0,009*	0.5169 p=0,008*	0.1678 p=0,423	0.5553 p=0,004*	0.4486 p=0,024*	0.3839 p=0,058
COG 24m	0.0324 p=0,878	-0.2961 p=0,151	0.3542 p=0,082	0.2197 p=0,291	0.5438 p=0,005*	0.3162 p=0,124	0.1718 p=0,412	0.3352 p=0,101
LING 18m	0.1430 p=0,495	0.0811 p=0,700	0.5651 p=0,003*	0.5564 p=0,004*	0.2211 p=0,288	0.3903 p=0,054	0.4457 p=0,026*	0.0880 p=0,676
LING 24m	0.0883 p=0,675	-0.0762 p=0,717	0.494 p=0,012*	0.3668 p=0,071	0.5711 p=0,003*	0.3464 p=0,090	0.2570 p=0,215	0.2713 p=0,190
MOT 18m	-0.0730 p=0,729	0.1449 p=0,489	0.6236 p=0,001*	0.5647 p=0,003*	0.3990 p=0,048*	0.4419 p=0,027*	0.5180 p=0,008*	0.0810 p=0,700
MOT 24m	0.0370 p=0,861	-0.2347 p=0,259	0.1794 p=0,391	0.1188 p=0,572	0.2520 p=0,224	0.1429 p=0,496	0.0288 p=0,891	0.2195 p=0,292

*p valor <0,05. **Teste Correlação de Pearson. Valores baseados na pontuação total dos testes.

Legenda: COG=cognição. LING=linguagem. MOT= motor. m=meses. Sinal negativo (-) para itens críticos M-CHAT. Sinal positivo (+) para itens positivos M-CHAT.

Observa-se que as correlações encontradas foram entre o M-CHAT (total, positivo e negativo) com o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor aos 18 meses, apesar da amostra ser menor nesta faixa etária. O desenvolvimento não se correlacionou, no entanto, com os dados do roteiro IRDI que avaliou os bebês até os 18 meses. Cabe ressaltar que não foram correlações robustas, o que demonstra há casos de risco psíquico em que não são desenvolvidos atrasos no desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor, e vice-versa.

Na tabela 3 estão os dados relativos a variáveis obstétricas e aleitamento com o desfecho no desenvolvimento, na qual se pode perceber que a única correlação positiva foi entre aleitamento materno exclusivo e desenvolvimento cognitivo aos 18 meses.

Tabela 3 - Distribuição da correlação entre Bayley III e variáveis obstétricas e comparação com o aleitamento materno

Testes	Ventilação mecânica		Intercorrências na gestação		Fumo na gestação		Aleitamento exclusivo	Aleitamento misto	Aleitamento artificial	p_valor*
	n	p_valor*	n	p_valor*	n	p_valor*	Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)	
Bayleycog 18m	25	0,476	15	0,738	0	1,000	113,8 (±21,9)	95,6 (±9,2)	86,2 (21,7)	0,048**
Bayleycog 24m	34	0,497	27	0,990	3	0,513	96,3 (±14,1)	93,4 (±20,9)	87,5 (±6,9)	0,424
Bayleyling 18m	25	0,823	15	0,603	0	1,000	91,5 (±24,6)	85,9 (±16,0)	78,2 (±22,3)	0,417
Bayleyling 24m	34	0,357	27	0,514	3	0,280	91,3 (±17,1)	85,7 (±16,0)	97,8 (±15,9)	0,370
Bayleymot 18m	25	0,969	15	0,758	0	1,000	104,68 (±12,1)	98,8 (±6,3)	91,7 (±11,3)	0,183
Bayleymot 24m	34	0,889	27	0,108	3	0,391	95,4 (±12,8)	97,4 (±8,9)	96,5 (±4,4)	0,810

*Teste U de Mann-Whitney. $p < 0,05$. **Teste Kruskal-Wallis. $p < 0,05$. Legenda: Cog=cognitivo. Ling=linguagem. Mot=motor. m=meses.

n=número.

Por fim, na tabela 4 estão os dados relativos à análise de escolaridade materna e renda familiar, dados usualmente relevantes para análise do desenvolvimento infantil, na qual é possível observar que a escolaridade materna correlacionou-se de modo fraco ao desfecho cognitivo e motor dos bebês aos 24 meses. A atividade profissional materna (do lar ou não) foi analisada por meio do testes Qui-Quadrado e exato de Fisher e não apresentou diferença significativa no desenvolvimento dos bebês, quando comparadas as mães do lar com as que possuíam atividade profissional.

Tabela 4 - Distribuição da correlação entre Bayley III e variáveis sociodemográficas

TESES	Escolaridade Materna		Renda Familiar	
	n	p_valor*	n	p_valor*
Bayleycog 18m	30	0,843	29	0,890
Bayleycog 24m	45	0,032**	44	0,556
Bayleyling 18m	30	0,691	29	0,383
Bayleyling 24m	45	0,997	44	0,668
Bayleymot 18m	29	0,231	28	0,479
Bayleymot 24m	45	0,042**	44	0,929

*Correlação de Spearman $p < 0,05$. Legenda: Cog = cognitivo. Ling = linguagem. Mot = motor.

DISCUSSÃO

Observando os dados do acompanhamento dos bebês durante os dois primeiros anos de vida é possível observar que há uma evolução de cerca de 20% de bebês em risco psíquico, dos quais 8,51% apresentaram risco aos 24 meses pelo M-CHAT, possivelmente para autismo. Cabe ressaltar que tanto os sinais PREAUT em sua pontuação intermediária⁶, quanto o IRDI captam um grupo de bebês com risco de tipo não autista e que se aproximam do percentual de 20% se comparados aos resultados do M-CHAT aos 18 meses, demonstrando que nos primeiros 18 meses há fatores de risco psíquico em frequência importante nas amostras estudadas, já que o percentual se mantém para as amostras de 80 e 45 bebês.

As implicações desses resultados para pensar no cuidado em puericultura estão relacionadas à urgência de que uma abordagem do psiquismo e fatores de risco para a emergência de psicopatologias, já anunciadas em outras pesquisas^{4,5,6,20}, passe a integrar a formação dos profissionais que prestam esse serviço aos usuários do SUS. No entanto, é preciso pensar em como inserir isso no sistema, visto que mesmo tendo sido oferecida esta formação aos profissionais na UBS, eles não conseguiram se engajar na pesquisa, em função de sua rotina demandar o cuidado de emergências de saúde dos bebês.

Outro dado que emerge dos resultados é que o teste DENVER II, utilizado por alguns serviços de pediatria, não foi capaz de captar atrasos de modo consistente no primeiro ano de vida na amostra estudada, em todos aspectos avaliados, e pouco preciso quando se pensa no segundo ano para os aspectos motor fino, motor grosso, pessoal-social, se comparados seus percentuais aos percentuais de risco psíquico pelo M-CHAT e também aos percentuais pelo BAYLEY III, excetuando a linguagem, aspecto em que houve coincidência entre ambos os testes. Embora não tenha sido possível utilizar o BAYLEY III no primeiro ano, os dados sugerem que este teste é mais efetivo na avaliação, como apontam outros estudos¹⁵⁻¹⁹, mas apresenta o inconveniente do tempo de aplicação e necessidade de capacitação profissional específica para sua utilização, pois necessita de uma avaliação mais detalhada de inúmeros aspectos.

Apesar dessas dificuldades com os testes¹⁵, a presença de 44% dos bebês com déficits de linguagem, 33,3% com atraso cognitivo e 17,78% com atraso motor, indicam que o atraso motor, embora importante, foi menos relevante do que o atraso na linguagem e cognição na amostra estudada, majoritariamente constituída por bebês nascidos a termo e prematuros tardios. Esse resultado traz dois temas importantes para o debate em puericultura.

O primeiro é que os marcos motores são mais visíveis no desenvolvimento de uma criança e que, por isso, podem estar sendo mais enfocados tanto pelos profissionais quanto pelos familiares. Ao identificar um atraso, profissionais e pais investem mais nessa evolução, já que a amostra estudada não possuía limitações biológicas de tipo lesional ocasionando atraso motor. Sabe-se que a avaliação de marcos motores, por sua importância, enquanto sinal neurológico, é mais presente ao olhar pediátrico e dos demais profissionais da puericultura. Ainda assim, o percentual encontrado

aos dois anos é preocupante, demonstrando que esses bebês não estão sendo acessados com a devida frequência na puericultura. Possivelmente, porque a unidade de saúde participante da pesquisa está sendo demandada para atendimentos pediátricos emergenciais e não está realizando a puericultura como preconizam as políticas para o cuidado infantil³.

O segundo tema é a possibilidade de ter havido um somatório evolutivo entre aspectos psíquicos, linguísticos e cognitivos para uma subparte da amostra, visto que são inter-relacionados no desenvolvimento infantil^{4,5,6,20}, já que 11 bebês apresentavam conjuntamente atraso cognitivo e na aquisição da linguagem, e sete risco psíquico e atraso na linguagem. Ainda 13 bebês tiveram atraso na linguagem sem risco psíquico e nove sem atraso cognitivo, indicando que a linguagem foi o aspecto mais frágil na evolução dos bebês estudados.

Esses dados parecem não estar relacionados com aspectos biológicos, já que não houve correlação do desfecho no desenvolvimento avaliado pelo Bayley III e variáveis obstétricas, exceto o aleitamento materno, já que se tratava de uma amostra de bebês nascidos a termo e prematuros tardios. Isso indica a necessidade de valorizar os fatores ambientais nos atendimentos em puericultura, avaliando a interação do bebê com a família do ponto da linguagem e cognição, bem como da troca afetiva, além dos fatores nutricionais, que já são tão focados no incentivo ao aleitamento materno.

Entre os fatores ambientais cabe ressaltar que a renda, escolaridade, e ocupação materna, foram identificados em outras pesquisas^{21,22,23} como importantes nos desfechos de desenvolvimento infantil. Em uma pesquisa que este grupo de pesquisa realizou em 2010, observou-se que bebês com renda familiar per capita inferior a duzentos reais (R\$200,00) apresentavam maior risco ao desenvolvimento do que bebês com renda familiar per capita maior, e que a mãe ter uma profissão apresentou-se como fator protetivo ao psiquismo infantil²⁴.

Na pesquisa aqui apresentada a escolaridade materna foi o único fator que apresentou correlação com o desenvolvimento dos bebês aos 24 meses, confirmando parcialmente esses estudos e mais uma vez indicando a importância da educação para a saúde. Mães mais escolarizadas cuidam melhor e possuem filhos mais desenvolvidos. Isso indica a importância de uma visão intersetorial para pensar o cuidado na puericultura. É preciso cuidar da mãe para que ela possa cuidar do seu bebê. Ela precisa ter acesso à educação, ao trabalho, e à renda para que possa exercer sua função de modo tranquilo, pois se sabe que é comum que mulheres, sobretudo adolescentes, interrompam a trajetória de estudo e trabalho após o nascimento do filho²³.

Esses resultados não deixam dúvida sobre a importância de uma avaliação mais especializada dos bebês nos dois primeiros anos, que inclua um olhar sobre as mães e família, mas trazem desafios enormes quando se visualizam as condições do sistema de saúde e a cultura de cuidado existente na família. Observou-se que a grande perda amostral desta pesquisa sugere que protocolos extensos, mesmo que mais efetivos, demandam uma mudança de cultura nos

pais sobre a importância de acompanhar a evolução dos filhos, em contraposição a outras atividades que realizem, pois mesmo oferecendo custear passagens, os mesmos não compareciam às avaliações.

Também demandam condições inexistentes em muitas unidades de saúde, como a da realidade da pesquisa, pois não havia sequer o uso do DENVER II na realidade investigada, um protocolo mais precário, mas que ao menos triaria os casos mais graves. Observou-se que não havia uma estruturação continuada da puericultura, que, quando ocorria, versava sobre os marcos nutricionais e condições físicas gerais, entre as quais grandes marcos motores, porque os profissionais pediatras e enfermeiros eram tomados pelas emergências da doença.

Isso sugere que há uma sobrecarga na atenção primária por carência de clínicas de referência para a atenção secundária. O fato de a unidade ter um caráter híbrido talvez possa explicar o modo como a puericultura está cedendo lugar para a emergência. É uma realidade comum na cidade onde a pesquisa foi realizada, e que talvez esteja presente em muitas cidades do Brasil, indicando a urgência de repensar como será feita a atenção em puericultura. A Sociedade Brasileira de Pediatra já indicava preocupação com diminuição de médicos nas UPAs pelo prejuízo que traz ao atendimento emergencial de crianças e adolescentes²⁵. Na cidade investigada existe apenas uma UPA que fica do outro lado da cidade e para a qual devem ir todas as emergências, sendo que é vetado o atendimento emergencial pediátrico no hospital universitário, salvo a internação venha por indicação da UPA.

Há estudo do grupo de pesquisa do IRDI que indicam que a educação infantil, em especial o berçário⁸, pode ser um espaço no qual se possam preparar os profissionais para observar o desenvolvimento em seus aspectos psíquicos, cognitivos e linguísticos. No entanto, para isso, é preciso que todos os bebês tenham acesso a berçários, quando suas mães voltam ao trabalho.

Ainda assim, é preciso criar formas de cuidar dos bebês e seus familiares quando eles não estão em escolas, o que demanda pensar em uma estruturação ampliada das equipes de puericultura por meio da estratégia de saúde da família, com formação dos distintos atores que nela atuam.

Por isso, dada a situação atual, talvez a puericultura, no que concerne aos marcos do desenvolvimento, devesse ser focada em enfermeiros e agentes comunitários, com sustentação de profissionais dos Núcleos de Assessoria à Saúde da Família (NASF), já que os pediatras estão tomados pelo enfrentamento da doença no curto prazo. Os especialistas, pediatras e profissionais do NASF poderiam ficar encarregados da análise mais aprofundada dos casos de risco, enquanto os agentes e enfermeiros poderiam observar os grandes marcos de linguagem e cognição, além dos motores, e os sinais de risco psíquico.

É interessante observar que muitos desses marcos estão presentes na caderneta do bebê²⁶, mas não são observados, já que as consultas são rápidas e focadas nos sintomas de doenças. Talvez a formação para compreender o que ali está, a disponibilidade de preencher a mesma, e também a possibilidade de todos bebês terem acesso a ela,

são aspectos que devem ser investigados e serem modificados para efetivas mudanças no cuidado em puericultura. Isso porque há uma distância importante entre o que preconiza a política e o que é possível fazer em um sistema de saúde que sequer tem uma carreira nacional de saúde estruturada. Fica difícil uma organização hierárquica adequada do sistema se a disponibilidade e organização dos distintos níveis de atenção até hoje não progrediu como deveria desde sua proposição, tanto pela carência de investimento nas equipes como na sua formação continuada.

Ainda que os resultados da pesquisa tenham pouco poder de generalização pela perda amostral, e também porque não se tratava de estudo epidemiológico, a experiência no acompanhamento dos bebês permitiu realizar intervenções e reverter casos de risco já no primeiro ano, como ocorreu na pesquisa com um bebê que apresentou risco de autismo⁷, não computado na amostra aqui estudada. A intervenção foi realizada por meio de musicalização na própria unidade de saúde, mas seria perfeita para o espaço educacional ou comunitário, de baixo custo e totalmente adequada aos recursos que podemos facilmente alcançar hoje em dia na realidade da cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo inicial de trazer uma reflexão acerca do trabalho em puericultura, considerando os dados obtidos em nossa pesquisa, podemos concluir que a ocorrência importante de atraso no desenvolvimento infantil risco psíquico, observados na amostra investigada, cuja residência está fixada próxima a esta grande unidade e a um hospital universitário, sugere que a puericultura implementada na prática está muito aquém do que preconizam as políticas voltadas para a criança e o adolescente, cujas origens são complexas, pois passam por questões educacionais, familiares, déficits de organização, e hierarquia no funcionamento do SUS.

A saída, ainda que momentânea, parece ser pensar em estratégias mais efetivas utilizando os recursos atuais disponíveis como o berçário, os profissionais da enfermagem, os agentes comunitários de saúde e o NASF. O investimento na formação desses profissionais sobre temas como risco psíquico e aquisição da linguagem é urgente já que, a exceção dos Fonoaudiólogos e Psicólogos, são aspectos pouco conhecidos na formação dos profissionais que atuam nesse cuidado.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [www.ibge.gov.br/estatística/novoportal]. Estatística populacionais senso 2010 [acesso em 18 fev 2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
2. DataSUS [bi.saude.rs.gov.br]. Censo 2012 [acesso em 14 março 2019]. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br.

-
3. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS, Almeida CAN. O programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Cien Saúde Colet* 2006; 11(3):739-742.
 4. Kupfer MCM, Jerusalinsky NA, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM, Stelin R, Pesaro ME, Lerner R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat.Am.Journalof Fund. Psychopath* 2009; 4(1):48-68.
 5. Olliac B, Crespín G, Laznik MC, El Ganouni OCI, Sarradet JL, Bauby C, Dandres AM, Ruiz E, Bursztejn C, Xavier J, Falissard B, Bodeau N, Cohen D, Saint-Georges C. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with PREAUT grid. *PLoS One* 2017; 12 (12): e0188831.
 6. Van Hoogstraten AMRJ, Souza APR, Moraes AB. Complementaridade entre sinais PREAUT e IRDI na análise de risco psíquico aos nove meses de idade e sua relação com idade gestacional. *CoDAS* 2018; 30(5):e20170096.
 7. Ambros TMB, Correa AN, Oliveira LD, Souza APR. A musicalização como intervenção precoce junto a bebê com risco psíquico e seus familiares. *Revist. Latinoamer. Psicopatol. Fund.* 2017; 20(3):560-578.
 8. Brandão DBSR, Kupfer MCM. A construção do laço educador-bebê a partir da metodologia IRDI. *Psicol USP* 2014;25(3):276-283.
 9. Kupfer MCM. Nota sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicol USP* 2000; 11(1):85-105.
 10. Roia A, Paviotti E, Ferluga V, Montico M, Monasta L, Ronfani L, Tamburlini G. Promoting effective child development practices in first year of life: does timing make a difference? *BMC Pediatr.* 2014 Sep 5;14:222.
 11. Mahoney G, Solomon R. Mechanism of developmental change in PLAY Project Home Consulting Program: Evidence from Randomized Control Trial. *J. Autism Dev Disord.* 2016; 46:1860-1871.
 12. Obradovic J, Yousafzai AK, Finch JE, Rasheed MA. Maternal Scaffolding and Home Stimulation: Key Mediators of Early Intervention Effects on Children's Cognitive Development. *Dev Psychol.* 2016 Sep;52(9):1409-21.

13. Muratori F. O diagnóstico precoce do autismo: guia prático para pediatras. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia Salvador, 2014.
14. Losápio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *RevPsiquiatr*,2008; 30(3):221-229.
15. Rodrigues OMPR. Escalas de desenvolvimento infantil e o seu uso em bebês. *Educ. Rev.* 2012; 43:81-100.
16. Santos DCC, Tolocka RE, Carvalho J, Heringer LRC, Almeida CM, Miquelote AF. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até 3 anos de idade. *Rev. Bras. Fisioter.* 2009; 13(2):173-179.
17. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros fc, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr*, 2000; 76(6):421-428.
18. Magalhães LC, Fonseca KL, Martins LDTB, Dornelas LF. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver II. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(4):445-453.
19. Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.
20. VanHoogstraten AMRJ, Souza APR, Moraes AB. Indicadores clínicos de referência a desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. *Saúde e Pesq.* 2018; 11(3):589-601.
21. Krueel CS, Souza APR. O desenvolvimento do bebê e sua complexa relação com determinantes sociais da saúde. *Psico-USF*, 2018; 23(1):83-94.
22. Ogido R, Schor N. A jovem mãe e o mercado de trabalho. *Saúde soc.* 2012; 21(4):1044-1055.

-
23. Voss W, Jungmann T, Wachtendorf M, Neubauer AP. Long-term cognitive outcomes of extremely low-birth-weight infants: The influence of the maternal educational background. *Acta Paediatr*, 2012; 101: 569-573.
24. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Souza APR. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC*. 2013;15(4):847-856.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. [www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/criancas-e-adolescentes-serao-os-mais-prejudicados-pela-reducao-no-numero-de-medicos-das-upas-alerta-a-sbp-em-carta-aberta-aos-gestores-do-sus/]. Carta aberta aos gestores do SUS: em defesa da assistência digna das crianças e adolescentes nas UPAs, 2016 [acesso em 14 mar 2019]. Disponível em: <http://sbp.com.br>.
26. Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf]. Caderneta de saúde da criança- menina, menino, passaporte da cidadania, 12ª edição, 2018 [acesso em 09 mar 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>.