

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – HESFA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ELIZABETH DA CUNHA CARVALHO PICININI

**DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR NAS
CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências
e estratégias de formação profissional em APS

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Catarina Salvador da Motta

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Silva dos Santos

Rio de Janeiro

2023

ELIZABETH DA CUNHA CARVALHO PICININI

**DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR NAS
CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Catarina Salvador da Motta

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Silva dos Santos

Rio de Janeiro

2023

Elizabeth da Cunha Carvalho Picinini

**Desafios na avaliação do desenvolvimento neuromotor nas consultas de puericultura na
atenção primária à saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Aprovada em: _____

Prof.^a Dr.^a Maria Catarina Salvador da Motta - UFRJ

Prof.^a Dr.^a Halina Cidrini Ferreira - UFRJ

Prof.^a Dr.^a Andreza Pereira Rodrigues - UFRJ

Rio de Janeiro
2023

*Para Alice, que me ensinou como uma
criança pode transformar positivamente a
vida de uma pessoa.*

AGRADECIMENTOS

Sem uma força maior para me guiar e guardar, eu não estaria aqui. Por isso, não há forma diferente de começar meus agradecimentos a não ser pela espiritualidade que me manteve de pé nos momentos de ventania. Quando tudo se tornou nuvens, a espiritualidade fez o sol surgir e um novo dia se fez. Louvada seja a força do bem que habita em mim na forma de terra e mar. Atotô, Obaluaê! Odoya, Iemanjá! Saluba, Nanã!

Agradeço do fundo da minha alma à minha noiva, Amanda Bitencourt, por não me deixar desistir, mesmo quando o desânimo me assolava, e por incentivar cada passo da jornada. Acreditar e amar são verbos que definem sua contribuição no meu trabalho e na minha vida; jamais terei palavras para agradecer o que seu apoio representa. Por tantas e tantas vezes, você foi – e ainda é – o meu ar fresco na aridez das dificuldades que a vida nos impõe. Obrigada por estar aqui e fazer parte de tudo isso! Amo você!

Agradeço à minha mãe, que, mesmo com todos os reveses, fez o melhor que pôde e soube moldar minha determinação de nunca desistir do que eu acredito, mesmo que, para isso, eu precisasse mover céus e terra.

Agradeço à Magda Valentim por ter sido meu farol na pediatria, apresentando esse mundo incrível em que eu era completamente ignorante. Além de uma das melhores professoras que tive, você é uma das amigas mais queridas que eu levo na vida. Você faz parte de cada linha, de cada pedacinho do que tudo isso representa.

Agradeço à Rosana, minha coorientadora e minha amiga, que me mostrou que, dentro de uma criança, cabe o mundo inteiro de possibilidades. Obrigada também por me mostrar do quanto eu sou capaz e o quanto eu sou fisioterapeuta, mesmo quando acreditava que isso não fosse mais possível. Obrigada por estar trilhando esse caminho ao meu lado.

Agradeço à professora Catarina, minha orientadora, por todo o carinho e paciência, por apontar o caminho, sempre apoiando na jornada da construção desse trabalho.

Agradeço aos amigos do MPAPS Débora Carvalho, Zanini, Beth Botelho e Letícia Lourenço. Sem vocês, tudo teria sido muito mais difícil. Muito obrigada por ouvirem meus desabafos, ajudarem a resolver as adversidades e pelas muitas risadas. Levo vocês para além do mestrado, levo vocês para a vida!

Agradeço à minha amiga de mais longa data Aline Araújo pela paciência de se manter presente na minha vida, mesmo que muitas vezes eu me fizesse ausente por conta da correria do dia a dia. Você e o Akin são parte da família que eu escolhi nessa vida.

Agradeço à Juliana Semião, não só pelo apoio nesse trabalho, mas por estar presente na minha vida de uma forma tão intensa que nem consigo mais imaginar minha vida sem que você estivesse nela. Obrigada, minha estrelinha, por ser meu anjinho da guarda.

Agradeço aos meus amigos queridos Paula Chelucci, Paulo Miranda e Viviana Gelado, por ouvirem meus desabafos e me incentivarem a continuar.

Agradeço aos meus alunos que me permitiram entender que é a sala de aula, o espaço em que eu mais me sinto realizada e feliz.

Agradeço à Ilma Coutinho, que me conheceu ainda adolescente e foi muito mais que professora, foi uma mãe. Obrigada por me ensinar o que é acolhimento.

Agradeço ao Centro Espírita Casa do Perdão e a Mãe Flávia Pinto. Se hoje eu sou fisioterapeuta, foi devido a oportunidade da bolsa integral que tive para cursar a faculdade. O agradecimento por essa oportunidade certamente transcende qualquer palavra.

Agradeço à Silvia Hubner, que me permitiu ver na prática o potencial que a intervenção no tempo certo pode fazer por uma criança. Muito obrigada, Silvia, por cada ensinamento.

Agradeço ao programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária do HESFA/UFRJ, que, além de fornecer subsídios para que eu fosse uma profissional melhor, tornou-me também uma pessoa melhor. Levo em meu coração, o carinho e acolhimento de todos os professores e colegas com quem tive o prazer de trilhar esse caminho.

Agradeço ao apoio da Coordenadoria de Atenção Primária da A.P. 3.1, na pessoa do coordenador Thiago Wendel e às gerentes das unidades de saúde Lorena Goulart, Camilla Santos, Jéssica Cinelli e Tamiris Lima por abrirem as portas e o coração das clínicas para receber a nossa pesquisa.

Agradeço especialmente ao Hospital São Francisco de Assis. Foi no HESFA que peguei um bebê no colo como fisioterapeuta pela primeira vez, e hoje, aqui, defendo não o mestrado apenas, mas a continuidade da luta para que mais crianças possam ter direito ao pleno desenvolvimento, assim como as que passaram por esse ambulatório tiveram.

*“Exu matou um pássaro ontem
com a pedra que atirou hoje”*
(Provérbio Iorubá).

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo visa analisar, sob a percepção de médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família, os desafios para avaliação e registro do desenvolvimento neuromotor de crianças de zero a dois anos, durante as consultas de puericultura. **METODOLOGIA:** Para tanto, foi utilizada uma abordagem qualitativa, por meio de uma entrevista semiestruturada abrangendo os profissionais médicos e enfermeiros de duas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. **OBJETIVOS:** Descrever e analisar os fatores apontados pelos profissionais entrevistados como dificultadores para avaliação do desenvolvimento neuromotor e identificar o conhecimento dos profissionais que compuseram a amostra sobre os marcos de desenvolvimento motor. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa, 13 profissionais, sendo 4 médicos e 9 enfermeiros, atuantes na Atenção Primária à Saúde, em média, há 3,8 anos, no município do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.1. Foi demonstrado um baixo conhecimento, na amostra analisada, sobre o período de aquisição dos marcos motores, em geral com superestimação da idade aquisitiva. As dificuldades elencadas pelos profissionais durante as consultas de puericultura foram a pressão assistencial, infraestrutura deficitária, falta de capacitação e carência de apoio matricial. A partir dos achados, foi desenvolvida uma cartilha de orientações sobre a avaliação e a estimulação do desenvolvimento neuromotor até os dois anos de idade, a fim de ser distribuída aos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **CONCLUSÃO:** Conclui-se, portanto, que para uma vigilância do desenvolvimento infantil adequada é necessária a redução da população adscrita e, conseqüentemente da pressão assistencial, a recomposição e a ampliação das equipes mínimas e multiprofissionais, investimento em infraestrutura e capacitação específica para a vigilância do desenvolvimento com ênfase no desenvolvimento neuromotor.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Crescimento e Desenvolvimento; Cuidado do Lactente; Estratégias de Saúde Nacionais; Assistência Integral à Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study aims to analyze, from the perspective of doctors and nurses working in the Family Health Strategy, the challenges in evaluating and recording the neuromotor development of children aged zero to two years during pediatric consultations.

METHODOLOGY: To achieve this, a qualitative approach was used through semi-structured interviews with medical and nursing professionals from two basic health units in the city of Rio de Janeiro.

OBJECTIVES: The objectives of this study were to describe and analyze the factors identified by the interviewed professionals as hindrances to the evaluation of neuromotor development and to identify the knowledge of the professionals in the sample regarding developmental milestones.

RESULTS: Thirteen professionals participated in the research, including four doctors and nine nurses, who have been working in Primary Health Care for an average of 3.8 years in the city of Rio de Janeiro, in Program Area 3.1.

The analysis of the sample revealed a low level of knowledge about the timing of motor milestone acquisition, with a tendency to overestimate the age at which these milestones should be reached. The difficulties mentioned by professionals during pediatric consultations included high patient load, inadequate infrastructure, lack of training, and a lack of support from specialized professionals. Based on these findings, an informative booklet was developed for the assessment and stimulation of neuromotor development in children up to two years of age, with the intention of distributing it to Primary Health Care professionals.

CONCLUSION: Therefore, it is concluded that in order to ensure proper monitoring of child development, it is necessary to reduce the number of assigned patients and, consequently, the patient load. This should be accompanied by the reorganization and expansion of multidisciplinary teams, investment in infrastructure, and specific training for developmental monitoring with an emphasis on neuromotor development.

Keywords: Child Development; Growth and Development; Infant Care; National Health Strategies; Comprehensive Child Health Care; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação do desenvolvimento infantil, segundo a Caderneta da Criança.....49

Figura 2 – Instrumento para avaliação do desenvolvimento infantil – Caderneta da Criança. 53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil por ano na Área Programática 3.1.....	76
Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil por ano no município do Rio de Janeiro.....	76
Gráfico 3 – Consolidado de respostas dos participantes para aquisição dos marcos motores, apontando os erros antes da faixa etária esperada (subestimada), depois da faixa etária esperada (superestimada) e acertos.....	84
Gráfico 4 – Curva de sobrecarga da COVID-19 e suas consequências na APS.....	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa.....	83
Tabela 2 – Conhecimento dos entrevistados sobre data limite para alcance dos marcos do desenvolvimento motor, com a média obtida pelas respostas e a faixa etária esperada de aquisição para cada marco para comparação.....	85
Tabela 3 – Estimativa dos profissionais sobre o tempo para realização da consulta e da avaliação do DNM e sua percepção se esse tempo é adequado.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- AIMS – *Alberta Infant Motor Scale*
- APS – Atenção Primária à Saúde
- Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
- CC – Caderneta da Criança
- DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DNM – Desenvolvimento Neuromotor
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- EC-95 – Emenda Complementar 95
- EpiRio – Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- MGRS – *Multicentre Growth Reference Study*
- MS – Ministério da Saúde
- NOB-96 – Norma Operacional Básica 96
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NV – Nascidos Vivos
- ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
- ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- PIB – Produto Interno Bruto
- PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PMNCH – Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PNI – Programa Nacional de Imunizações
- PRMI – Projeto de Redução da Mortalidade Infantil

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

STEP – *Skills Toward Employment and Productivity*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	17
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específicos	20
1.3 JUSTIFICATIVA	20
2 EMBASAMENTO TEÓRICO	23
2.1 UM OLHAR ALÉM DA SOBREVIVÊNCIA	23
2.2 RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTOS INFANTIL E SOCIOECONÔMICO	25
2.2.1 Retorno do Brasil ao Mapa da Fome	26
2.2.2 O ciclo intergeracional da pobreza	28
2.2.3. O investimento com maior retorno socioeconômico	31
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA	34
2.4 PUERICULTURA NO BRASIL – COMO ACONTECE HOJE	47
2.4.1 Caderneta da Criança	52
2.5 DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO NAS ALTERAÇÕES NO DNM	55
2.6 O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR	61
2.7. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA ESF	64
2.7.1 Consultas de acolhimento e primeiro mês	65
2.7.2 Consulta do 2º ao 3º mês	65
2.7.3 Consulta do 4º ao 5º mês	66
2.7.4 Consulta do 6º ao 8º mês	68
2.7.5 Consulta do 9º ao 11º mês	69
2.7.6 Consulta do 12º ao 17º mês	70
2.7.7 Consulta do 18º ao 24º mês	71
2.8 DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO NA SAÚDE INFANTIL	72
3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	75
3.1 TIPO DE ESTUDO	75
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	75
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	77
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	77
3.5 INSTRUMENTO	77
3.6 COLETA DE DADOS E DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO	78
3.7 ARMAZENAMENTO DOS DADOS	79
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	79
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	80
3.10 METODOLOGIA DA CARTILHA CRESCER E APARECER	81

4 RESULTADOS	83
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	83
4.2 CONHECIMENTO SOBRE O DNM	84
4.2.1 Conhecimento sobre os marcos do DNM	84
4.2.2 Conhecimento e utilização de instrumentos de avaliação	86
4.2.3 Autopercepção sobre dificuldades para avaliação do desenvolvimento	88
4.2.4 Valorização da percepção do cuidador durante a avaliação do DNM	88
4.2.5 Percepção sobre a importância da avaliação do DNM	90
4.3 FATORES DIFICULTADORES DA AVALIAÇÃO DO DNM	91
4.3.1 Pressão assistencial e duração da avaliação	91
4.3.2 Infraestrutura para a puericultura	94
4.3.3 Necessidade de capacitação para avaliação do DNM	96
4.4 SUGESTÕES DE MELHORIAS NAS CONSULTAS	97
4.5 CARTILHA – CRESCER E APARECER	100
5. DISCUSSÃO	101
5.1. PERFIL DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO	101
5.2 DESCONHECIMENTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR	102
5.2.1 Mais do que não deixar morrer, é preciso dar oportunidade para o pleno viver – a importância da avaliação do desenvolvimento	102
5.2.2 Desconhecimento dos marcos motores	104
5.2.3 Quem ensina o cuidador a cuidar? O déficit na atenção integral para a mãe e a orientação parental	107
5.3 BARREIRAS PARA A ADEQUADA AVALIAÇÃO DO DNM	112
5.3.1 Pressão assistencial, carência de médicos e burnout	112
5.3.2 Infraestrutura deficitária	121
5.3.3 Necessidade de capacitação específica para a avaliação do DNM	123
5.3.4 Ausência de apoio matricial	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
7 CONCLUSÃO	134
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	135
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa	148
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150
APÊNDICE C – Termo de ciência do responsável pelo setor	152
APÊNDICE D – Termo de anuência institucional – UBS	153

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

As últimas décadas foram marcadas pelo desenvolvimento de estratégias e programas de redução da mortalidade infantil, com um grande esforço mundial para o combate das principais causas, como prematuridade, desnutrição e infecções. De acordo com o relatório do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Infantil, divulgado em 2021, houve uma queda de 60% da mortalidade de crianças menores de 5 anos no mundo no período entre 1990 e 2019. Sobretudo para a prematuridade, nas duas últimas décadas, as chances de sobrevivência de bebês com muito baixo peso ao nascer, duplicaram (CLARK *et al.*, 2020; FERNANDES *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2022).

Esses avanços vão ao encontro da agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) pactuada em 2015, em que há o objetivo de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos. À vista disso, foi proposta também a redução da mortalidade neonatal em menos de 12/1.000 nascidos vivos (NV), e de crianças menores de cinco anos para menos de 25/1.000 NV até 2030. Entretanto, a desnutrição infantil representa, ainda, um importante impeditivo tanto para queda da mortalidade infantil quanto para o pleno desenvolvimento das crianças. O Brasil chegou a ser considerado um dos países que mais avançaram na redução da subnutrição de crianças entre 1989 e 2006, como uma das metas propostas no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome –, e foi assinalado como um desafio superado pelo Brasil em 2010, saindo do Mapa da Fome em 2014. Porém, devido a sucessivos desmontes nas políticas públicas, em especial na saúde e transferência de renda, em conjunto com uma grave crise econômica e a pandemia de COVID-19, a fome assola novamente grande parcela da população brasileira atualmente (BRASIL, 2021, 2022; COSTA, 2019; DELGADO *et al.*, 2020; REDE PENSSAN, 2022; TELLA *et al.*, 2018).

Porém, a análise relacionada à morbidade infantil precisa observar um aspecto mais amplo. Além dos fatores elencados como focais para a mortalidade, há ainda aqueles considerados indicadores de risco para a saúde das crianças, como, por exemplo, cuidadores usuários de drogas lícitas e ilícitas, exposição à violência, aumento da obesidade e sedentarismo e profundas desigualdades econômicas e sociais, com um perverso recorte

étnico-racial. Tudo isso torna o acesso aos direitos fundamentais o completo oposto da equidade pregada pelos princípios da Carta Magna e o que propõe o Estatuto da Criança do Adolescente (ECA), no tocante à garantia do pleno desenvolvimento, sem nenhum tipo de discriminação (DELGADO *et al.*, 2020).

Afinal, sobreviver apenas não é suficiente para que essas crianças cresçam e se desenvolvam em sua plenitude, tornando-se adultos competentes e produtivos na sociedade. Assim, como Zeppone, Volpon e Ciampo (2012) demonstraram, o acompanhamento de prematuros, em relação ao desenvolvimento, é deficitário, em muitos casos não ultrapassando o contexto de controle do crescimento e ganho de peso, não contemplando, desta forma, a avaliação dos componentes motores e relacionais da criança com o meio. Todavia, essa falha na vigilância do desenvolvimento acontece não apenas com crianças prematuras, mas impacta também aquelas que sofrem repercussões de outras causas consideradas menos graves, que interferem no desenvolvimento de uma forma mais silenciosa (BRASIL, 2014; FERNANDES *et al.*, 2017; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008; KLEVEN; BELLINGER, 2015; ZEPPONE; VOLPON & CIAMPO, 2012; NAUDEAU, 2011).

A Avaliação do Desenvolvimento Neuromotor (DNM), definido como a aquisição das habilidades motoras e psicocognitivas de forma progressiva, gradual e sequencial, é uma das sentinelas mais negligenciadas no cuidado infantil. É importante lembrar que, apesar de ser um momento de especial vulnerabilidade, a primeira infância também traz um grande leque de oportunidades. Neste sentido, a necessidade da identificação precoce desses atrasos se apoia em fornecer, o mais cedo possível, os cuidados necessários para que elas possam exercer sua cidadania de forma plena e igualitária, refletindo, assim, um ganho para toda a sociedade (CLARK *et al.*, 2020; ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Reconhecendo essa importância social, a Atenção à Saúde da Criança, no Brasil, conta com políticas robustas e de excelente formulação técnica, mas com implementação extremamente deficitária em vários contextos. Esse *déficit* é ainda pior para populações em maior vulnerabilidade social, que são justamente as que mais necessitam. Se, por um lado, muito se avançou em relação à mortalidade infantil, muito pouco se caminhou em relação à vigilância do desenvolvimento integral, contando inclusive com um importante retrocesso no período de 2017 a 2022, com a implantação de uma cruel agenda neoliberal (GIOVANELLA *et al.*, 2023; LIMA *et al.*, 2022; PALOMBO *et al.*, 2023).

Em uma revisão integrativa, Araújo, Gerzson e Almeida (2020) demonstram que ainda persiste a demora na identificação dos atrasos do DNM, para crianças com alterações que não são tão evidentes. Além disso, observa-se a insuficiência das orientações aos cuidadores sobre a estimulação e um retardo no encaminhamento dessa criança para a atenção especializada, ou seja, após os quatro meses de idade. Por conseguinte, os prejuízos tendem a piorar com a instalação de padrões anormais de movimento, demora na aquisição dos marcos subsequentes e uma relação comprometida com meio que a cerca, impactando toda a exploração do mundo e as habilidades desenvolvidas sequencialmente (ARAÚJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004; PALOMBO *et al.*, 2023).

Neste sentido, pode-se concluir que, quanto mais tarde ocorrer a identificação do déficit, maior o custo para recuperação, uma vez que as etapas de desenvolvimento são sequenciais e repercutem em diferentes áreas da vida do indivíduo. Assim, essa questão intensifica a desigualdade social, tendo em vista que as crianças de famílias com maior vulnerabilidade estão mais sujeitas a atraso nesse processo, uma vez que possuem menor acesso a recursos para o desenvolvimento neuropsicomotor, tais como uma boa alimentação e estímulos ambientais positivos. Com isso, perpetua-se o fenômeno denominado ciclo intergeracional da pobreza, que pode ser definido como uma maior probabilidade das crianças que tiveram menos oportunidades de desenvolvimento tornarem-se adultos pobres (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2020).

Por tais evidências, o desenvolvimento dessa pesquisa se justifica pela necessidade de ouvir as percepções dos profissionais da ponta, que lidam, no dia a dia, com as crianças e com as dificuldades relacionadas às consultas de puericultura. Afinal, diversos obstáculos para a avaliação de forma assertiva estão amplamente documentados na literatura, bem como suas consequências, mas poucos são os estudos que buscam dar voz a quem vivencia essa realidade. No entanto, essas percepções são fundamentais para criar subsídios e pensar sobre estratégias para dirimir as falhas nessa sentinela, que é tão importante para o futuro da sociedade.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar fatores apontados pelos médicos e enfermeiros responsáveis pela puericultura como dificultadores para avaliação do desenvolvimento neuromotor e identificação precoce de atrasos.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar o conhecimento dos profissionais responsáveis pela puericultura sobre o desenvolvimento neuromotor da amostra de profissionais analisada.

Discutir os fatores apontados pelos médicos e enfermeiros responsáveis pela puericultura como dificultadores para avaliação do desenvolvimento neuromotor.

Elaborar uma cartilha de orientação sobre avaliação e estimulação para o desenvolvimento infantil para ser distribuída aos profissionais da APS.

1.3 JUSTIFICATIVA

O pleno desenvolvimento infantil tem impactos que refletem em toda a sociedade, e isso corrobora a necessidade de caminharmos cada vez mais nesse cenário. Naudeau *et al.* (2011) explicam que falhas no desenvolvimento infantil dificultam o atingimento de metas essenciais para que a criança se torne um membro produtivo da sociedade. Daí a importância da identificação de atrasos e intervenção nos primeiros anos, devido a maior chance de compensar essas alterações e, assim, aumentar sua produtividade ao longo da vida (DENBOBA *et al.*, 2014; NAUDEAU *et al.*, 2011).

Apesar disso, o percentual de crianças com atraso no desenvolvimento é grande e subnotificado. Um estudo realizado em creches de João Pessoa, Paraíba, com 112 crianças, de 6 a 18 meses, demonstrou que mais da metade das crianças apresentava algum atraso no desenvolvimento, segundo o teste de Triagem Denver II. Esses atrasos apresentaram correlação, dentre outros fatores, com a falta de apoio da ESF na creche. Esse último dado reforça a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no modelo da ESF, na

promoção, prevenção e atenção à saúde para a população infantil. Os resultados dessa pesquisa apontam uma falha importante na identificação dessas crianças, e conseqüentemente inação até o momento do estudo para correção desses atrasos (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015).

Essa demora, ou ausência, na identificação de alterações no DNM é um grande problema para o aproveitamento da plasticidade neural, que é uma janela de oportunidade inerente a esse período, capaz de reduzir os impactos desses agravos na vida futura da criança. Nos primeiros anos há maior capacidade de novos arranjos neuronais, construídos com base nas interações do corpo com o meio externo e que podem ser moduladas pela atuação terapêutica. No entanto, segundo Tella *et al.* (2018), essa identificação ainda é precária para os profissionais da Atenção Primária e exige treinamento e articulação com especialistas (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; KIM *et al.*, 2020; TELLA *et al.*, 2018).

Além disso, a vigilância do desenvolvimento motor tem uma importante relação com a aquisição de competências escolares, que, por sua vez, tem considerável contribuição para o desenvolvimento social e profissional do indivíduo. Isso se deve ao fato de o desenvolvimento motor ser o ponto inicial para aquisição das habilidades cognitivas e relacionadas à linguagem. Assim, fatores que impactam o desenvolvimento motor comprometem o processo exploratório do ambiente e a interação da criança com o meio, o que também ocorre na insegurança alimentar e, especialmente, na fome, que se acumula aos outros fatores de risco relacionados à pobreza, com impactos cada vez mais nocivos ao pleno desenvolvimento (PALOMBO *et al.*, 2023; TELLA *et al.*, 2018).

Ademais, já existe o consenso de que as crianças em situação de vulnerabilidade social têm menos chances de atingir os patamares que lhes permitam usufruir das oportunidades de educação e saúde e tornarem-se membros produtivos da sociedade. Isso ocorre porque frequentemente estão expostas a fatores de riscos que se acumulam e comprometem seu pleno desenvolvimento. Assim, a necessidade de investimento tanto financeiro quanto na formação de profissionais que atuam com essa população está relacionada ao potencial que as intervenções na primeira infância têm de compensar tendências negativas. Tendo em vista que a expansão da cobertura da APS se desenvolve especialmente no atendimento de pessoas em vulnerabilidade, esse nível de saúde tem um papel de grande relevância nesse cenário de atuação (NAUDEAU, 2011).

A importância do pleno desenvolvimento também foi analisada na estimativa elaborada pelo *International Child Development Steering Group*, em 2007. Nesse trabalho, estima-se que 250 milhões de crianças abaixo de 5 anos não atingem seu potencial de desenvolvimento devido a pobreza, problemas de saúde, nutrição e cuidados deficientes. Segundo Tella *et al.* (2018), dados mais atuais referem que aproximadamente 35% das crianças no mundo não desenvolvem as habilidades esperadas para a sua faixa etária. Ao se incluir o fator pobreza na análise, esse percentual sobe para 46% (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; NAUDEAU, 2011; PALOMBO *et al.*, 2023; TELLA *et al.*, 2018; DELGADO *et al.*, 2020).

Além disso, os investimentos nas ações relacionadas aos cuidados na primeira infância têm impacto duradouro para a sociedade, como menor envolvimento em comportamentos de risco, que, por sua vez, têm impactos sociais como desemprego, gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis, vícios e reclusão. Vale considerar que programas corretivos são possíveis de serem implementados em outras fases, como na adolescência, por exemplo, mas, quanto mais tarde ocorre essa intervenção, maior o custo para remediar essa desvantagem. Ou seja, investir na primeira infância, além de promover um grande impacto na vida do indivíduo, promove relevante retorno econômico e social para o país (HECKMAN, 2008a, MORAIS *et al.*, 2015; PALOMBO *et al.*, 2023).

Por todos esses motivos, os primeiros anos têm uma especial importância por representarem um momento ímpar de oportunidade para reduzir a desigualdade social, quebrar o ciclo intergeracional da pobreza e ampliar as oportunidades em fases posteriores da vida. Esse é o motivo pelo qual organizações como o Banco Mundial têm aumentado seus investimentos e doações em relação a projetos relacionados ao desenvolvimento da primeira infância (DENBOBA *et al.*, 2014; MORAIS *et al.*, 2015).

Dessa forma, entender o motivo pelo qual a falha na vigilância do desenvolvimento neuromotor ainda é tão presente é de fundamental importância para reduzir a desigualdade e promover o desenvolvimento social, quebrando o ciclo de transmissão da pobreza. Portanto, garantir o pleno desenvolvimento de todas as crianças, além de ser uma questão sobretudo de ética social, é também um tema de grande relevância econômica para toda a sociedade.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

O desenvolvimento infantil e sua avaliação dependem de uma série de fatores que ultrapassam a limitação do entendimento puramente biológico. Entender essa criança como sujeito inserido em um núcleo familiar e integrando uma comunidade faz total diferença na avaliação e promoção do pleno desenvolvimento. Nesse sentido, é preciso compreender a criança como sujeito ativo no processo de desenvolvimento com interferências que podem ser positivas ou não, relacionadas a diversos aspectos.

Dessa forma, no decorrer da próxima sessão, será demonstrada, à luz da literatura científica, a relação entre o desenvolvimento infantil e o desenvolvimento social e econômico de um país, e, conseqüentemente, como esse entendimento pautou a puericultura, assim como o caminho seguido pelas políticas públicas direcionadas à infância no Brasil. Essa revisão aborda, ainda, a necessidade de um entendimento sobre o desenvolvimento além do crescimento antropométrico e a importância da detecção de alterações e encaminhamento o mais precocemente possível para tratamento. Além disso, serão abordados os tópicos relacionados ao desenvolvimento motor e sua avaliação de acordo com o calendário de consultas proposto atualmente pelo MS. Finalizando este capítulo, apresentaremos as evidências sobre o impacto do desenvolvimento de materiais de capacitação para a puericultura.

2.1 UM OLHAR ALÉM DA SOBREVIVÊNCIA

Seguindo a agenda proposta pela ONU para os ODMs, no Brasil, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresenta queda desde 1990 até o ano de 2021. De acordo com o DataSUS, em 1990, o país se encontrava no patamar de 47,1 óbitos infantis (em menores de 1 ano) por 1.000 NV. Em 2022, esse índice estava em 10,6 por 1.000 NV, como divulgou o Boletim de Vigilância Epidemiológica de 2022 sobre Mortalidade Infantil. No entanto, apesar dos avanços relacionados à sobrevivência, ainda pouco se fez, em relação ao que é necessário, sobre a qualidade de desenvolvimento desses sobreviventes. Isso é ainda mais preocupante, principalmente se levarmos em conta o impacto de diversos fatores de risco que impactam o neurodesenvolvimento, em especial nos primeiros mil dias, que incluem desde a gestação até dois anos de idade (BRASIL, 2021, 2022).

Assim, a monitorização do DNM e a identificação precoce da necessidade da intervenção têm importância fundamental, trazendo como objetivo maior dar a oportunidade à criança de desenvolver o seu máximo potencial individual. Tal relevância é justificada pelo fato de os primeiros anos do desenvolvimento infantil concentrarem grande atividade neural oriunda da interação entre a maturação do sistema nervoso e as oportunidades de experiência. Dessa forma, a intensa plasticidade neural desse período, comprovadamente, promove melhores prognósticos, quanto mais precocemente as intervenções terapêuticas ocorram (BEGGS *et al.*, 2005; FIGUEIRAS *et al.*, 2005; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008).

Uma questão central envolve tanto os fatores psicossociais como os fatores intrínsecos da pobreza, nos quais a nutrição inadequada encontra um dramático papel principal. No Brasil, esses fatores afetam o desenvolvimento de 10% das crianças. Porém, tão importante quanto a nutrição adequada está a estimulação nos primeiros cinco anos de vida, que tem a função de auxiliar no processo de multiplicação de sinapses e de mielinização, imprescindíveis para um bom desenvolvimento. Por mais que pareçam sem correlação, essas duas circunstâncias interagem e somam seus impactos negativos para afetar a interação dessa criança com mundo, com dimensões que ultrapassam a carência de nutrientes e que afeta toda a percepção do ambiente, além do desenvolvimento cerebral e as habilidades motoras, de comunicação e linguagem (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; NAUDEAU, 2011; TELLA *et al.*, 2018).

Assim, olhar para além da sobrevivência significa entender que essa criança precisa se relacionar com o mundo. Nesse contexto, a prontidão escolar – quando uma criança está preparada para aprender –, é outro fator importante a ser considerado e que pode ser impactado por alterações do DNM. Essa capacidade é fortemente influenciada pela qualidade do ambiente e dos estímulos que essa criança recebe nos primeiros anos de vida, bem como pelos fatores biológicos. Os fatores de risco nesse processo estão mais concentrados em famílias carentes, tanto por falhas na educação em saúde que essas famílias recebem, desnutrição e moradia inadequada como também pela distribuição desigual de recursos e serviços voltados para a primeira infância (MACDONALD; MCINTYRE, 2019; NAUDEAU, 2011).

Essa deficiência na prontidão escolar compromete a capacidade e a motivação de aprender dessas crianças quando ingressam na escola. Cumulativamente, as consequências se expressam ao longo da vida acadêmica com um desempenho ruim, repetência e abandono

escolar. Estudos apontados por Sacchi e Metzner (2019) citam que 30 a 50% das crianças com atraso do DNM também apresentam dificuldade de aprendizagem associadas, sendo a leitura e a escrita os problemas mais frequentemente relacionados a alterações motoras. Kim *et al.* (2020) reportam dados que reforçam essa associação com o atraso motor, demonstrando correlação com distúrbios de linguagem, e que a habilidade motora de uma criança de 18 meses poderia prever a habilidade de comunicação de uma criança de 3 anos. Nesse sentido, MacDonald e McIntyre (2019) reforçam a alta correlação existente entre habilidades motoras e preparo para início da vida escolar. Assim, a pré-escola tem um papel fundamental na continuidade da vigilância, orientação e estimulação das crianças durante a primeira infância (KIM *et al.*, 2020; MACDONALD; MCINTYRE, 2019; NAUDEAU, 2011; SACCHI; METZNER, 2019).

Dessa forma, entender quais os fatores de risco relacionados ao processo do DNM nas diferentes circunstâncias às quais estão expostas as crianças deve ser uma preocupação de saúde pública e o eixo condutor na construção de políticas para a primeira infância. Devido às razões expostas, é preciso ultrapassar o conceito de não deixar morrer, alcançando o de proporcionar condições para uma vida digna e autônoma, para que cada criança tenha direito e garantia do Estado de expressar o pleno desenvolvimento do seu potencial (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015).

2.2 RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTOS INFANTIL E SOCIOECONÔMICO

Para entender a importância do pleno desenvolvimento infantil, ultrapassando os conceitos da ética relacionada ao tema, é necessário discorrer sobre o impacto social que a criança causa quando seu desenvolvimento é prejudicado. De igual forma, entender como essa sociedade impacta o desenvolvimento infantil e retroalimenta a desigualdade, mantendo a pobreza intergeracional, é fundamental para a compreensão da necessidade do estabelecimento de uma agenda constante de discussão sobre o tema.

Na conjuntura atual, com o aumento expressivo da fome no país, o impacto dessa mazela nas crianças é ainda mais contundente. A seguir, essa atroz realidade será apresentada com seu potencial deletério para o desenvolvimento e como o ciclo intergeracional da pobreza atua impactando e sendo mantido pelas alterações do desenvolvimento. Ainda sobre o tema,

será demonstrada a necessidade de uma agenda de priorização da infância como promotora do desenvolvimento não apenas social, mas também econômico do país.

2.2.1 Retorno do Brasil ao Mapa da Fome

A fome é um problema antigo no Brasil que encontra seu início na invasão e na colonização portuguesas e, desde então, se agrava progressivamente. Um pequeno alento foi visto com o combate à pobreza extrema, corroborando uma agenda internacional sobre o tema, que levou o Brasil a sair do Mapa da Fome em 2014. Para esse feito, houve o importante impacto de dois programas governamentais, o “Fome Zero” e o “Bolsa Família”, que reduziram o percentual de domicílios com insegurança alimentar de 44,9%, na década de 1990, para 22,6% em 2013. No entanto, em 2015, com a queda do Produto Interno Bruto (PIB), o país retoma o crescimento da fome, ampliado com o desmonte das políticas públicas de combate à insegurança alimentar, a piora da crise econômica, elevando o novamente o patamar da insegurança alimentar para 36,7% em 2017-2018. Por fim, a pandemia do novo coronavírus agravou ainda mais a crise econômica, com queda mais acentuada do PIB, aumento da inflação e um aumento importante da desigualdade social no período (PINHEIRO, 2022; FARÍAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2023; REDE PENSSAN, 2022).

Segundo os dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, estima-se que mais de 125 milhões de pessoas vivenciaram algum grau de insegurança alimentar, sendo que, desses, 33 milhões de brasileiros vivem em insegurança alimentar grave, em 2022. Isso significa que em torno de 58% da população não tem garantia das refeições e 15,5% da população nacional não tem o que comer. Esses dados referem, ainda, que a pandemia trouxe um impacto ainda mais contundente nas famílias que vivenciavam a extrema pobreza, tendo a fome dobrado no período entre 2021 e 2022, o que mostra o caráter ainda mais cruel da COVID-19 para os mais pobres (REDE PENSSAN, 2022).

É importante ressaltar que a insegurança alimentar é ainda mais grave em: famílias chefiadas por mulheres em relação a famílias chefiadas por homens (64,1% x 53,6%); famílias pretas/pardas em relação a famílias brancas (65% x 46,8%), com menor tempo de estudo, na zona rural e nas regiões norte e nordeste do país. Isso demonstra que, embora a equidade seja um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a desigualdade social

ampliada pela interseccionalidade de fatores que recaem sobre mulheres pretas e pardas torna a questão ainda mais complexa. Essa origem é composta por raízes históricas, sociais e políticas que impactam diretamente a saúde em geral, em especial das crianças (REDE PENSSAN, 2022; THORNTON; YANG, 2023).

Segundo o relatório *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021* (FAO *et al.*, 2021), além de ter sido um dos locais onde a insegurança alimentar mais se acentuou, a América Latina – junto com a África –, ainda concentra um dos maiores níveis de desigualdade econômica no mundo. A fome é a faceta mais cruel dessa iniquidade e, desde 2016, vemos o Brasil mergulhar cada vez mais fundo nesse atoleiro. O que já era grave antes da pandemia que assolou o mundo ficou ainda mais dramático (FAO *et al.*, 2021).

Mas, para tratar do assunto, é preciso enxergar a questão da fome, da insegurança alimentar e da desnutrição sob uma ótica mais ampla, multisetorial, na verdade. A fome é um problema político e não de escassez de alimentos ou excesso de pessoas, como propunha a teoria malthusiana. A análise e a resolução desse triste fenômeno necessitam de um esforço multidisciplinar que abarca muito além de uma única área de conhecimento. Se anteriormente os desdobramentos da fome e da desnutrição estavam relacionados às hipovitaminoses, hoje esse foco está mais relacionado à prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e ao impacto da fome no desenvolvimento infantil (BEGHIN, 2022; CASTRO, 1978; COSTA; CAVALCANTE, 2019).

À vista disso, a pobreza e a desigualdade social são causas inegáveis da desnutrição infantil, o que as torna um problema de saúde pública. Mas essa realidade social traz ainda outros agravantes que estão na gênese da desnutrição das crianças, como uma alimentação inadequada no período da gravidez e pós-natal, partos prematuros, abandono precoce do aleitamento materno, ingestão insuficiente de alimentos, desemprego, proles numerosas, dentre outras (FRAGA; VARELA, 2014).

Embora a desnutrição não esteja apenas relacionada à vulnerabilidade social, é nessa camada da população que ela se expressa de maneira mais drástica. Isso se deve ao fato de a carência nutricional se apresentar associada a outros fatores de risco para o desenvolvimento infantil, tornando ainda mais desafiadora a expressão completa do potencial de desenvolvimento dessa criança. Um exemplo é a adaptação do organismo de uma criança que não tem a fome saciada de, em uma tentativa de manutenção de energia, perder a motivação

para explorar o ambiente e, com isso, ter um atraso na aquisição de habilidades motoras associadas (FRAGA; VARELA, 2014).

A repercussão da desnutrição no desenvolvimento motor grosso foi objeto de um estudo, realizado em 2009. A amostra era composta por 26 lactentes, de 6 a 18 meses de idade, sendo 13 com desnutrição e 13 no grupo controle. Foi utilizada para avaliação, a pontuação na *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS), uma escala observacional que requer manuseio mínimo do lactente, com aplicação entre 10 e 20 minutos. O grupo que sofria com a desnutrição e, segundo os pesquisadores, não possuía nenhum outro fator que comprometesse o desenvolvimento ou a movimentação do lactente, apresentou, em sua maioria, menor pontuação na AIMS. Esses dados corroboram outros estudos que relacionam a desnutrição e atrasos no DNM (FRÔNIO *et al.*, 2011).

Assim, devemos encarar a desnutrição infantil como um agravo à infância de origem complexa e que prescinde de soluções que estejam além apenas da distribuição de alimentos. Com o agravamento da fome, portanto, a avaliação do DNM, como sentinela do crescimento da criança na consulta de puericultura, mostra-se ainda mais relevante e complementar à avaliação antropométrica e de grande impacto para o seu futuro (COSTA; CAVALCANTE, 2019; FRÔNIO *et al.*, 2011).

2.2.2 O ciclo intergeracional da pobreza

Por pobreza, entende-se primariamente a relação com um fator econômico, mas, atualmente, esse conceito se ampliou, podendo ser traduzido como um fenômeno multidimensional, que, além do fator econômico, abarca a dimensão social, cultural e de qualidade de vida, segundo a percepção do indivíduo. Ou seja, a pobreza é uma forma de afastamento entre a pessoa e as oportunidades. Segundo os dados trazidos por Moraes *et al.* (2015), na população brasileira, há 35% de pessoas em situação de pobreza, mas, entre as crianças de até um ano, esse índice sobe para 51%, com um importante recorte regional, mostrando piores dados para as regiões Norte e Nordeste (MORAIS *et al.*, 2015).

Crespi, Noro e Nóbile (2023) reportam dados de um estudo realizado pela PUCRS, que demonstrou que 44,7% das crianças de zero a seis anos viviam em situação de pobreza. No entanto, quando se considera a dimensão racial, evidenciou-se que a taxa de pobreza entre as crianças negras era 68% maior e a de extrema pobreza era 98% maior, em relação às

crianças brancas. Assim, fica evidente que o desenvolvimento infantil se expressa marcado profundamente pela desigualdade, em uma evidente situação de discriminação, com origem histórica (SALATA; MATTOS; BAGOLIN, 2022 *apud* CRESPI, NORO; NÓBILE, 2023).

Para populações de maior vulnerabilidade, a importância da vigilância do desenvolvimento mostra-se ainda mais pertinente, pois variados estudos demonstram íntima relação entre condição social, desnutrição e composição familiar como fatores de risco para o DNM. Essas questões podem, ainda, promover risco cumulativo, ampliando a chance de alterações no desenvolvimento infantil. A soma desses fatores ainda é mais preocupante para crianças em idade pré-escolar, pois o ambiente doméstico exerce mais influência nessa faixa etária e ainda há menor acesso das crianças mais pobres nessa fase a escolas e ambientes estimulantes (HANUSHEK; WOESSMANN, 2008; CORREIA *et al.*, 2019; COSTA; CAVALCANTE, 2019; FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Em um estudo de coorte de nascidos em Pelotas, publicado em 2003, que acompanhou crianças nascidas de 1982 até 2001, demonstrou, entre outros pontos, que a pobreza trazia consequências que eram mantidas, como menor grau de escolaridade, menor renda, gravidez na adolescência, corroborando o conceito de que existe uma manutenção do *status quo* relacionado à vulnerabilidade das famílias. Somente isso já seria um fator crucial de intervenção com ações de mitigação dessas desvantagens. No entanto, a pobreza também é um aspecto que potencializa o atraso no desenvolvimento por inúmeros fatores já citados anteriormente (BARROS *et al.*, 2003; DELGADO *et al.*, 2020).

Os desdobramentos, portanto, de uma vigilância ineficiente do DNM, impactam a educação dessas crianças, tendo como consequência piores rendimentos. Isso é evidenciado por dados que demonstram a discrepância entre os níveis atuais de desenvolvimento de crianças expostas a fatores de risco e o que teriam alcançado em um ambiente mais propício. Consequentemente, essas crianças terão menores níveis de educação, menores salários e maior chance de, quando adultos, estarem em situação de pobreza (HANUSHEK; WOESSMANN, 2008).

A maior escolaridade dos pais, em especial das mães, está relacionada à redução da fertilidade, mais acesso à saúde e condições mais propícias para o desenvolvimento dos filhos, com maior estimulação cognitiva, melhor nutrição, maior cobertura vacinal e cuidado responsivo. Isto posto, o não atingimento do máximo potencial da criança hoje se desdobra de uma condição análoga (ou pior) para seu filho, futuramente, e desempenha um papel

importante na transmissão intergeracional da pobreza. Como resultado, em países com grande proporção dessas crianças, o desenvolvimento nacional será drasticamente impactado. Por isso, ações que propiciam o pleno DNM promovem melhor acesso à educação, qualidade da aprendizagem, e, até mesmo, sob uma ótica capitalista, incremento na produtividade (HANUSHEK; WOESSMANN, 2008; MUNHOZ *et al.*, 2022).

Compondo esses fatores, está também o estresse psicológico materno durante a gravidez, que tem uma correlação muito bem documentada na literatura em relação ao neurodesenvolvimento. Vale considerar, nesse sentido, que fatores estressores como morte de um membro da família, desastres catastróficos e estressores crônicos como pobreza, falta de habitação de qualidade, violência/crime, racismo ou discriminação, desemprego e aglomeração são extremamente frequentes na população carioca e brasileira em situação de vulnerabilidade. Além disso, a cronificação da pobreza, como tem ocorrido nos últimos anos, está ainda mais relacionada a prejuízos do desenvolvimento do que a pobreza aguda, devido aos efeitos sustentados desse estresse. Dessa forma, mais uma vez a pobreza demonstra seu potencial negativo na manutenção de um ciclo intergeracional que deve ser combatido arduamente pelo Estado e a forma mais simples de começar é garantindo, desde a gestação, que as crianças tenham a oportunidade do pleno desenvolvimento (CORREIA *et al.*, 2019; MIGUEL *et al.*, 2019; PALOMBO *et al.*, 2023).

É importante ressaltar que, no Brasil, com um especial destaque para o Rio de Janeiro, as interseccionalidades relacionadas a raça, classe e localização espacial, que estão no centro da questão do racismo estrutural, são componentes da desigualdade econômica, política e jurídica que marca a sociedade. Na antiga capital do país, a própria ocupação dos espaços seguiu a lógica da desigualdade e o processo de libertação dos escravizados sem reparação ou inclusão social explica, em grande parte, a realidade que é vista hoje. Nesse sentido, as hierarquias racializadas que foram construídas em todo esse processo de ocupação do território carioca, mantêm, ainda hoje, a população negra em situação de vulnerabilidade, em territórios dominados pela violência armada, de política militarizada e ofensiva de segurança pública, que, frequentemente, viola os direitos humanos. Assim, muitas vezes, é pela atuação na saúde, por meio da ESF, a única forma que o Estado se faz presente, sem ser para vilipendiar ainda mais a existência dessas pessoas (SILVA *et al.*, 2021).

Silva *et al.* (2021) trazem ainda a visão de autores como Foucault sobre o racismo de Estado, como parte do exercício do poder na atualidade, e Mbembe, que, a partir desse

pensamento, enuncia o conceito de necropolítica, como uma forma de entender a submissão da vida às tecnologias de morte, submetendo e subjugando populações inteiras. Essa política militarista e violenta, em detrimento de uma visão de inteligência operacional para combater o narcotráfico, torna as favelas, campos de guerra, e essas crianças que ali vivem prisioneiras de suas casas e potenciais vítimas. Assim, a população dessas localidades, novamente, em sua maioria negra, está muito mais exposta a morte, ao extermínio e à supressão de direitos, com profundas consequências nas vidas das pessoas (SILVA *et al.*, 2021).

Há ainda que se considerar que tais políticas são legitimadas pela permissividade social em relação a essas ações violentas e em completo desrespeito aos direitos humanos, em espaços precarizados, abandonados pelo poder público e estigmatizados como perigosos. Dessa forma, o básico direito de ir e vir parece estar atrelado à condição social e local de moradia; com isso, nota-se a pobreza impactando mais um dos determinantes de saúde necessários para o pleno desenvolvimento infantil. Dessa forma, justificam-se os achados de Palombo *et al.* (2023), de que crianças com mais recursos têm maior probabilidade de mitigar possíveis experiências adversas durante a vida. A pobreza mina o desenvolvimento infantil de diversas formas, inclusive dificultando a recuperação nas adversidades, contradizendo, assim, todo o discurso neoliberal da meritocracia. Afinal, se as oportunidades desde a concepção não são iguais, não é possível dizer que basta apenas o sujeito envidar todos os seus esforços para atingir os mesmos resultados que aqueles que não tiveram os mesmos revezes (SILVA *et al.*, 2021; PALOMBO *et al.*, 2023).

2.2.3. O investimento com maior retorno socioeconômico

Entendendo que o cuidado com as crianças é de extrema importância para o desenvolvimento social e econômico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elencaram esse período como o centro dos ODS. Essa estratégia está embasada no fato de que investimentos em saúde, educação e desenvolvimento se acumulam durante a vida da criança e são revertidos em benefícios para a sociedade como um todo. Dessa forma, negligenciar essa questão é um problema grave de saúde pública que se desdobra em custos sociais e econômicos (CLARK *et al.*, 2020; FERNANDES *et al.*, 2017).

Os lucros deste investimento se refletem também na atenção à saúde, pois, conforme relatado por Clark *et al.* (2020), estudos longitudinais demonstram menos comorbidades em idosos relacionadas ao desenvolvimento saudável na infância, como: peso ao nascer, crescimento, pico de capacidades físicas e cognitivas. Assim, as crianças, apesar de sua vulnerabilidade, são a ponte para o futuro. Os custos de atenção à saúde e educação da criança, em especial na primeira infância, são, na verdade, um vantajoso investimento social. À vista disso, o *National Scientific Council on The Developing Child* (2020) apresentou inúmeras evidências que apontam que crianças que usufruíram de atenção à saúde adequada e boas escolas tiveram menor probabilidade de envolvimento com tabagismo, alcoolismo, violência e criminalidade, além de dependerem menos de políticas assistenciais do governo para sua sobrevivência, como programas de transferência de renda e concessão de benefícios (CLARK *et al.*, 2020; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2020).

Richer *et al.* (2017) sugerem que o custo da inação para melhorar o desenvolvimento infantil por meio de pré-escola universal e visitas domiciliares, além da redução do atraso no crescimento e desenvolvimento, é substancial e pode chegar a mais de 10% do PIB. Em perspectiva semelhante, Hanushek e Woessmann (2008) estimam que, para cada U\$1,0 investido na infância, em especial na educação, haverá um retorno que pode chegar a U\$9,9. Contudo, para o bom desenvolvimento escolar, é necessário que as crianças estejam saudáveis, bem nutridas, além de com um desenvolvimento motor adequado, para que a oportunidade do aprendizado seja plena (CLARK *et al.*, 2020; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008; RICHTER *et al.*, 2017).

Embora haja todo um esforço de uma série de organizações em torno do investimento da primeira infância, ainda há um questionamento sobre o motivo pelo qual a atenção dos governos nesse setor é tão limitada. Parte da explicação para a ação ainda insuficiente nesse campo se deve aos orçamentos restritos, que estão ainda mais comprometidos no contexto atual pós-pandêmico. No entanto, outro dificultador para implementações de projetos relacionados ao desenvolvimento nessa fase da vida deve-se à complexidade e à característica multissetorial que deve ser adotada (DENBOBA *et al.*, 2014).

Devido a isso, há um empenho de organizações mundiais como o UNICEF, a OMS, Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH), liderada pela OMS e Universidade Aga Khan, *Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and*

Project Preparation, direcionada pelo Banco Mundial, para promover ações em prol do pleno desenvolvimento das crianças, em especial na primeira infância (DENBOBA *et al.*, 2014).

A relevância do assunto é tamanha para a economia mundial que, concentrando revisões de evidências científicas e experiências práticas, o Banco Mundial desenvolveu o programa STEP (*Skills Toward Employment and Productivity* – Qualificações visando Emprego e Produtividade). Nessa estrutura, há o delineamento de etapas nas quais as pessoas podem aprender e progredir durante a vida, e o desenvolvimento na primeira infância é a primeira de cinco etapas nesse propósito. Nessa primeira etapa, o STEP sugere ações que podem ser divididas em cinco eixos: (i) apoio à família; (ii) apoio à gravidez; (iii) apoio ao nascimento (do nascimento a seis meses); (iv) o apoio à saúde e desenvolvimento infantil; e (v) apoio à pré-escola (DENBOBA *et al.*, 2014).

Investimentos em programas de assistência às famílias como forma de prevenção têm um potencial de alta compensação econômica no futuro, reduzindo danos à sociedade. Fazem parte desse pacote de ações necessárias aquelas que coloquem a família no centro de cuidado, promovendo a educação dos pais e a vigilância das condições de saúde e desenvolvimento das crianças. Quando estimulados, esses são fatores de proteção social para que a família proporcione condições para o pleno desenvolvimento das crianças. Thornton e Yang (2023) mencionam, em seu estudo, que as disparidades relacionadas ao acesso à saúde, de forma geral, são persistentes e causadoras de ônus para o Estado. Em uma economia como a norte-americana, a perda de produtividade provocada nesse cenário pode superar a cifra de 1 trilhão de dólares (TELLA *et al.*, 2018; THORNTON; YANG, 2023).

A ESF tem, além de um papel fundamental de sentinela, o dever de promover educação em saúde, no sentido de promover a educação dos cuidadores não só em relação aos cuidados com criança sobre imunização, higiene e alimentação, mas também em relação à estimulação do desenvolvimento e auxílio na intensificação da formação de vínculos. Afinal, essas ações, além de contribuírem para o desenvolvimento físico, têm papel importante no desenvolvimento de habilidades cognitivas e socioemocionais que, mais tarde, influenciam diretamente o desempenho acadêmico e empregatício. Heckman (2008) afirma que o investimento na primeira infância tem efeitos que se somam ao longo da vida do indivíduo; sendo assim, essas ações estão entre os investimentos mais custo-efetivos que um país pode realizar para o desenvolvimento social do seu povo (DENBOBA *et al.*, 2014; HECKMAN, 2008b).

Por isso, é válido afirmar que o pleno DNM tem relação direta com o desenvolvimento socioeconômico de um país, afinal, crianças que não atingem a plenitude do seu potencial têm menos chances de se tornarem adultos produtivos. Isso se explica tanto pelo menor número de anos de escolaridade quanto pelo menor aproveitamento dos anos estudados. Dados da pesquisa realizada pelo *International Child Development Steering Group* demonstram que, a cada ano de escolaridade, os salários aumentam em 9,7% (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

É importante considerar, ainda, que, somados a esses fatores, deve-se acrescentar o risco para as crianças que sofrem com a insegurança alimentar e o conseqüente agravante que essa situação impõe para o crescimento. Nesse panorama, a estimativa para a perda de renda, imposta para esse futuro adulto, é, em média, 30,1%, resultados que podem ser ainda piores, considerando-se a carência de dados relacionados sobre a perda de capacidade de aprendizagem de crianças em situação de vulnerabilidade (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

O investimento, entretanto, não deve se limitar apenas a ações isoladas de saúde, mas também de desenvolvimento. Além da escola, o território onde essa criança está inserida também desempenha um papel fundamental no seu desenvolvimento. Assim, um bairro que conte com melhores condições de moradia, acesso a transporte público, segurança, áreas verdes e de lazer afeta positivamente o desenvolvimento infantil. Ou seja, o olhar multidimensional para o crescimento e o desenvolvimento da criança se desdobra em benefícios a curto, médio e longo prazo para a sociedade como um todo (PALOMBO *et al.*, 2023).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA

O conceito de criança, como temos hoje, é recente; foi consolidado entre o final do século XIX e o início do século XX. Rousseau foi um dos primeiros a colocar a criança em um papel diferenciado do pequeno adulto com necessidade de preocupação e cuidados específicos. No entanto, o termo puericultura data de 1762, surgindo no Tratado Jaques Ballexser e sendo reafirmado em 1865, por Alfred Caron e, desde então, já se considerava como “um conjunto de ações voltadas para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e o acompanhamento do desenvolvimento da criança” (ALBERNAZ; COUTO, 2023).

No Brasil, a pediatria nasce como especialidade em 1882 e, entre 1899 e 1924, inicialmente, essa área ficou sob responsabilidade de instituições filantrópicas e governamentais. Assim a puericultura surge com as ofertas assistenciais das Santas Casas de Misericórdia. Nesse contexto, o debate no tocante à saúde da criança girava apenas em relação à mortalidade infantil e à delinquência juvenil, sem transcender para outros aspectos econômicos e sociais (ALBERNAZ; COUTO, 2023).

Entre 1930 e 1940, o modelo de saúde era hospitalocêntrico privado, mantido pelas indústrias para seus trabalhadores em articulação com o poder público, com um perfil educativo e de vigilância limitado à dimensão individual e curativa. Entre 1937 e 1945, nasce a especialidade de médico sanitарista, com a construção da ideia de saúde pública. No mesmo período, crescem os avanços científicos sobre o cuidado da criança, influenciando a criação das primeiras políticas públicas com ações fundamentadas basicamente em Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (ALBERNAZ; COUTO, 2023).

Nos anos seguintes, poucos foram os avanços, e, em 1970, a mortalidade infantil era de 120,7/1.000 NV. Para combater esse problema, em 1975, foi criado o primeiro programa com características preventivas, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Já se sabia que a mortalidade infantil estava fortemente relacionada ao desmame precoce e à desnutrição, porém os esforços não foram suficientes para redução efetiva da mortalidade infantil, que encerrou a década de 1970 no patamar de 113/1.000 NV (ALBERNAZ; COUTO, 2023).

Durante a década de 1980, o mundo se mobilizava a favor da infância, na tentativa de garantir a promoção e proteção da criança, e, especialmente, o combate à mortalidade infantil. Em 1983-1984, o MS elaborou dois programas, que nasceram juntos, mas foram desmembrados na sequência e que respondiam pelo cuidado da criança e da mãe em diversos âmbitos. Assim, desde essa época, já existia um manual técnico de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, que lançou as bases para vigilância do DNM, mas teve sua utilização limitada pelo baixo acesso à saúde da época. Com isso, as dificuldades eram imensas e o índice de mortalidade continuava assustadoramente alto. Seguiam, no entanto, os esforços mundiais para o estabelecimento de ações nesse sentido e que culminaram, em 1990, na Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, com uma série de metas para serem cumpridas até o ano 2000 (ALBERNAZ; COUTO, 2023; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008).

A redemocratização do país na década de 1980 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, representa também um marco na garantia dos direitos na infância. Nela, a criança passa a figurar como membro da sociedade com condições peculiares relacionadas ao seu desenvolvimento e como prioridade do Estado, tendo essa condição reafirmada em 1990 pelo ECA. Nesse último, fruto da participação do Brasil em discussões internacionais sobre o tema, é garantido a ampliação do direito da criança e do adolescente, amparado pelo Estado, em receber proteção integral para seu desenvolvimento em todos os âmbitos, bem como, lazer e bem-estar (ALBERNAZ; COUTO, 2023; MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Nesse cenário, a constituição de 1988, reconhece que a saúde possui um papel de extrema relevância na promoção do desenvolvimento social e econômico e estabelece que a saúde passa ser um direito de todas as pessoas e uma obrigação do Estado. Dessa forma, o modelo de saúde mudou de um sistema restrito e exclusivo para aqueles inseridos no mercado de trabalho e contribuintes da seguridade social, que estimava uma cobertura de menos de 50% da população, para um sistema de acesso universal de seguridade social, com financiamento fiscal (GIOVANELLA, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2023).

A criação do SUS, pela Lei 8080 de 1990, além de tornar universal o direito ao acesso aos serviços de saúde, também abrange uma nova visão do conceito de saúde, voltada não só para uma proposta curativa. Nessa concepção surge um enfoque na promoção de saúde e, dentro desse cenário, estão a vigilância epidemiológica, nutricional e alimentar e iniciativas relacionadas ao saneamento. Essas ações têm íntima relação com a redução da mortalidade infantil. Nasce um Sistema de Saúde público, universal, fundado em princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação social (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Sem dúvidas, a dificuldade da implementação do modelo de saúde proposto era (e é) gigantesca. Não bastasse um país com dimensões continentais, um abismo social já estabelecido desde a invasão de Portugal e intensificada com a escravidão e condições culturais peculiares, questões expostas pela interseccionalidade de fatores históricos como racismo, classismo, pobreza, machismo, ampliaram essa dificuldade. Mas, se, por um lado, era evidente a dificuldade encontrada, essa mesma dificuldade demonstrava que era imperioso implementar um sistema de acesso à saúde ambicioso, baseado na equidade, na integralidade e na longitudinalidade do cuidado. Sem isso, não seria possível garantir desenvolvimento social e mitigar a mortalidade infantil (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Logo após a criação do SUS, a implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, cria a importante figura do ACS, que é responsável por um vínculo mais íntimo com a comunidade. A confiança estabelecida pelo convívio com a população local, permitia ao ACS ser uma voz de maior impacto junto a essas pessoas, para iniciativas locais de promoção à saúde por meio de ações educativas, e também monitorar situações de risco, peso e altura de crianças menores de dois anos e incentivar o aleitamento materno. Esse profissional representa uma interlocução mais sensível entre as políticas públicas de saúde e as demandas e características da comunidade. Foi o impulso inicial para começar a garantir o direito do acesso à saúde, sendo o ACS, mais tarde, considerado como a figura decisiva na redução da mortalidade infantil (ALBERNAZ; COUTO, 2023; MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Complementando o PACS e em consonância com as experiências internacionais sobre atenção primária, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Nele, a equipe, composta por médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, se juntam ao ACS para ampliação das ações de promoção à saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

O Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), lançado em 1995, consiste na articulação intersetorial e incremento de diversos programas governamentais, instituições internacionais (UNICEF e Organização Panamericana de Saúde – OPAS), organizações não governamentais, Conselhos de Secretários de Saúde e a sociedade para promover, como o nome pressupõe, a redução da mortalidade infantil. O PRMI oferecia um conjunto de ações relacionadas a saneamento básico, imunização, incentivo ao aleitamento materno e pré-natal, combate a doenças infecciosas e desnutrição (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Em 1996, com a Norma Operacional Básica (NOB-96), o PSF se tornou um modelo assistencial promotor da saúde, horizontal e tendo como centro a comunidade. Dessa forma, em contraste com a verticalização anterior, os municípios tornam-se os responsáveis imediatos pelas ações de saúde e intervenções relacionadas ao saneamento. Assim, em especial para municípios de pequeno porte, das regiões Norte e Nordeste, houve uma ampliação do acesso aos serviços, com um considerável incremento, por exemplo, nas consultas pré-natais, que conferem um impacto significativo na redução da mortalidade infantil. A partir de então, o repasse regular e automático dos recursos financeiros para os

municípios passou a ocorrer de forma mais eficiente, priorizando aqueles com maior índice de mortalidade infantil (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Com o intuito de sistematizar o atendimento da criança em sua integralidade, em 1997, inicia-se a linha de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa iniciativa foi proposta pela OMS, pela OPAS e pelo UNICEF, para atender às metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. A partir daí, ocorreu uma reorganização do cuidado, tanto para proporcionar maior qualidade na assistência como também para implementar iniciativas educacionais para família e comunidade a ações de combate para prevenção de doenças e agravos, tendo sempre como foco a integralidade com cuidado (MAGALHÃES *et al.*, 2018; FIGUEIRAS *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2022).

Em 2000, foi lançada uma agenda de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pela ONU, que visava o estabelecimento de compromissos mínimos pela promoção da igualdade humana. Dentre esses oito objetivos, constava reduzir a mortalidade infantil a dois terços do nível de 1990. Esse legado foi extremamente importante para a proteção da saúde infantil, pois tornou-se um referencial no esforço de manter as metas alcançadas e a busca pelo alcance das metas não atingidas. Essas metas se desdobraram em 2015, na Cúpula das Nações, nos 17 ODS, que se tornaram os alvos que compõem uma agenda de compromissos das nações para o mundo até 2030. Para o Brasil atingir a meta relacionada à mortalidade infantil, precisa manter a queda dos últimos anos, de 4% ao ano, para reduzi-la em 43,4% no período de 2016 a 2030. Com isso, a TMI estaria em 7,2 por 1.000 NV, em 2030 (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Os ODS transcendem a saúde, e buscam um desenvolvimento da criança de forma digna e respeitosa, oferecendo a possibilidade do pleno desenvolvimento. Por isso, além da redução da mortalidade, os ODS abordam também erradicação da fome e da desnutrição, possibilidade de acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva com atendimento integral, garantia de que todas as crianças completem os ensinos primário e secundário de qualidade e garantia de que todas as crianças tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, além de cuidados e educação pré-escolar, permitindo a prontidão para o ensino primário (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Seguindo esse propósito, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado também em 2000, traz importantes garantias para a saúde materno-infantil. Na APS, o programa trouxe marcos fundamentais como: garantia da primeira consulta de

pré-natal até o 4º mês de gestação e, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério no prazo de até 42 dias após o nascimento, um gama mínima de exames laboratoriais, oferta do teste anti-HIV, vacinação antitetânica, classificação do risco da gestação e garantia de acesso à maternidade de alto risco de referência, além de atividades recreativas educacionais (LIMA *et al.*, 2022).

Além da garantia do acesso à saúde de qualidade, desde a gestação, um marco de extrema importância para a primeira infância foi a criação, em 2003, do Programa Bolsa Família. Considerado o maior programa de transferência de renda condicionada do mundo, foi o responsável por um grande avanço no acompanhamento da saúde infantil e redução significativa da mortalidade infantil. Segundo o relatório da OPAS, o programa foi responsável pela queda de quase um quarto no nível de desigualdade, de 2001 a 2009, medido pelo índice GINI de 2004 (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022, MORAIS *et al.*, 2015).

Inicialmente, o Bolsa Família era direcionado para famílias com crianças de 0 a 6 anos, sendo ampliado em 2007 para famílias com crianças e adolescentes de até 17 anos. Mas, para receber o benefício, deveriam ser cumpridas algumas condições que, em relação à saúde, incluíam a vigilância do crescimento e desenvolvimento na APS, vacinação para crianças menores de 7 anos e assistência pré-natal e no puerpério. Dessa forma, havia um impacto combinado da atuação da APS com o programa, potencializando os resultados na saúde das crianças (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022, MORAIS *et al.*, 2015).

Em pouco tempo, o conceito de saúde e promoção de acesso aos serviços mudou muito; assim, era preciso investir em organização e capacitação. Com esse objetivo e visando ajudar gestores municipais e estaduais na reorganização da rede de assistência materno-infantil, o MS propõe o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004 e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade Infantil, em 2005. Essas duas iniciativas visavam estabelecer uma atenção à saúde de gestantes e crianças mais qualificada e humanizada, tendo como diretriz a equidade e a intersetorialidade. Para isso, estabeleceu uma agenda formada por 13 linhas de cuidado que incluíam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (LIMA *et al.*, 2022).

A imunização no Brasil, atuando não só na vacinação de crianças, mas de toda população, não é recente. Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que abarca o gigante desafio de erradicar ou manter sob controle uma série de doenças, é um

programa de referência para o mundo. Em 2004, ganha uma importância ainda maior para a infância com a Portaria 597/2004, que institui o calendário básico e obrigatório para crianças e adolescentes, além de outros grupos de pessoas. Com isso, houve uma vinculação da liberação do pagamento de benefícios sociais ao cumprimento deste calendário, representando um importante avanço na saúde infantil. Mais uma vez, a combinação de ações sociais e de saúde dá mais um passo na proteção da infância (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022; BRASIL, 2004).

Em 2005, surge o Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, uma ampliação da iniciativa advinda da Secretaria de Saúde de Belém/Pará, como material complementar para um curso que visava capacitar médicos e enfermeiros da APS. No período entre 2000-2004, 240 profissionais foram capacitados e 1.200 crianças foram identificadas e estavam em tratamento. Com isso, foram estruturados mais dois serviços com equipes multidisciplinares para atender à demanda, contribuindo assim para o pleno desenvolvimento das crianças. Pela primeira vez, então, surge uma documentação robusta sobre vigilância do neurodesenvolvimento, com um material embasado cientificamente, mostrando a importância dessa sentinela para o futuro da criança (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2022).

Ainda em 2005, o Cartão da Criança é então substituído pela Caderneta de Saúde da Criança, que se torna um instrumento essencial na vigilância e continuidade do cuidado. No novo documento, uma série de informações passam a constar, na perspectiva de um desenvolvimento que ultrapasse o conceito apenas do crescimento antropométrico e da vacinação. Posteriormente revisada, a caderneta ganhou mais duas novas versões, em 2007 e 2009 e, em 2019, passa a se chamar Caderneta da Criança (CC), com uma perspectiva intersetorial. No entanto, apesar do MS assegurar sua disponibilidade em todo território nacional, frequentemente há ausência do documento para distribuição nas maternidades e na atenção básica e ausência de anotações pelos profissionais responsáveis pela puericultura (LIMA *et al.*, 2022).

Nesse crescente, a APS ganhava cada vez mais relevância. A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi publicada em 2006 e provocou uma revolução no contexto da APS alçando o Programa de Saúde da Família para o nível de Estratégia de Saúde da Família. Nessa política, houve uma ampliação entre o cuidado prestado e o território, incorporando atributos a APS e tornando-a o modelo preferencial e de

reorganização da saúde. Dessa forma, esse modelo de saúde passa a figurar efetivamente como primeiro contato com o SUS, e seguindo a lógica de atributos da longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientado para a comunidade, centrado na família, além de reconhecer a cultura daquela população. Após 2006, houve mais duas atualizações (2011 e 2017) visando a inclusão de inovações para qualificação da APS como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022, TOMAS, 2021).

Ainda em 2006, foi implementado o Pacto pela Vida, que se constitui em um conjunto de compromissos sanitários, visando, dentre outras ações, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil por doença diarreica e por pneumonias e, também, o fortalecimento da APS. Dentre os objetivos propostos para essas ações, estava a criação de um comitê de investigação de óbitos infantis em municípios com população acima de 80 mil habitantes. Cabe ressaltar que, segundo Lima (2022), os pactos relacionados à mortalidade infantil, nessa ocasião, não foram atingidos até julho de 2022 (BRASIL, 2006; LIMA *et al.*, 2022)

Com a evolução de uma nova perspectiva de saúde que ultrapassa apenas a ausência de doença, a Estratégia Brasileirinhos, uma iniciativa do MS, iniciada em 2007 e instituída em 2009, visava fortalecer a saúde de gestantes e crianças na primeira infância. Essa estratégia estava incluída no programa Mais Saúde, que tinha como meta a reorientação da política de saúde do país e ampliação do acesso a serviços de qualidade, unindo as áreas da Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Humanização. Com uma abordagem bem fundamentada na saúde mental, a estratégia propõe a elaboração de propostas com enfoque no desenvolvimento emocional primitivo, com a formação de um ambiente facilitador, fundamental para a garantia do desenvolvimento saudável. Dentre os objetivos, destaca-se, também, qualidade de vida com capacidade de brincar, o que retoma a questão do desenvolvimento muito além de uma condição antropométrica.(BRASIL, 2010; LIMA *et al.*, 2022; MORAIS *et al.*, 2015)

Nessa visão intersetorial de desenvolvimento, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma iniciativa que articula a participação da APS no ambiente da escola pública, surge em 2007, como um importante local de promoção e prevenção de saúde. Essa ação visa ser mais uma estratégia para o enfrentamento das vulnerabilidades presentes na vida dos alunos da rede pública de ensino. Mais uma vez, articulam-se esforços de áreas diferentes – nesse caso, a APS e a educação pública – para promoção do pleno desenvolvimento (LIMA *et al.*, 2022).

Todo esse crescimento da APS precisava de apoio, em especial relacionado a infraestrutura física e gerencial; assim, a oferta de serviços de saúde poderia crescer em quantidade e qualidade. Em 2011, junto com a atualização da PNAB, foram instituídos dois programas, visando ampliar e qualificar a APS. O programa Requalifica UBS buscava criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e reconstrução das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com um enfoque na infraestrutura. Já o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), estava focado em aumentar a qualidade e o acesso à APS e, para isso, oferecia recursos adicionais e ferramentas de gestão. Dessa forma, esses dois programas funcionavam como iniciativas para monitorar e incentivar a qualidade da APS (LIMA *et al.*, 2022).

Também em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha. Essa estratégia tem o objetivo de promover acesso, acolhimento, resolutividade, através de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, e desenvolvimento até os 24 meses, incluindo transporte e regulação, ou seja, articulando infraestrutura, atendimento e logística. Nesse sentido, segundo um estudo realizado pela Fiocruz, em 2021, Bittencourt relata um aumento relativo na utilização de boas práticas, em especial para mulheres pretas/pardas e menos escolarizadas, porém ainda com menor frequência absoluta dessas boas práticas em mulheres negras, comparadas com as brancas. Esse mesmo estudo revela que, embora tenha sido identificado um aumento significativo na qualidade da assistência durante o parto pela mudança das atitudes dos profissionais e melhorias nas instalações, muitos obstáculos ainda persistem e, portanto, ainda há muito por fazer (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022; BITTENCOURT *et al.*, 2021).

A influência da questão do racismo no cuidado pré-natal também foi evidenciada em outro estudo, realizado no Rio de Janeiro, com 75.339 nascidos vivos de mães de baixa renda. Nele, foi analisada a relação entre cuidados primários de saúde, em especial o acesso pré-natal e parto, e os resultados de saúde infantil, sobre mortalidade. Os dados demonstraram que crianças nascidas de mães pretas não experimentaram as mesmas melhorias no nascimento e impactos positivos do uso da ESF que aquelas nascidas de mães brancas e pardas. Segundo os autores, esses dados levantam o debate sobre o acesso à saúde para essa parcela da população e onde há esse cuidado, se fatores relacionados ao racismo científico podem impactar diretamente os cuidados que pessoas pretas recebem. Ou seja, apesar de tantos avanços, ainda existem grandes barreiras relacionadas ao racismo para melhorar a saúde dessas crianças (HONE *et al.*, 2023).

Em 2012, com foco em famílias com crianças de zero a seis anos, o Governo Federal lançou o Programa Brasil Carinhoso, que, além de aumentar o repasse do Bolsa Família, também ampliou o número de vagas em creches e buscou garantir o fornecimento de remédios para a asma nas farmácias populares e suplementação de ferro e vitamina A durante as campanhas de vacinação. Posteriormente, o programa foi ampliado, abrangendo famílias com crianças de 7 a 15 anos de idade, e representou um importante fortalecimento do Marco da Primeira Infância (MORAIS *et al.*, 2015; PALOMBO *et al.*, 2023).

Em relação ao atendimento na saúde, a carência de profissionais médicos é um dos problemas estruturais mais graves do SUS. Esse problema se torna ainda maior quando olhamos para regiões mais carentes. Tentando sanar essa questão, em 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, na tentativa de expandir a presença desses profissionais em regiões mais remotas e periféricas, como uma forma de promoção da equidade e oferta de um serviço mais integral e resolutivo. Vale ressaltar que a distribuição regional de médicos no Brasil é extremamente desigual. Como resultado, o programa trouxe um incremento do serviço de saúde para as crianças, apontado pelos indicadores de: (i) maior quantidade de consultas para crianças menores de 1 ano; (ii) menor quantidade de consultas fora da área de abrangência; e (iii) aumento do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Em 2015, buscando atender os compromissos da agenda do ODM, o MS publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), um importante marco na assistência à criança. A PNAISC tem relação com outras políticas públicas e buscou organizar as ações e sintetizar os objetivos relacionados à saúde dessa população, englobando da gestação até os 9 anos de idade, com maior atenção à primeira infância e às crianças em situação de vulnerabilidade social, sempre tendo a APS como organizadora do cuidado (MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

No PNAISC, há uma grande atenção a todos os avanços promovidos até então, com esforços importantes na redução da mortalidade. Mas sua estrutura baseia-se não só na continuidade da redução da mortalidade infantil, como também na promoção da saúde integral, ou seja, na vigilância do desenvolvimento e o papel que essa criança ocupa na sociedade. Para isso, sua atuação foi dividida em eixos estratégicos que abrangem temas como: atenção humanizada desde a gestação, qualificação à atenção materna, neonatal e infantil, vinculação do recém-nascido com a APS, prevenção da transmissão vertical de

doenças como HIV e sífilis, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas, atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção de cultura de paz (BRASIL, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

No ano seguinte, em 2016, o Congresso Nacional aprovou o Marco Legal da Primeira Infância, um importante dispositivo que estimula a criação de programas, iniciativas e serviços tendo em vista o desenvolvimento integral de crianças até 6 anos de idade, tornando-as prioridade na formulação de políticas públicas. Dentre outros objetivos, também estão o compromisso com a redução das desigualdades, a promoção do direito de brincar, a qualificação de profissionais sobre as particularidades da primeira infância, a inclusão da figura masculina como participante ativo no processo de desenvolvimento com proposta de aumento do tempo de licença paternidade e igualdade de direitos e responsabilidades entre mães, pais e cuidadores, além de atenção especial e proteção a mães que optam por entregar seus filhos e gestantes privadas de liberdade. Dessa forma, o Marco Legal da Primeira Infância é considerado uma evolução do ECA e das metas pactuadas até então no SUS, ampliando a proteção e promoção do desenvolvimento nessa população (BRASIL, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2022).

Embora muito se tenha caminhado até esse período, houve um grande retrocesso no sistema de proteção social em 2017, com a Emenda Complementar 95 (EC-95), a qual estipulava um teto gastos em diversos setores sociais, como o da Saúde, colocando em risco todos os avanços obtidos até então. Na EC-95, para controle dos gastos no modelo proposto, bilhões de reais deixariam de ser investidos, tornando inviável o SUS em sua conformação de modelo de saúde universal. Nesse mesmo ano, houve a publicação da nova edição da PNAB, retirando da pauta a humanização e democracia em um cenário em que o país mais precisa desses atributos, tendo em vista a grave crise econômica e política que se agravaria ainda mais nos anos posteriores. Assim, o MS assumiu uma agenda neoliberal que resultou em condições que foram consideradas um desmonte da APS e do SUS (MAGALHÃES *et al.*, 2018; GIOVANELLA, 2020; LIMA *et al.*, 2022).

Uma das consequências imediatas desse processo foi a redução da quantidade de ACSs por equipe, que possuem um papel de extrema importância para a APS e, em especial, para promoção da saúde na infância, como relatado anteriormente. Os Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF) também sofreram com essa nova política, sendo praticamente extintos. Nessa descaracterização da APS, uma série de outras medidas foram adotadas, e, pela intenção de tal documento e das políticas vigentes no período, haveria uma transformação da APS basicamente em unidades de pronto-atendimento, com um incentivo para o modelo tradicional de atenção básica, comprovadamente menos eficiente que a ESF (MAGALHÃES *et al.*, 2018; GARCIA; SOCAL, 2022; GIOVANELLA, 2020; LIMA *et al.*, 2022).

Essa diferença entre o modelo tradicional de APS e a ESF consiste, entre outras questões, na composição da equipe. Além de não determinar o número máximo de pessoas de responsabilidade de cada ACS, no modelo tradicional, não há carga horária mínima nem limite mínimo dos profissionais que compõem a equipe, dificultando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (GARCIA; SOCAL, 2022).

Outro retrocesso foi a redução do Bolsa Família, que impactou diretamente a saúde e sobrevivência das crianças. Segundo um estudo realizado para simular os impactos causados pela EC-95, haveria um prejuízo social de 20 mil mortes e 140 mil hospitalizações na infância que poderiam ser evitadas, no período entre 2017 e 2030, sendo muitas dessas mortes causadas por doenças inerentes à pobreza, como diarreia e desnutrição. Ademais, as desigualdades sociais seriam ampliadas e os impactos seriam desproporcionalmente mais altos nos municípios mais pobres (MAGALHÃES *et al.*, 2018; RASELLA *et al.*, 2018).

Em 2018, especificamente no município do Rio de Janeiro, o governo municipal implementou uma reforma da APS, que tinha como objetivo reduzir os investimentos em saúde e, com isso, realizou uma demissão em massa, com um completo desarranjo na estrutura na saúde municipal. Nesse cenário, foi proposto transformar várias equipes da ESF, que atendiam em média 4 mil pessoas em equipes tradicionais, responsáveis por 16 mil pessoas (GARCIA; SOCAL, 2022).

Seguindo os agravos ao SUS, apesar dos avanços no acesso à saúde promovidos, em 2019, o Programa Mais Médicos foi descontinuado e substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil. Nesse programa, houve uma redução considerável da assistência médica nas regiões atendidas pelo programa anterior, com a saída da APS de milhares de médicos cubanos, sem substituição, por uma quantidade muito inferior de médicos brasileiros (GIOVANELLA *et al.*, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2023).

O Governo Federal de 2019-2022, pautado em uma ideologia de extrema-direita ultraliberal, promoveu um grande retrocesso das políticas que promoveram avanços no SUS e impactaram diretamente a infância. O negacionismo, aliado à lógica de mercantilização da saúde, desproteção social e precárias relações de trabalho, unidos à drástica redução do Bolsa Família, fomentou o aumento do trabalho informal, a desassistência da população e o aumento da, já alarmante, desigualdade social. Assim, à medida que minguava a renda das famílias, aumentavam assustadoramente os níveis de insegurança alimentar e fome, fragilizando a vida e o desenvolvimento das crianças. Apesar da potência do SUS e da sua resistência contra um projeto de desmonte, o Brasil somou 700 mil mortes pela pandemia, tornando-se o segundo país do mundo em óbitos pela COVID-19. Em relação aos impactos da negligência estatal com a saúde na infância, os efeitos serão sentidos, a curto prazo, com a mortalidade infantil e, a longo prazo, com a limitação do potencial dos adultos de amanhã, que não poderão usufruir de sua máxima expressão, por não ter havido uma ação do Estado que assegurasse seu pleno desenvolvimento (GIOVANELLA *et al.*, 2023).

Com a posse do novo governo (2023-2026), houve o retorno à política de fortalecimento do SUS, com o grande desafio de recompor o que foi interrompido e modernizar o que é necessário. Assim, foram revogadas portarias e decretos que restringiam direitos e marcavam retrocessos. Além disso, a ação rápida e coordenada de todo o Governo Federal quanto à emergência de saúde com a população Yanomami já demonstra a tônica de organização multissetorial no cuidado e respeito, não apenas com os povos originários, mas com a população em geral (GIOVANELLA *et al.*, 2023).

No entanto, a desconstrução dos avanços em saúde foi mais ampla do que a descontinuação de políticas, abarcando um negacionismo de grande parcela da população sobre questões já aceitas e validadas cientificamente, com impacto marcante na sociedade e no desenvolvimento infantil, como a imunização. O PNI, um dos grandes alvos do negacionismo, teve uma redução significativa da cobertura vacinal das crianças, provocada por uma quantidade alarmante de notícias falsas sobre o tema. Para superar esse desafio, o Governo Federal remodela o programa com novas ações, buscando a retomada da cobertura vacinal, tendo como meta atingir 90% de todos os grupos etários (GIOVANELLA *et al.*, 2023).

Essas e outras ações necessárias só foram possíveis por meio da readequação do orçamento do MS com aporte para as despesas com ações e serviços públicos de saúde, por

meio da nova política fiscal. Nessa recomposição e incremento de recursos financeiros, a atenção básica teve seu orçamento ampliado em 45,6%. Assim, a APS retoma seu lugar de prioridade com o modelo da ESF, com equipes multiprofissionais e retomada do incentivo para o NASF, visando ampliação da cobertura populacional e maior qualidade no atendimento. Nesse cenário, o Programa Mais Médicos também retorna, com modificações importantes relacionadas à qualificação profissional, cobertura populacional e longitudinalidade do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2023).

Depois de um longo e sombrio período de desconstruções, começa-se a enxergar um cenário de retomada da potência do SUS como garantidor do futuro do país, sendo atenção à criança um dos eixos norteadores.

2.4 PUERICULTURA NO BRASIL – COMO ACONTECE HOJE

Historicamente, o termo puericultura engloba o cuidado com a criança. No Brasil, a Saúde da Criança é uma das linhas de cuidado, o que pressupõe uma visão ampliada, englobando diversas dimensões da vida, integrando perspectivas de diferentes olhares e saberes para construção de uma assistência integral. Busca-se, dessa forma, garantir uma resposta mais adequada às necessidades que perpassam por diversas ações, como promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma ágil e eficiente (ALBERNAZ; COUTO, 2023; BRASIL, 2018).

A redução da mortalidade infantil percebida no Brasil nas últimas décadas está associada, segundo o Boletim de Vigilância Epidemiológica 37 (2021), à maior cobertura da Atenção Primária à Saúde, que proporcionou maior acesso ao pré-natal e promoção do aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida. Além disso, também fazem parte desse contexto, a melhor distribuição de renda, maior nível de escolaridade materno e melhores condições de habitação e alimentação (BRASIL, 2021; LIMA *et al.*, 2022; MUNHOZ *et al.*, 2022).

Cabe, assim, à APS, que possui o papel de organizadora do cuidado, articular a rede de atenção à saúde da criança nos diferentes aspectos e manter um diálogo frequente com a comunidade escolar a fim de promover a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, de acordo com suas demandas. Esse papel está determinado pela PNAISC e se correlaciona com

uma série de programas e políticas, conforme relatado anteriormente (ALBERNAZ; COUTO, 2023; BRASIL, 2018).

Reforçando a questão, é preciso considerar ainda que a prevalência da criança é um princípio constitucional. Compreende-se, assim, que:

A primazia da criança de receber proteção e cuidado em quaisquer circunstâncias, ter precedência de atendimento nos serviços de saúde e preferência nas políticas sociais e em toda a rede de cuidado e de proteção social existente no território, assim como a destinação privilegiada de recursos em todas as políticas públicas (NCPI, 2014).

Dessa forma, cuidar da criança de forma integral é uma prioridade em todos os níveis de atenção à saúde e cabe a atenção básica essa organização do cuidado (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, no 1º ano de vida do bebê, devem ser realizadas 7 consultas de rotina (na 1ª semana e nos 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses), intercaladas entre médicos e enfermeiros. Essa recomendação deve-se ao fato de serem épocas relacionadas a oferta de vacinas e necessidade de acompanhamento através de orientações para o crescimento e desenvolvimento, promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Para avaliação do desenvolvimento, segundo o Caderno de Atenção à Saúde da Criança (2012), crianças que apresentam apenas ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento não são encaminhadas diretamente para uma avaliação mais detalhada. Nessa situação, a recomendação é orientar o cuidador da criança sobre estimulação e marcar uma consulta de retorno em 30 dias. Somente nos casos em que haja perímetro cefálico < -2 escores ou $> +2$ escores e ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior ou presença de três ou mais alterações fenotípicas – sendo as mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado – é que deve ser solicitada uma avaliação neuropsicomotora. Segundo essa classificação, o desenvolvimento pode ser classificado como adequado, alerta ou provável atraso, conforme demonstrado na Figura 1, presente na CC (BRASIL, 2012, 2022).

Figura 1 – Classificação do desenvolvimento infantil, segundo a Caderneta da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z. escores ou > +2Z. escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

No Brasil, estima-se que a taxa de mortalidade neonatal seja responsável por 60 a 70% da mortalidade infantil, tendo como principais causas as afecções perinatais e malformações congênitas. Por esse motivo, o MS recomenda que a primeira consulta do recém-nascido seja realizada ainda na primeira semana de vida, consulta conhecida como “mamãe-bebê” ou “consulta de acolhimento”. Nesse primeiro contato, é preconizado que seja realizado o incentivo ao aleitamento materno com auxílio nas principais dificuldades, orientação sobre imunizações, verificação da realização de testes de triagem neonatal e estabelecimento/reforço

do vínculo da família com a unidade de saúde, com o adequado preenchimento da caderneta. No entanto, muito pouco se fala sobre as orientações em relação ao desenvolvimento e à estimulação da criança nesse cenário, bem como sobre a necessidade de instruir os cuidadores a respeito do instrumento de vigilância do desenvolvimento que se encontra na CC (BRASIL, 2012).

A falta de afeto da mãe ou cuidador da criança é, também, um importante fator de risco para o desenvolvimento, que pode deixar marcas permanentes. Esse sentimento está intimamente relacionado com a proteção e proporciona a ausência de estresse e a segurança necessárias à maturação neural e a processos como a mielinização. Embora pareça uma questão subjetiva, a APS tem um relevante papel no auxílio da formação desse vínculo, em especial nas primeiras consultas de puericultura. Vale lembrar que o contato, nessas situações, deve ultrapassar os muros da unidade de saúde e chegar até o ambiente de inserção dessa criança no contexto familiar e social. Daí a importância da consulta não ser um *checklist* avaliando, apenas, se determinada habilidade está atingida de acordo com a faixa etária, mas sim com o intuito de desenvolver uma escuta ativa sobre as demandas e necessidades trazidas pela família para uma abordagem realmente acolhedora e assertiva (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018; CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Outro ponto importante relacionado aos cuidadores, segundo o Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, refere-se à percepção sobre o desenvolvimento de seus filhos. Eles são considerados bons observadores e detectores das deficiências, com alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo da sua opinião nesse contexto. Apesar disso, em um estudo publicado em 2022, com 161 lactentes, foi demonstrada uma baixa concordância entre a percepção materna e os achados da avaliação obtida com a *Alberta Infant Motor Scale*, que acende um alerta em relação a essa avaliação informal, bem como à avaliação dos marcos apenas pelo questionamento ao cuidador se a criança é capaz ou não os realizar (SANTOS *et al.*, 2022; FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

No entanto, muitos marcos de desenvolvimento podem não ser avaliados durante a consulta, seja pelo curto tempo disponível para sua realização devido à demanda da unidade, seja por falta de instrumental, desconhecimento ou inabilidade do avaliador em realizar a estimulação correta. Nesses casos, a informação que o cuidador traz é de extrema importância para identificar se a aquisição pesquisada já foi atingida ou não. Vale ressaltar que cabe ao profissional responsável pela puericultura instruir os cuidadores sobre sinais de alerta, já que

eles são a principal sentinela do desenvolvimento daquela criança, devido ao maior tempo de contato com ela. O mesmo se aplica às orientações relacionadas à estimulação do desenvolvimento, especialmente em crianças que apresentem algum sinal de alerta (BRASIL, 2022).

Evidencia-se, dessa forma, a orientação aos cuidadores como um objetivo importante das consultas nessa faixa etária, não só sobre os aspectos relacionados a cuidados, higiene e nutrição, mas também sobre a estimulação, e, para as crianças, isso se expressa por meio do lúdico, das brincadeiras. A falta dessa orientação amplia alguns fatores de risco, conforme demonstrado em um estudo realizado na cidade de Belém, em 2018. Nele, Costa *et al.* (2018) demonstraram, em uma análise de 319 crianças, uma associação entre a pobreza e os riscos para o desenvolvimento motor. Uma das variáveis analisadas verificou que as brincadeiras desenvolvidas pelas crianças mais pobres eram menos diversificadas, acarretando, assim, um risco ao pleno DNM. Essa investigação demonstra a necessidade de orientações relacionadas ao desenvolvimento que devem vir, primeiramente, da equipe responsável pela puericultura (COSTA *et al.*, 2018).

A prática da puericultura vinculada à ESF, dessa forma, é uma ação oportuna para um cuidado integral e longitudinal que se baseia primariamente na avaliação da criança, mas também na identificação de vulnerabilidades, promoção do pleno desenvolvimento, escuta ativa da impressão e da demanda trazida pelos cuidadores e oportunidade de intervir nas fragilidades à saúde que essa criança apresenta. Ou seja, muito diferente da visão dicotômica de saúde como ausência de doença. Hoje, no Brasil, as políticas que garantem a promoção da saúde na infância trazem uma série de orientações e direcionamentos para uma visão holística da infância, incluindo as peculiaridades das suas necessidades para inserção social e pleno desenvolvimento. No entanto, infelizmente, a prática ainda não reflete a integralidade da teoria das políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2021).

Apesar das diversas iniciativas, ainda persistem muitos os problemas que dificultam o acesso e a qualidade da assistência prestada à população materno-infantil. Essas questões envolvem tanto a infraestrutura como a oferta e qualificação profissional e o acesso em si, no qual, muitas vezes, são priorizados casos de condições agudas, com pouca atenção destinada a questões relacionadas a vigilância, prevenção de agravos e promoção de saúde. Ademais, a falta de profissionais médicos ainda é uma realidade, nas UBSs (LIMA *et al.*, 2022).

2.4.1 Caderneta da Criança

A CC é hoje o principal instrumento para o registro dos dados da saúde infantil. Inicialmente, o instrumento de vigilância infantil era o Cartão da Criança, que, em 2005, foi substituído pela Caderneta de Saúde da Criança. O novo documento, então, incluía, além de espaço para anotações relacionadas às imunizações e ao crescimento, uma gama de informações relacionadas ao desenvolvimento integral. Em 2007, houve uma atualização com a inclusão das curvas de crescimento propostas pela OMS e informações ainda mais detalhadas sobre o desenvolvimento. Em 2009, passa a ser diferenciada por sexo e amplia a faixa de cobertura para crianças até 10 anos, incluindo informações sobre o acompanhamento de crianças com síndrome de Down e autismo, tabelas de IMC e cuidados com a pressão arterial (GAÍVA; SILVA, 2014).

Em 2019, o nome foi modificado para Caderneta da Criança, e ganhou uma perspectiva intersetorial, com a possibilidade de registro de informações relacionadas a outras políticas sociais, como assistência social e educação. Em 2020, foi publicada a segunda versão, apenas no formato digital, sem alterações significativas. Em 2021, foi divulgada uma nova versão, a mais atual, que conta com informações sobre o albinismo e o *checklist* M-CHAT-R/F, que é uma das ferramentas na identificação de crianças de 16 a 30 meses com suspeita de transtorno do espectro autista (BRASIL, 2022).

Em relação ao desenvolvimento motor, há um instrumento na CC, no qual, na primeira coluna, estão os marcos do desenvolvimento e, na coluna seguinte, uma breve explicação sobre como avaliá-los. Nas colunas seguintes, estão as idades, com meses sombreados com cores diferentes, para os quais são esperadas aquelas aquisições. Esses marcos destacados referem-se aos quatro domínios do desenvolvimento, como demonstrado na Figura 2 (BRASIL, 2022; PALOMBO *et al.*, 2023).

Figura 2 – Instrumento para avaliação do desenvolvimento infantil – Caderneta da Criança

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 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.							

18

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

O MS recomenda a utilização da CC em todo atendimento da criança, e seu preenchimento de forma adequada é de extrema importância, pois funciona como um potente instrumento, transitando em diversos níveis de atenção, com o histórico de registro de informações de saúde e desenvolvimento, sendo importante para a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Apesar dessa relevância, desde a criação, são documentadas dificuldades em seu preenchimento e, mesmo com a existência de um manual produzido pelo MS sobre o assunto, as dificuldades ainda persistem, sendo a avaliação do desenvolvimento um dos itens com pior preenchimento (ALBERNAZ; COUTO, 2023; ALMEIDA *et al.*, 2016; GAÍVA; SILVA, 2014; FIGUEIRAS *et al.*, 2003; GAITA; DA SILVA, 2014; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008).

Albernaz e Couto (2023) indicam que as dificuldades relacionadas ao preenchimento da CC, bem como sua valorização enquanto instrumento de trabalho, refletem a desorganização da Rede de Assistência à Saúde e, com isso, uma intensa desvalorização da atenção básica. Assim, os autores indicam como proposta, a concessão de maior espaço sobre a importância, história e forma de preenchimento nos cursos de graduação e pós-graduação médica, como instrumento de suma importância para a continuidade do cuidado, bem como

na colaboração intersetorial, que deve fazer parte do cuidado ampliado da criança (ALBERNAZ; COUTO, 2023).

A questão relacionada ao não preenchimento ou preenchimento inadequado da CC e/ou prontuário sobre os marcos do desenvolvimento já foi alvo de estudos, em diversas regiões do país. Em uma pesquisa de 2003, em Pernambuco, foram relatados dados preocupantes sobre a rotina de consultas de puericultura. Esse trabalho apontou que o registro do desenvolvimento foi realizado em apenas 1,2% no Cartão da Criança (instrumento da época) e em 5,9% dos prontuários, em um universo de 1.669 de crianças avaliadas. Apesar do preenchimento não garantir a acurácia na avaliação, o não preenchimento do instrumento demonstra um desconhecimento das suas potencialidades quando comparado com países em que essa vigilância é rotineiramente realizada, como a França, por exemplo, onde 74 a 93% das cadernetas são preenchidas com os marcos do DNM. Assim, a identificação do motivo para o não preenchimento desses marcos tem grande relevância no estabelecimento de propostas de intervenção que visem melhorar o apoio e a promoção do pleno desenvolvimento infantil (ALMEIDA *et al.*, 2016; GAÍVA; SILVA, 2014; FIGUEIRAS *ET AL.*, 2003; GAITA; DA SILVA, 2014; HANUSHEK; WOESSMANN, 2008; ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Outro estudo, mais recente, realizado em São Paulo, sobre o acompanhamento de bebês de risco em unidades de APS, demonstrou que a grande maioria dos prontuários não possuía informação sobre o desenvolvimento motor. No entanto, os dados relacionados a peso, estatura e perímetro cefálico foram preenchidos com maior frequência, embora não rotineiramente, o que aponta uma maior “aceitação” sobre a importância dessa monitorização pelos profissionais e que o mesmo não acontece com a avaliação do desenvolvimento (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018).

Segundo Molini-Avejonas (2018), a qualidade técnico-científica da assistência ao recém-nascido ainda está longe do ideal e pode promover um cuidado inadequado, especialmente em crianças consideradas de risco. No cerne da questão, encontram-se questões como a dificuldade de recrutamento e seleção de profissionais, especialmente médicos, fixação desse profissional na UBS e educação continuada. Com isso, o controle da qualidade desse atendimento necessita de maior rigor a fim de garantir uma melhor assistência a essa população. Isso se materializa no resultado dos estudos que comprovam a negligência no preenchimento dessas informações na CC. Conforme citado por Maia (2013), as causas

apontadas para esse comportamento são “a falta de conteúdo sobre o desenvolvimento infantil na graduação, profissionais sem treinamento, falta de uso e de acesso aos instrumentos de avaliação existentes e reduzido tempo nas consultas, dentre outras”. Apesar de documentadas há tempo, essas são questões que ainda não foram sanadas, pois, em um trabalho recente, Palombo *et al.* (2023) indicaram um percentual variando de 8 a 18% quanto ao preenchimento da ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil, da CC (MAIA, 2013; MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018; PALOMBO *et al.*, 2023).

2.5 DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO NAS ALTERAÇÕES NO DNM

As monitorizações de peso e altura, que refletem o crescimento da criança, são de mais fácil avaliação do que aquelas relacionadas ao DNM. A identificação de alterações do DNM depende de vários aspectos e parece ser de mais fácil observação dentro de situações de risco previamente estabelecidas ou em casos de maior gravidade. No entanto, muitas vezes, alterações menores passam despercebidas e acabam sendo compensadas pela própria criança sem uma investigação mais apurada. Ficam numa espécie de latência, como o silenciamento de algo que não estaria funcionando como o esperado, mas que acaba sendo ocultado por outras habilidades compensatórias. Considerando que o desenvolvimento recebe influências de diversos fatores, mas em especial das características biológicas e das experiências ambientais, as alterações nesses dois campos prejudicam ou podem auxiliar especialmente o DNM. No entanto, as alterações, estejam compensadas ou não, precisam ser investigadas, afinal, podem impactar futuramente essa criança, e essa investigação só é profícua quando se observa o desenvolvimento da criança a cada fase (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; KLEVEN; BELLINGER, 2015).

Em relação aos riscos biológicos, estão as desordens de origem genética, prematuridade, hipóxia e infecções neonatais. Já os riscos ambientais englobam aqueles relacionados à vida em família, ao meio ambiente e à sociedade. Segundo Figueiras *et al.* (2005), entre esses fatores ambientais, estão condições precárias de saúde, carência de políticas sociais e educacionais, baixa escolaridade materna, práticas inadequadas de cuidado e condições de tensão e violência familiar, como abuso, maus-tratos, dentre outros (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Segundo o Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, o roteiro de avaliação do desenvolvimento da criança inclui informações sobre fatores de risco, opinião dos cuidadores sobre o desenvolvimento da criança, mensuração do perímetro cefálico, observação de alterações fenotípicas, reflexos, posturas e comportamento de acordo com a faixa etária da criança examinada. Dessa forma, há uma classificação e ações específicas: provável atraso no desenvolvimento – encaminhamento para avaliação especializada; desenvolvimento normal com fatores de risco – orientações sobre estimulação, marcar retorno em menor intervalo de tempo, informar sobre sinais de alerta e investigação de acordo com a idade; e desenvolvimento normal – elogiar o cuidador, incentivar a continuidade da estimulação, informar sobre sinais de alerta e marcar consulta no tempo programado (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; BRASIL, 2022).

Contudo, segundo o estudo de Campos *et al.* (2006), a avaliação de desenvolvimento realizada apenas pela impressão clínica não é uma metodologia eficiente, em especial para déficits sutis. Palombo *et al.* (2023) destacam, ainda, que os profissionais de saúde não estão preparados para realizar avaliação e acompanhamento adequados do desenvolvimento devido a baixo conhecimento e práticas insuficientes (CAMPOS *et al.*, 2006; PALOMBO *et al.*, 2023).

Embora exista uma concordância sobre a importância da identificação o mais cedo possível dessas alterações, não há um consenso entre os profissionais sobre a melhor forma de realizar esse monitoramento. Dentre as propostas para esse monitoramento, o Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI destaca:

- *screenings* de desenvolvimento – checagem metodológica do desenvolvimento de todas as crianças, inclusive as que aparentemente não apresentem atraso, por meio de instrumentos padronizados de avaliação, como testes e escalas. Melhor opção para inquéritos populacionais, objetivando identificar o grau de risco de desenvolvimento;
- vigilância do desenvolvimento – conjunto das atividades desenvolvidas na APS para promoção do desenvolvimento e a detecção de atrasos, em um processo contínuo que envolve pais/cuidadores, profissionais de saúde e de educação e outros. Essa é a melhor opção para o acompanhamento individual da criança;
- avaliação do desenvolvimento – avaliação mais detalhada, multiprofissional e diagnóstica, para crianças com suspeita de atraso;

- monitoramento ou acompanhamento do desenvolvimento – processo de prestar assistência de forma próxima, periódico ou contínuo, sistemático ou informal, envolvendo ou não *screening*, vigilância e avaliação, mas sem a aplicação de técnica específica.

Alguns estudos apontam que, em grande parte das consultas de puericultura no mundo, ainda se utilizam avaliações informais para essa investigação; porém, estima-se que estas sejam capazes de detectar em torno de apenas 30% dos atrasos no desenvolvimento. Lian *et al.* (2003) relatam que 16,8% das crianças americanas abaixo de 18 meses têm pelo menos uma alteração no desenvolvimento e 4,9% têm 2 ou mais. Dessa forma, a utilização de instrumentos válidos, precisos e confiáveis pode melhorar o acompanhamento do desenvolvimento infantil, com identificação precoce de atrasos ou alterações e o encaminhamento para atenção especializada, com início do tratamento o quanto antes. Assim, é possível potencializar o resultado das intervenções, com o aproveitamento do pico da neuroplasticidade infantil (LIAN *et al.*, 2003; ZEPPONE; SANTOS *et al.*, 2021; VOLPON; CIAMPO, 2012).

No entanto, desde o ano de 2007, existe um instrumento na CC para acompanhamento da aquisição dos marcos motores. Esse questionário é pautado no Teste de Triagem DENVER II, um instrumento de triagem de fácil aplicação, com excelente confiabilidade, sensibilidade e especificidade, quando utilizado em crianças sob risco do desenvolvimento. Apesar de não ter a função de diagnosticar, alerta sobre a necessidade de investigações mais criteriosas de alterações do DNM. No Brasil, a existência desse instrumento presente na CC para vigilância do desenvolvimento é de amplo conhecimento dos profissionais que atendem esse público. No entanto, há inúmeras evidências relatando a ausência de seu preenchimento, o que suscita dúvidas se ele realmente é utilizado na avaliação, se a avaliação é realizada por meio de uma avaliação informal ou, pior, se a avaliação do desenvolvimento sequer é realizada (SANTOS *et al.*, 2021; ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

No entanto, ainda há uma lacuna na literatura sobre as dificuldades de avaliação do DNM na atenção primária por profissionais médicos e enfermeiros e se a formação na área de Saúde da Família concede a qualificação necessária para esse tipo de investigação. Dessa forma, tanto o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar como a vigilância nas instituições de educação infantil são apontados como fatores de grande relevância para a identificação precoce de crianças com maior risco de atraso motor e o estabelecimento de

estratégias de intervenção e promoção do desenvolvimento (ARAÚJO *et al.*, 2019; BEGGS *et al.*, 2005; LIAN *et al.*, 2003).

Afinal, os primeiros mil dias são também uma grande janela para a recuperação, devido à grande plasticidade do tecido nervoso, ou seja, com a identificação o mais cedo possível e as intervenções corretas, a chance de uma melhor resposta da criança às terapias e aos estímulos do ambiente é muito maior. Esse fluxo, no entanto, esbarra em um grande desafio em relação à identificação precoce de atrasos, e uma prova dessa lacuna é a inexistência de estatísticas nacionais sobre o desenvolvimento cognitivo ou socioemocional de crianças pequenas, nos países em desenvolvimento (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

Por essa razão, tão logo seja identificado o atraso, deve ser iniciado o tratamento funcional, visando o aproveitamento da melhor janela de desenvolvimento possível. A busca por tratamento apenas após a identificação do fator etiológico pode demorar muito – ou nunca acontecer –, e atrasar o início da intervenção, diminuindo muito as chances de recuperação funcional (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

É importante ressaltar que crianças com alterações do desenvolvimento, apresentam atrasos em alguns domínios durante a primeira infância. Essa é uma informação que parece óbvia, mas que muitas vezes é negligenciada pelos profissionais responsáveis pela puericultura. MacDonald e McIntyre (2019) exemplificam essa informação com dois transtornos bem conhecidos: o transtorno do espectro autista (TEA) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). No TEA, em geral, as crianças apresentam dificuldades com habilidades sociais e de comunicação. No entanto, há também alterações motoras, como: controle postural fraco, dificuldade de equilíbrio e atrasos na obtenção de marcos motores iniciais. Para as crianças com TDAH, além da atenção inadequada, impulsividade e hiperatividade, há uma estimativa de 30 a 50% de crianças com déficit nas habilidades motoras (MACDONALD; MCINTYRE, 2019).

Nesse sentido, outro fator que vale ser considerado é o tempo de espera para a atenção especializada, que depende tanto de um serviço de regulação bem estruturado quanto de uma rede que oferta vagas suficientes para essa investigação e início de tratamento. A gestão da fila é uma questão de importante discussão, que abrange a necessidade de um olhar não apenas para o monitoramento da fila de espera e aumento da quantidade de vagas, mas também para a estruturação da rede e garantia de acesso oportuno, equânime e transparente.

Porém, tudo isso se inicia com a identificação mais acurada sobre a real demanda para esses serviços, mais um ponto que reforça a necessidade da identificação dessas alterações o mais cedo possível (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2022).

A rápida identificação de risco e de atrasos estabelecidos tem fundamental importância para o pleno desenvolvimento. Afinal, esse é um processo multidimensional, no qual os quatro domínios do desenvolvimento – físico, cognitivo, linguagem e social e emocional –, se relacionam. Assim, uma etapa age como condição impulsionadora para a etapa seguinte. Isso significa que atrasos em uma área podem também se desdobrar em atrasos em outros domínios; assim, a importância de intervir o quanto antes se justifica não só pela correção do atraso visando aproveitar a janela de oportunidades dessa fase, mas também por minimizar impactos futuros em outras áreas (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; KIM *et al.*, 2020; NAUDEAU, 2011).

O direcionamento das crianças que apresentam algum déficit do desenvolvimento motor para a intervenção é bastante demorado. Segundo o estudo de Bailey (2004), os cuidadores começam a perceber o atraso aos sete meses de idade, com diagnóstico realizado apenas um mês e meio depois. Com isso, o encaminhamento para a intervenção é feito, em média, 5 meses depois do diagnóstico, e o início do tratamento, efetivamente, por volta do 15º mês de vida. Este estudo, no entanto, considera apenas as crianças que chegaram ao processo de intervenção da atenção especializada, e algumas crianças, em especial com déficits menores, nem chegam ao tratamento. Porém, de acordo com o estudo de Almeida *et al.* (2016), estima-se que, no mundo, mais de duzentos milhões de crianças com menos de cinco anos estão em risco de não atingirem seu potencial de desenvolvimento plenamente. Cardoso *et al.* (2021) relatam que, em países de baixa e média renda, estima-se que 43% das crianças de até 5 anos não atingem o seu máximo potencial por estarem expostas a riscos biológicos, psicossociais e ambientais (BAILEY *et al.*, 2004; BEGGS *et al.*, 2005; CARDOSO *et al.*, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2016; FIGUEIRAS *et al.*, 2003).

Conseqüentemente, com essa demora, perde-se uma importante oportunidade de recuperação desse repertório motor, que acarretará maior tempo de tratamento e dispêndio de mais recursos, sejam eles financeiros, físicos ou emocionais para essa família. Segundo Formiga, Pedrazzani e Tudella (2004), a idade ideal para a intervenção precoce é em torno dos quatro meses, pois é antes da instalação dos padrões anormais de postura e movimento (BEGGS *et al.*, 2005; FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004).

Mesmo para crianças acompanhadas regularmente pelas equipes de ESF, as desordens do desenvolvimento não são identificadas precocemente. Segundo Correia *et al.* (2019), o programa de monitoramento do desenvolvimento possui taxa de detecção e encaminhamento de apenas 4,6% das crianças com atraso no DNM. Em um recente estudo no Ceará, observou-se que 9,2% das crianças menores de 6 anos apresentavam atraso e 24,3% apresentavam risco de atraso em pelo menos 1 dos domínios do desenvolvimento infantil. Ou seja, a taxa de detecção mostrou-se muito abaixo do necessário (CARDOSO *et al.*, 2021; CORREIA *et al.* 2019).

No município do Rio de Janeiro, diferente do que acontece predominantemente no restante do país, há uma descentralização da regulação de vagas para atenção especializada, com sua realização acontecendo por médicos da própria UBS, a partir de vagas disponibilizadas pela Central de Regulação. Esses profissionais também avaliam as solicitações de outros colegas da mesma unidade, podendo agendá-las, devolvê-las para o profissional solicitante para maiores informações e, ainda, negá-las pelo próprio sistema de regulação. Intermediando o contato do regulador da UBS com a Central Municipal, existe um Núcleo Interno de Regulação, na estrutura de cada área programática. Esse é um importante processo, principalmente na função de dar a APS o papel de protagonista da coordenação do cuidado (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2022).

Silva Junior *et al.* (2022) destacam, em sua pesquisa, realizada com 114 médicos que exercem a função de regulador na UBS, que esse formato utilizado no município tem como benefício a maior proximidade com o usuário e, por isso – com maior compreensão das suas necessidades, bem como a maior agilidade no atendimento –, melhor gestão das filas e vagas e aumento na qualidade dos encaminhamentos. Mas, por mais que a regulação seja feita de forma de mais ágil, a oferta de vagas é um ponto que ainda necessita de melhorias, e, segundo os médicos que participaram da pesquisa, persiste a insuficiência de informações a respeito dos corretos fluxos e modos de encaminhamento. Além disso, se constitui em mais uma atribuição para o profissional que está na ponta e acumula essa função com todas as demais relacionadas ao atendimento da população (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2022).

2.6 O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR

Os primeiros anos de vida são demasiadamente importantes: várias áreas do sistema nervoso estão se desenvolvendo ao mesmo tempo, por meio de eventos como neurogênese, crescimento axonal e dendrítico, sinaptogênese, morte celular, poda sináptica, mielinização e gliogênese. Em nenhum outro período da vida isso acontece com tamanha complexidade e velocidade. Assim, como é um momento único de oportunidades, é também um momento de fragilidade para estímulos negativos, dos quais fazem parte, como principais fatores de risco, a pobreza e todas as mazelas que a acompanham (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; PALOMBO *et al.*, 2023).

O DNM é entendido como uma sucessão de etapas que começam no útero e terminam na adolescência, mas têm seu estágio crítico no período conhecido como os primeiros mil dias, que compreende a gravidez e os primeiros dois anos da criança. Esse processo é entendido como um período em que há uma intensa interação entre fatores biológicos e genéticos, ambientais e psicossociais. Dessa forma, entender esses fatores e seu impacto é de extrema relevância para a compreender o desenvolvimento (COSTA *et al.*, 2018; FIGUEIRAS *et al.*, 2005; PALOMBO *et al.*, 2023).

Assim, o comportamento motor é fruto dessa interação, promovendo o desenvolvimento no sentido craniocaudal e proximal-distal, em um complexo mecanismo que ocorre em paralelo com as habilidades de outros três domínios: cognitivo, de linguagem e socioemocional. Nesse processo, ainda há a questão do aprendizado motor, diretamente influenciada pela orientação dada aos cuidadores, que deve ser realizada nas consultas de puericultura. Dessa forma, há uma retroalimentação, pois, em resposta ao estímulo ambiental, a criança desenvolve uma resposta motora, que permite novas experiências e alimenta novamente a percepção. Tudo isso ocorre em paralelo ao desenvolvimento de outras áreas que se entrelaçam na constituição cada vez mais complexa que forma o indivíduo (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018; AMORIM *et al.*, 2018; PALOMBO *et al.*, 2023).

O desenvolvimento nos dois primeiros anos, como descrito anteriormente, é marcado por intensas mudanças em períodos curtos de tempo, como verdadeiros “saltos”. Dessa forma, muitas das habilidades são alocadas em “janelas” de idade, nas quais se espera desenvolver uma sequência de aquisições. Assim, espera-se que a criança seja capaz de controlar a cabeça, antes de sentar e que sente-se antes de engatinhar e andar, por exemplo, razão pela qual não

há uma data marcada para cada conquista motora, mas um período estimado de constatação dessas aquisições. Ademais, questões como sexo, condições da gestação, predisposição genética e outros fatores biológicos mostram impactos no desenvolvimento e, conseqüentemente, na aquisição dos marcos motores dentro de um cenário ainda considerado do desenvolvimento neuromotor típico (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018; PALOMBO *et al.*, 2023; WHO, 2006).

Essas aquisições dos primeiros anos, como rolar, sentar, levantar-se e caminhar, por exemplo, formam a base para habilidades mais complexas, que se irão desenvolver mais tarde. Ou seja, o domínio motor inicial ajuda na formação da base de outros domínios que perpassam por ele, como os social, afetivo, cognitivo e físico. O desenvolvimento adequado, por conseguinte, forma a base sobre a qual será alicerçada toda a vida futura e influencia fortemente sua relação com o meio, incluindo a escolarização, rendimento acadêmico e colocação no mercado de trabalho (MACDONALD; MCINTYRE, 2019).

Especificamente no primeiro ano, a velocidade dessas mudanças é ainda mais drástica. O cérebro ganha massa e dobra de tamanho. Em nenhum outro período da vida a criança aprende de modo tão acelerado, e isso se deve ao desenvolvimento neurológico, com crescimento das estruturas e formação de sinapses, fortalecimento das redes neurais, mielinização e estímulos externos. Assim, o período entre as consultas precisa ser menor e fatores como escolaridade, nível socioeconômico e hábitos parentais, bem como composição familiar, precisam ser considerados, pois exercem influência dramática nesse período e ainda são secundarizados pelos profissionais de saúde na avaliação (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018; CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; MUNHOZ *et al.*, 2022).

Os reflexos e reações do primeiro ano de vida fornecem importantes informações sobre o funcionamento neurológico, juntamente com o tônus muscular. Nesse processo, há uma transição de dominância de estruturas, pois os núcleos subcorticais amadurecem antes do córtex, resultando em desaparecimento de padrões primários e aparecimento de padrões e reações mais elaborados. Com o amadurecimento cortical ocorrendo no sentido craniocaudal, há a dominância de estruturas altamente integradas aos estímulos promovendo regulações e contrarregulações, e, assim, a forma como o tônus é regulado se altera, bem como a relação dessa criança com a gravidade (FLEHMIG, 2000).

Dessa forma, a motricidade se estabelece devido ao surgimento das reações posturais e de equilíbrio, modificação de movimentos maciços para movimentos mais refinados e

modificação do tônus para resistir à gravidade. Esse conjunto de condições proporciona o aparecimento dos mecanismos reflexos e reações posturais, que são imprescindíveis para a evolução da motricidade. Com isso, inicia-se o controle da cabeça no espaço e sua coordenação com o tronco e deste com os membros, em uma fina sintonia entre ação de músculos agonistas e antagonistas (FLEHMIG, 2000).

Porém, para que todo esse processo se desenvolva, é necessário que o tônus postural esteja dentro do esperado, que haja condições neurológicas para graduação mais fina do movimento, contração harmônica entre flexores e extensores e padrão normal de coordenação (FLEHMIG, 2000).

Nesse sentido, estímulos externos podem interferir positiva ou negativamente para que todo esse equilíbrio se desenvolva harmonicamente. Se, por um lado, alterações biológicas podem desencadear desordens, elas têm maior chance de serem corrigidas com estímulos adequados nas fases iniciais de vida da criança. Por outro lado, justamente devido a essa capacidade proporcionada pela plasticidade cerebral nessa fase, mesmo sem fatores biológicos que interponham obstáculos, a presença de fatores ambientais negativos pode comprometer o DNM (FLEHMIG, 2000).

O modelo bioecológico Bronfenbrenner, que trata acerca de uma das teorias do desenvolvimento, propõe exatamente uma análise da criança, dessa forma, inserida em um ecossistema com suas possibilidades e limitações, em uma relação entre os ambientes micro e macrosociais. Tais implicações se desdobram em questões sociais, econômicas e culturais que se entrelaçam e interagem com fatores externos que, apesar de estarem fora do contexto de desenvolvimento da criança diretamente, exercem influência significativa como as políticas públicas, por exemplo. Assim, Estado, comunidade e família, com suas normas e valores, precisam priorizar o desenvolvimento infantil, devido a sua importância nesse processo (AMATO; BRUNONI; BOGGIO; 2018; FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Por esse motivo, o exame da criança em relação ao DNM não deve estar somente restrito à observação dos marcos do desenvolvimento, mas deve contar com a avaliação dos reflexos, posicionamento e tônus, de acordo com cada idade avaliada, bem como das características comportamentais. Para isso, é importante conhecer como o desenvolvimento costuma ocorrer e quais as mudanças esperadas em cada fase da vida dessa criança (FLEHMIG, 2000).

Por outro lado, é necessário pensar fora do contexto estritamente biológico de DNM e entender a questão com a complexidade na qual está inserida. É primordial, dessa forma, conhecer quem é a criança que chega até o serviço de saúde, a relação familiar que a envolve, o contexto social e quais são as influências políticas, sociais e econômicas que interferem no seu desenvolvimento (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018).

Torna-se, assim, fundamental a compreensão, da parte da família, de que a criança passa de um bebê frágil a um ser social que interage ainda no primeiro ano de vida e que a relação com ela ultrapassa apenas os cuidados de higiene e alimentação. Dessa forma, o afeto, a comunicação e a estimulação proporcionados pelos cuidadores possuem um papel de singular importância, ainda maior nessa fase da vida. Assim, o desenvolvimento é resultante também das aquisições motoras, que auxiliam na exploração do ambiente e na relação interpessoal, o que destaca a importância do acompanhamento desse processo para a interação da criança com o mundo que a cerca e sua inserção na sociedade (AMATO; BRUNONI; BOGGIO, 2018).

Dessa forma, o conceito de desenvolvimento da criança é entendido por uma complexa rede de interações de fatores biológicos, ambientais, sociais e afetivos. Afinal, desde a gestação, a criança lida com ganhos diários e constantes entre os padrões existentes e desenvolvimento de novas habilidades tanto pela maturação do sistema nervoso como pela sua interação com o meio. No entanto, em especial nos primeiros meses de vida, é comum, até mesmo para os profissionais mais experientes, a dificuldade de determinar se alguma variação mais sutil do desenvolvimento é normal ou se exige tratamento. Tal dimensão reforça a importância de múltiplos olhares, como os de uma equipe multidisciplinar em uma interconsulta, e avaliações com menor intervalo de tempo. Ou seja, a APS deve atuar em toda sua potência como mediadora e sentinela para que o desenvolvimento ocorra com o máximo da sua expressão, em especial nos dois primeiros anos. Após esse período, a escola entra como parceira relevante nesse processo (BRASIL, 2012; FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

2.7. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA ESF

Atualmente, o MS recomenda 10 consultas até os 24 meses, sendo 7 no primeiro ano e 2 no segundo ano. Obviamente, devido ao rápido e complexo processo que estabelece o desenvolvimento, cada consulta tem objetivos diferentes e deve sempre incluir, além do

atendimento da demanda do cuidador em relação à criança, exame físico, interação criança-cuidador, avaliação do crescimento, alimentação, imunização, sinais de risco, particularidades de cada etapa, avaliação dos marcos do desenvolvimento e orientações sobre estimulação adequada à faixa etária (BRASIL, 2022).

A seguir, serão descritas, no tocante ao DNM, as principais observações a serem feitas de acordo com a faixa etária de cada consulta, propostas pelo MS, na CC.

2.7.1 Consultas de acolhimento e primeiro mês

Ao avaliar crianças com menos de um mês de vida, deve-se levar em consideração o posicionamento assumido por ela. Nesse período, a criança não consegue movimentar-se contra a gravidade e deve encontrar-se em postura fletida e simétrica. Devem ser identificados os reflexos de Moro, cócleo-palpebral e sucção, tanto sua existência, quanto simetria. Deve ser avaliado também o comportamento motor, que, nessa fase, se expressa com braços e pernas flexionados, cabeça lateralizada e mãos fechadas. É esperado que o lactente observe um rosto e reaja a um som modificando a expressão facial ou movimentando os olhos, além de elevar a cabeça, quando posicionada em decúbito dorsal (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; BRASIL, 2022).

A segunda consulta da vida da criança é recomendada que ocorra após o primeiro e antes do segundo mês. Nessa fase, os comportamentos esperados são que o bebê: vocalize, emitindo alguns sons que não sejam choro; movimente ativamente os quatro membros e esperneie alternadamente, na forma de pedalagem ou cruzamento, podendo haver movimentos de extensão; apresente sorriso social e, em alguns momentos, abra as mãos espontaneamente (FIGUEIRAS *et al.*, 2005; BRASIL, 2022).

2.7.2 Consulta do 2º ao 3º mês

Entre o segundo e terceiro mês de vida, conforme a CC, a criança deve ser capaz de: responder ativamente ao contato social com sorriso e emissão de sons; abrir a mão e segurar objetos por alguns segundos; emitir sons e/ou rir alto e levantar a cabeça, apoiando-se no antebraço, quando posicionada de bruços (BRASIL, 2022).

O controle da cabeça começa a ser notado quando a criança, em decúbito ventral, levanta a cabeça com o apoio dos antebraços, conhecido como “postura de *puppy*”, que começa a acontecer com mais frequência aos três meses. A cabeça ergue-se até 45° e, embora o apoio do antebraço ainda seja instável, a cabeça pode se mover de um lado para outro. Essa postura indica que há maior capacidade de extensão da cadeia muscular anterior e fortalecimento da cadeia posterior, demonstrando, assim, certo equilíbrio, refletido na extensão do pescoço e tronco de forma simétrica. Essa aquisição, a primeira postura contra gravidade, é esperada até o final do terceiro mês de idade (BRASIL, 2022; FLEHMIG, 2000).

Sua avaliação é realizada com a criança em posição ventral, em uma superfície firme, com o examinador à frente da criança, chamando sua atenção seja com a voz ou com objetos. A reação esperada é que a criança levante a cabeça e se apoie com os antebraços (BRASIL, 2022, 2016).

2.7.3 Consulta do 4º ao 5º mês

Nessa fase, a interação do lactente com o meio aumenta, e é esperado que ele seja capaz de buscar ativamente objetos, bem como levar objetos à boca, localizar sons e rolar. Além disso, há um desenvolvimento na qualidade dos movimentos obtidos até então (BRASIL, 2022).

A postura mais centralizada da cabeça, com um maior desenvolvimento da visão e melhor controle do tônus, permitem que o bebê comece a levar as mãos na linha média e seja capaz de segurar um objeto. Esse processo é complexo, pois necessita do amadurecimento de áreas diferentes do sistema nervoso envolvendo componentes sensoriais e motores: controle entre cabeça, tronco e membros (coordenação uni e bilateral); e a integração sensorial de visão, tato e propriocepção (FLEHMIG, 2000).

Com isso, entende-se a importância dessa aquisição, pois o alcance – transporte do membro superior em direção ao objeto –, precede o ajuste da preensão e funciona como um preparatório da orientação manual, maior percepção espacial do movimento e coordenação mais apurada para alcançar objetos parados e em movimento (FLEHMIG, 2000).

A habilidade de levar as mãos na linha média é esperada em torno dos quatro meses de idade, pois já há maior estabilidade do tronco, com uma base mais estável para proporcionar o

alcance. A CC não possui um item específico para essa habilidade, mas possui três itens que podem se confundir (BRASIL, 2022, 2016).

O primeiro item relaciona-se à habilidade da criança de segurar um objeto quando se estimula o dorso da mão. Isso envolve a capacidade de abrir a mão e fechá-la novamente e é esperado por volta dos dois meses de idade (BRASIL, 2022, 2016).

O segundo e o terceiro item se completam e estão mais relacionados ao alcance, pois envolvem o movimento em diferentes eixos, vencendo a gravidade e com coordenação bimanual para atingir a linha média. Um deles é a busca ativa de objetos, avaliado com o examinador colocando um objeto ao alcance da criança e chamando sua atenção para ele, observando se a criança tentará alcançá-lo. O outro refere-se a avaliar se a criança é capaz de colocar objetos na boca quando já estiverem em suas mãos. Esse marco do desenvolvimento é esperado no quarto mês de idade (BRASIL, 2022, 2016).

Rolar é também caracterizado como um marco do desenvolvimento, pois envolve a mudança de postura da posição supino para posição prono ativamente. Essa aquisição é resultado de um maior equilíbrio tônico, dissociação de cinturas escapular e pélvica e movimento ativo dos membros. Por meio dessa nova habilidade, a criança amplia sua percepção e exploração do ambiente e trabalha mais intensamente o fortalecimento da musculatura posterior, que lhe proporcionará melhor equilíbrio para desenvolvimento de novas aptidões (FLEHMIG, 2000).

É a primeira mudança de postura independente realizada pelo bebê e começa a ser notada por volta do quinto mês de idade, ainda sem uma rotação de tronco pronunciada, mas que vai sendo aprimorada à medida que experimenta o movimento. Porém, embora a CC avalie esse marco entre o quarto e o quinto mês, Flehmig (2002) indica que, apenas no sexto mês, o bebê obtém controle completo do rolar, utilizando-o para transferências entre as posturas de prono e sentado, por exemplo (BRASIL, 2022, 2016; FLEHMIG, 2000).

Sua avaliação é realizada com a criança em decúbito dorsal com incentivo do examinador, sem tocar na criança, para que ela vire para decúbito lateral e posteriormente para prono. Vale lembrar que sua completa aquisição requer que a criança seja capaz de realizar o movimento para os dois lados, completamente, chegando até a posição de prono (BRASIL, 2022, 2016).

Apesar de não ser um marco existente atualmente na CC, o movimento de arrastar começa no quinto mês, ainda precário, com a intenção de alcance de um objeto. Com o desenvolvimento do equilíbrio de tronco e fortalecimento da musculatura cervical, com melhor controle tônico do quadril e membros inferiores, além da descarga de peso mais adequada em membros superiores, o movimento se desenvolve com maior qualidade, evoluindo mais tarde para o engatinhar (FLEHMIG, 2000).

2.7.4 Consulta do 6º ao 8º mês

Nessa fase, intensifica-se a interação social e o aprimoramento da mobilidade com maior equilíbrio entre a extensão e a flexão e maior coordenação para execução dos movimentos. Assim, é esperado, para a avaliação nessa consulta, que a criança brinque de esconde-achou, com a criança fazendo movimentos na intenção de procurar ou olhar atrás do que esconde o rosto da outra pessoa. Ela também é capaz de transferir objetos de uma mão para outra, duplicar sílabas e se sentar sem apoio (BRASIL, 2022).

A aquisição desse último marco depende, como citado anteriormente, da aquisição de habilidades prévias – dentre elas, o controle de cabeça. É importante considerar que a capacidade de sedestação requer que o bebê seja apto a mudar seu centro de gravidade. Além disso, é necessário o ganho de força muscular em determinadas regiões, como o abdome, por exemplo, a fim de realinhar o corpo em uma nova postura. Inclusive, no início da aquisição dessa postura, como o controle do centro de gravidade ainda não é satisfatório, é comum que o bebê caia para a frente (FLEHMIG, 2000).

É importante notar se a criança percorre a transição de posturas como sair de supino, rolar para prono, rodar o tronco e se sentar, ou apenas é colocada e se mantém nessa posição. Outra avaliação necessária é se, ao puxar a criança para sentar, ela auxilia no movimento e mantém a cabeça na linha dos ombros – ou à frente–, indicando bom controle de cabeça. No entanto, como a CC não cita especificamente a mudança para essa postura, ela fica subentendida pela observação sobre o rolar, realizada na consulta anterior. Aos oito meses, é esperado que a criança seja capaz de fazer a transição de postura de prono para sentado e se mantenha na postura de quatro apoios, também chamada de postura de gatas (BRASIL, 2022, 2016; FLEHMIG, 2000).

A avaliação da postura de acordo com a CC, portanto, é realizada com a criança colocada em uma superfície firme, e o examinador oferece um objeto para que ela segure e observa a habilidade de ficar sentada sem o apoio das mãos, sem mencionar a transição de posturas de decúbito dorsal até sentado. A aquisição dessa postura é esperada entre o quinto e o sexto mês (BRASIL, 2022, 2016).

2.7.5 Consulta do 9º ao 11º mês

Nessa fase, a motricidade fina se desenvolve com mais intensidade e surge o movimento de pinça. Além disso, como parte da comunicação e interação social, o bebê imita gestos e produz “jargão”, uma espécie de conversação incompreensível com ele mesmo, com o examinador ou com o cuidador. Em relação à mobilidade, segundo a CC, nesse período, a criança deve ser capaz de dar alguns passos com apoio (BRASIL, 2022, 2016; FLEHMIG, 2000).

A mobilidade em gatas se estabelece a partir do nono mês. Algumas crianças, no entanto, não chegam a engatinhar e passam direto da postura sentada para de pé. Pular essa etapa tem prejuízos futuros na aquisição de habilidades escolares, como, por exemplo, na escrita. Esse déficit ocorre pela falta de descarga de peso e, conseqüentemente, ausência do contato da palma da mão com o chão – experimentando as texturas pela sensibilidade ao tato. Além disso, há menor fortalecimento dos membros superiores, ombros e paravertebrais, além do prejuízo no desenvolvimento e na exploração do ambiente, que, em conjunto com o desenvolvimento da coordenação óculo-manual, promovem noções de espaço e profundidade, imprescindíveis para a leitura e escrita (BRASIL, 2022, 2016; FLEHMIG, 2000).

É importante salientar que o engatinhar é a primeira atividade que exige sincronia entre membros superiores e inferiores, em movimentos simétricos, e, portanto, estimula diferentes áreas cerebrais. Por esse motivo, mesmo não sendo um item descrito na CC, é um item de fundamental importância na avaliação do desenvolvimento neuromotor (BRASIL, 2022, 2016).

A partir do nono mês, também já é esperado que a criança fique de pé, mesmo que precise de apoio, segurando-se em objetos para mudar para essa posição. Quando já na posição, apresenta boa estabilidade e balanço, sendo capaz de dar os primeiros passos a partir

deste período, desenvolvendo cada vez mais independência e equilíbrio para o movimento (FLEHMIG, 2000).

Aos dez meses de idade, há maior domínio da postura com maior facilidade nas transições de sentado para de pé. A partir desse ponto, começa o deslocamento lateral, ainda com necessidade de apoio. O andar para a frente exige maior equilíbrio e é esperado no mês seguinte, ou seja, aos 11 meses (BRASIL, 2022, 2016).

A avaliação descrita na CC é observacional, mantendo a criança de pé e esperando que ela dê alguns passos com apoio, sem avaliar se para frente ou lateralmente (BRASIL, 2022, 2016).

2.7.6 Consulta do 12º ao 17º mês

A independência da criança aumenta nessa fase, com maior mobilidade e possibilidade de explorar o ambiente em diferentes formas. Na avaliação, é esperado que a criança seja capaz de demonstrar o que quer, coloque blocos, ou outro objeto, dentro de uma caneca. Ela também é capaz de dizer pelo menos uma palavra que não seja nome de algum membro da família ou animal de estimação (BRASIL, 2022).

Apesar de não ser uma habilidade descrita na CC, ficar em pé sem apoio demonstra um equilíbrio maior da criança na posição ortostática, sendo um preparativo para a marcha independente. Essa habilidade, como todas as demais, deve ser considerada não só quanto à competência da criança de manter-se na postura citada, como também quanto a como ela a atinge, se necessita de suporte e a quantificação desse suporte.

No decorrer do 11º mês, a criança já começa a ter mais segurança para, de pé, largar o apoio, mas ainda não é capaz de dar nenhum passo. No 12º mês, com a evolução do equilíbrio, fica mais estável na posição de pé por mais tempo, embora, muitas vezes, essa estabilidade ainda seja insuficiente para proporcionar o deslocamento. Pela facilidade de observação da postura com mais estabilidade, ficar de pé sem apoio é uma habilidade esperada até o 12º mês, quando o bebê é capaz de elevar-se, estendendo ativamente membros inferiores, e transferir-se da posição ortostática para sentada, dissociando movimentos de membros inferiores (BRASIL, 2016; FLEHMIG, 2000).

A marcha sem apoio é esperada desde o 12º até o 18º mês. Acontece como uma evolução da marcha com apoio, em que a criança vai adquirindo, pouco a pouco, maior estabilidade e equilíbrio, soltando primeiramente uma das mãos e, na sequência, as duas mãos. Porém, somente quando a marcha é estável, mesmo que com base alargada, é que se considera a aquisição desse marco. A avaliação desse marco motor na CC é realizada com a observação de se a criança anda com bom equilíbrio e sem se apoiar (BRASIL, 2022, 2016; FLEHMIG, 2000).

Com a aquisição da marcha, a criança fica cada vez menos tempo em posição dorsal e ventral e, a partir dessas posições, já vira livremente para ambos os lados, senta-se, engatinha e fica de pé. Quando sentada, apresenta simetria, com dorso estendido e boa rotação para ambos os lados. Ao assumir a marcha independente, ela é executada ainda de forma insegura e com a base alargada, podendo já movimentar os braços livremente nessa posição e segurar um objeto com as duas mãos. Assim, progressivamente locomove-se cada vez melhor pelo ambiente (FLEHMIG, 2000).

2.7.7 Consulta do 18º ao 24º mês

A partir dos 18 meses, a criança já apresenta bom equilíbrio e pode transferir-se de todas as posturas, com bom controle de cabeça e tronco, além de boa rotação. Quando de pé, apresenta boa extensão de quadril e marcha estável, podendo segurar um objeto em cada mão enquanto caminha, agachar-se e chutar uma bola. Outras aquisições relacionadas à marcha já visíveis a partir dos 18 meses são andar para trás e subir uma escada com auxílio (BRASIL, 2022; FLEHMIG, 2000).

Nessa fase, também já é capaz de comer sozinha, segurando a colher, beber em copo sem tampa e despir peças de roupas, mas ainda não é capaz de vestir-se aos 18 meses, adquirindo essa habilidade apenas a partir dos 24 meses. Como o controle motor já está mais bem desenvolvido, tende a imitar o cuidador e pode auxiliar em pequenas tarefas domésticas, sob supervisão (FLEHMIG, 2000).

Ainda sobre o controle motor, aos 18 meses, é capaz de empilhar 3 ou mais cubos, sem deixá-los cair e, também, colocar brinquedos em uma caixa e os retirar. Aos 24 meses, já consegue empilhar 6 cubos (BRASIL, 2022; FLEHMIG, 2000).

Nessa fase, espera-se que a criança adquira cada vez mais autonomia e estabilidade na sua movimentação. A marcha vai ganhar cada vez mais equilíbrio, com a habilidade de correr ganhando maior noção espacial. Saltar com os dois pés é esperado por volta dos 24 meses. (BRASIL, 2022).

2.8 DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO NA SAÚDE INFANTIL

É preciso que se entenda, antes de mais nada, que a educação permanente deve fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde em geral. Nesse processo, busca-se, a partir de uma proposta ético-político-pedagógica, unir as vertentes conceito e prática, na busca da otimização do processo de trabalho, da formação e da qualificação dos profissionais. Assim, a construção coletiva agrega saberes sob o olhar crítico das práticas do cotidiano, em uma formação integral e contínua. Para isso, utiliza como centro, a abordagem de resolução de problemas, unindo experiências anteriores com o conteúdo técnico para utilização prática na necessidade de resolver problemas identificados no dia a dia da unidade (SILVA, 2022).

No âmbito da APS, especificamente para as ações relacionadas à saúde da criança, essa capacitação deve ser capaz de integrar fatores relacionados à promoção do pleno desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento de capacitações teórico-práticas foi apontado como essencial para que os profissionais se tornem agentes de mudança na atuação direta com cuidadores para o estímulo ao desenvolvimento. Em vista disso, Silva (2022) destaca que o contexto desse tipo de intervenção educacional deve ser multiprofissional, multidisciplinar e intersetorial, com uma abordagem transversal e abrangente que ultrapasse os muros da unidade e contemple a família da criança, a comunidade e a escola (LUZ *et al.*, 2023; SILVA, 2022).

Uma intervenção pontual, apoiada apenas em recursos técnicos e teóricos, no entanto, é chamada de educação continuada. Caracteriza-se por ser um processo individual, que pretende preencher determinada lacuna na formação profissional. Pelo seu caráter formativo, não pressupõe a integração do conhecimento com a prática clínica direta, embora seja o contexto de sua utilização. Apesar de parecer desconexo, esse tipo de intervenção é necessário, pois, em muitos pontos, a formação tradicional dos profissionais da ponta carece de conceitos e teorias fundamentais à sua atuação (SILVA, 2022).

Todavia, educação permanente e continuada não devem ser consideradas como antagônicas, muito pelo contrário. Essas duas estratégias são complementares na formação de um profissional, que, embasado pela teoria e atualizado à luz das evidências científicas, consiga ser crítico para colocar, no seu atendimento diário, os aprendizados teóricos necessários, ampliando o olhar na discussão do processo de trabalho em equipe, tornando a assistência à saúde mais efetiva e humanizada (SILVA, 2022).

Costa *et al.* (2019) apontam que há um distanciamento entre o conhecimento promovido na formação dos profissionais atuantes na APS em relação ao cuidado da criança e a prática profissional nas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, tornando-se, assim, uma fonte de preocupação de pesquisadores e profissionais de saúde. À vista disso, a translação do conhecimento, como proposta de compartilhamento ético de conhecimentos para aumento da qualidade da atenção em saúde, é um processo de extrema importância para o desenvolvimento de ações embasadas cientificamente e contextualizadas com a prática. Apesar da relevância do tema, há poucas referências na literatura sobre a formação de profissionais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil (COSTA *et al.*, 2019; FIGUEIRAS; PUCCINI; SILVA, 2014).

Um estudo realizado em Belém, Pará, com 221 médicos e enfermeiros da rede básica, demonstrou que a capacitação por meio de um programa permanente sobre desenvolvimento infantil ampliou o conhecimento desses profissionais sobre o assunto em questão. O programa desenvolvido abordou não somente questões teóricas, mas também incluiu discussões de casos de pacientes, corroborando uma aplicação prática dos conceitos. Além disso, houve a retenção desse conhecimento ao longo tempo (FIGUEIRAS; PUCCINI; SILVA, 2014).

Em uma revisão integrativa, Luz *et al.* demonstraram a importância da capacitação dos profissionais para que estes realizassem atividades de orientação parental. Nesse sentido, a educação continuada se mostra como essencial pelo fato de fomentar o preparo profissional e a orientação sobre a utilização de materiais para a realização de atividades com os cuidadores. Além disso, atividades educacionais como a proposta sensibilizam sobre a necessidade desse tipo de orientação aos cuidadores, em especial, para as atividades de estimulação ao desenvolvimento, bem como o reforço positivo em relação ao desempenho dos cuidadores em relação às conquistas obtidas pela criança (LUZ *et al.*, 2023).

Dessa forma, o produto deste trabalho, destinado aos profissionais da APS, é uma cartilha para auxiliar na avaliação do desenvolvimento e se constitui de uma intervenção

caracterizada como educação continuada. Porém, sua potencialidade se amplia, ao considerá-la como uma interface com a educação permanente, para discussão de casos e tomada de decisões, bem como para possibilidades de aprimoramento do processo de trabalho, tendo em vista as dificuldades apresentadas em cada unidade. Assim, a proposta deste instrumento é atuar como catalisador para discussões que ajudem os profissionais a qualificar a APS, por meio de um olhar mais atento ao desenvolvimento motor infantil nos primeiros dois anos, melhorando não só a vigilância para detecção das alterações do desenvolvimento o quanto antes, mas, também, como promoção do desenvolvimento, ampliando a gama de conhecimentos sobre a orientação parental e de grupos na APS.

A escolha do produto no formato de cartilha deve-se à facilidade para disponibilização aos profissionais, acesso e consulta, se considerada sua distribuição no formato digital. Além disso, cartilha propõe uma apresentação mais leve e atraente, otimizando o tempo de leitura, com uma linguagem mais objetiva, o que se espera resultar em ampla utilização do material no cotidiano de profissionais da atenção básica e, assim, aumento da qualidade das consultas no que se refere à vigilância e promoção do DNM.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para atingir o objetivo proposto, optou-se pela realização de um estudo descritivo transversal, com abordagem qualitativa, realizado junto às equipes da ESF do Município do Rio de Janeiro da área programática 3.1.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na área programática 3.1, que engloba as regiões do Complexo do Alemão, Ilha do Governador, Manguinhos, Complexo da Maré, Penha, Brás de Pina, Vigário Geral e Parada de Lucas, do município do Rio de Janeiro. Essas regiões compreendem 28 bairros, com uma população estimada 900.477, em 2016. Além de um grande contingente populacional, a região concentra grande densidade demográfica, com uma grande parcela da população em situação de vulnerabilidade social (MAUÉS, 2018).

A região, reconhecida como um tradicional subúrbio do Rio de Janeiro, cresceu no entorno da linha de trem, abrigando a classe trabalhadora ao redor das indústrias e, hoje, abriga o maior contingente de moradores em favelas, concentrando, atualmente, as três maiores favelas do município em quantidade de habitantes – Complexo do Alemão, Complexo da Penha e Complexo da Maré –, além de outras comunidades importantes como Manguinhos e o Morro do Dendê (MAUÉS, 2018).

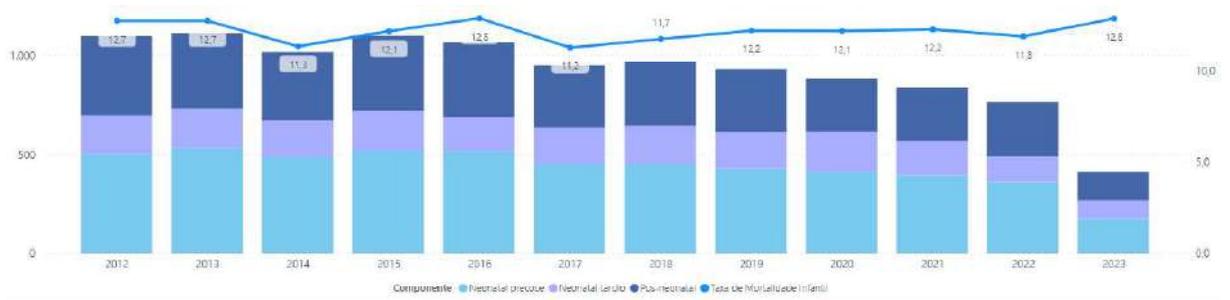
Dessa forma, a escolha dessa área se justifica pelas características demográficas que demonstram que a região necessita de uma vigilância intensiva na saúde infantil, o que se reflete nos dados reportados pelo Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro (EpiRio) para o ano de 2022, que apresentava taxa de mortalidade infantil de 14,7/mil NV, a segunda pior do município, superando a média do município (11,8/mil NV), com estimativa para 2023 ainda pior (16,6/mil NV x 12,8/mil NV), de modo que, se mantiver a tendência, será a maior da cidade do Rio de Janeiro.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil por ano na Área Programática 3.1



Fonte: Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro (EpiRio).

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil por ano no município do Rio de Janeiro



Fonte: Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro (EpiRio).

Para isso, há um aumento crescente de esforços para início do pré-natal antes do primeiro trimestre e aumento do número de consultas, bem como consultas de acolhimento antes de 15 dias de vida do bebê, monitoramento intensivo de gestantes e crianças de risco e atualização do calendário vacinal (EpiRio, 2023; GRAEVER, 2016; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2021).

Ao final de 2021, a região contava com 13 Centros Municipais de Saúde e 18 Clínicas da Família, com aproximadamente 70% da população cadastrada, segundo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2021).

Primeiramente, este projeto foi apresentado ao centro de estudo da AP 3.1, e, após a sua aprovação, conforme termo de ciência de setor em anexo (Apêndice C), foi divulgado para os gerentes das clínicas da família. Inicialmente, três gerentes se prontificaram a participar da pesquisa, porém apenas em duas foi possível a visita para aplicação do instrumento, conforme termo de anuência institucional (Apêndice D). O contexto da época da coleta explica essa dificuldade, pois era a vigência de uma nova onda de contaminação da COVID-19 e, conseqüentemente, sendo a APS o ponto inicial de contato do usuário com o SUS, foram ampliadas as atribuições impostas a todos os trabalhadores das unidades de

saúde, incluindo um importante aumento na pressão assistencial. Dessa forma, apenas, em duas clínicas foi possível a realização da pesquisa, sem prejuízo do fluxo assistencial.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos médicos e enfermeiros que atuavam na APS há pelo menos seis meses, que concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para inclusão, devido à alta rotatividade, em especial de médicos, foi considerado o tempo total de atuação na APS, não sendo necessário que essa atuação ocorresse na mesma unidade de saúde, considerando inclusive o tempo de residência. Como critério de exclusão, foi adotado um tempo menor que seis meses de atuação na APS.

Em decorrência de a coleta de dados ocorrer no contexto pandêmico, foi considerada uma amostra de conveniência para análise final do estudo.

3.5 INSTRUMENTO

Para a realização deste estudo, foi desenvolvido um formulário pela pesquisadora, com revisão e ajuste pela orientadora e pela coorientadora, visando responder às questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

O instrumento constava de três sessões, sendo a primeira composta por informações relacionadas a formação e tempo de atuação na APS, a segunda por conhecimentos relacionados ao DNM típico e última por um questionário com 10 perguntas fechadas relacionadas à autopercepção sobre o conhecimento relacionado a avaliação do desenvolvimento infantil, forma de avaliação durante a consulta de puericultura e desafios identificados pelos profissionais, bem como sugestão de melhorias (Apêndice A).

3.6 COLETA DE DADOS E DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, durante os meses de novembro e dezembro de 2021, presencialmente, nas duas UBSs participantes da pesquisa, durante o horário reservado para reunião de equipe, de modo a não atrapalhar o fluxo assistencial da unidade.

Inicialmente, foi realizada uma apresentação individual do projeto para cada entrevistado, informando os objetivos e o critério de inclusão do estudo, bem como a proposta de formulação de um produto para auxílio na avaliação do desenvolvimento nas consultas de puericultura. Dessa forma, todos os participantes para os quais a apresentação foi realizada concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, responderam um formulário com informações sociodemográficas a fim de identificar o perfil de formação dos participantes.

Em seguida, foi aplicado o instrumento com perguntas para avaliação do conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil, no qual o participante era questionado sobre a data limite, em meses, para a criança apresentar os seguintes dos marcos motores: (i) controlar a cabeça; (ii) unir as mãos na linha média; (iii) rolar; (iv) sentar sem apoio; (v) arrastar e/ou engatinhar; (vi) andar com apoio; (vii) ficar em pé sem apoio; (viii) andar sem apoio, com base nos marcos relacionados na CC e, para as aquisições ausentes neste instrumento, a referência utilizada foi a elaborada por Flehmig (2000). A seção seguinte era formada por um formulário estruturado com perguntas abertas, buscando obter informações específicas sobre o uso de instrumentos de avaliação do desenvolvimento motor, aplicação e anotações na CC sobre o DNM, as dificuldades percebidas na avaliação do DNM, o tempo dedicado e a abordagem utilizada na avaliação, a percepção sobre o local de realização das consultas, a necessidade de treinamento específico e a importância atribuída à avaliação do neurodesenvolvimento durante a consulta de puericultura (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas no consultório da equipe ou na sala de reunião da unidade. Foram conduzidas por meio de uma escuta acolhedora das demandas e percepções dos profissionais e incluindo as informações sobre os conhecimentos relacionados às aquisições motoras. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.7 ARMAZENAMENTO DOS DADOS

O registro dos dados demográficos foi realizado por meio de formulário do Google Forms. As respostas das perguntas abertas do instrumento foram gravadas em arquivo de áudio e armazenadas em um repositório digital seguro, em formato não comprimido, para preservar a qualidade do som e evitar perdas de informações. Após a coleta, os áudios foram transcritos e armazenados em formato de texto, para posterior análise. Foi utilizado o Google Drive como plataforma de armazenamento, devido a sua capacidade de armazenar arquivos de diferentes formatos de forma fácil e segura.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

As transcrições das entrevistas foram submetidas a uma análise qualitativa, utilizando a metodologia de Bardin, sendo os objetivos da pesquisa os norteadores do processo de análise. Com isso, foi realizada a primeira etapa de leitura aprofundada e familiarização do material para compreensão da natureza dos dados. Em seguida, os dados foram codificados e separados em unidades relevantes de acordo com os objetivos propostos, com o agrupamento de trechos pertinentes ao objeto do estudo. Posteriormente, foi realizada a análise por categoria, para identificação de padrões e tendências ou relação entre os diferentes elementos presentes nos dados. Assim, os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico e das questões de pesquisa, visando responder aos objetivos do estudo e contribuir para o conhecimento na área do desenvolvimento infantil e da atenção primária no tocante à saúde da criança.

O conteúdo foi categorizado nos eixos temáticos relacionados ao conhecimento sobre o desenvolvimento motor e suas demandas, além das barreiras para avaliação do desenvolvimento, a saber em:

- caracterização dos sujeitos, em que foi demonstrado o perfil dos profissionais que compõem a amostra analisada;
- conhecimento sobre o desenvolvimento motor, em que foi realizado o cruzamento das informações sobre as respostas diretas em relação aos marcos motores e as respostas sobre os instrumentos de avaliação, autopercepção sobre as dificuldades de cada profissional, percepção dos cuidadores e percepção da importância do desenvolvimento motor;

- fatores dificultadores para avaliação do DNM, divididos em pressão assistencial, carência de médicos e *burnout*, infraestrutura deficitária e necessidade de capacitação, e ausência de apoio matricial;
- sugestão de melhorias no processo.

Refletindo sobre os dados obtidos, foi possível estabelecer uma relação entre as respostas sobre o conhecimento do DNM, o referencial teórico e as demais questões, bem como os dados sociodemográficos referentes à formação dos participantes.

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Antes do início da coleta de dados, a pesquisa foi submetida, segundo determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ao Comitê de Ética em Pesquisa do EEAN/HESFA/UFRJ e aprovada em 28/09/2021, sob o número 5.002.057 e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado em 26/10/2021, sob o número 5.064.377. Foi de responsabilidade da pesquisadora, a inclusão de participantes do estudo, mediante a informação do teor da pesquisa, instrumento e demais esclarecimentos. No TCLE (Apêndice B), constavam os dados de contato para esclarecimentos de eventuais dúvidas referentes à pesquisa.

Os participantes receberam uma cópia do TCLE. Os arquivos obtidos serão armazenados pelo prazo de cinco anos após o término da pesquisa e foram codificados, impossibilitando a identificação do participante. Essa medida tem a intenção de evitar extravio ou apropriação indevida e garantir o anonimato dos participantes.

Os riscos potenciais desta pesquisa estavam atrelados àqueles inerentes a toda pesquisa que envolve humanos, como: quebra de sigilo pela perda de dados armazenados eletronicamente e desconforto dos participantes. A responsável pela realização do estudo se comprometeu a zelar pela integridade e pelo bem-estar dos participantes da pesquisa e, para isso, as respostas – provenientes do preenchimento do formulário – foram codificadas a fim de impossibilitar a identificação da pessoa que respondeu. Além disso, as respostas estão arquivadas no Google Docs exclusivo da pesquisa, visando diminuir a possibilidade de sua perda ou captura inadvertida, para a preservação do caráter confidencial das informações, zelando por sua privacidade.

Os benefícios relacionados à pesquisa referem-se a elucidar os fatores que dificultam a identificação precoce de atrasos do desenvolvimento motor e, assim, permitir buscar possíveis

soluções para esses desafios. Essa ação tem a perspectiva de promover a oportunidade de orientação adequada aos cuidadores quanto ao estímulo direcionado às necessidades da criança ou, quando pertinente, encaminhamento precoce à atenção especializada, promovendo, assim, uma sentinela de maior acurácia para o desenvolvimento infantil.

Os participantes não receberam qualquer espécie de custo ou benefício financeiro pela participação no estudo e podem retirar seu consentimento na colaboração da pesquisa, sendo necessária apenas a comunicação à pesquisadora responsável. A recusa, desistência ou suspensão do consentimento não acarretará nenhuma espécie de prejuízo ao participante. Até o momento, nenhum participante solicitou exclusão da pesquisa.

3.10 METODOLOGIA DA CARTILHA CRESCER E APARECER

Para a confecção da cartilha que resulta dessa pesquisa, foi utilizada a metodologia de *design* instrucional, a qual utiliza, para o planejamento de materiais didáticos, um processo sistemático prévio de análise, planejamento e avaliação, traduzindo-o em uma estrutura mais apropriada de cognição e aprendizagem. Nesse sentido, a cartilha elaborada atende aos princípios de criar um material didático eficaz, eficiente, com bom custo-benefício e agradável para os aprendizes (TRACTENBERG, 2020).

O primeiro passo na metodologia de criação da cartilha foi a definição clara dos objetivos educacionais. Esses objetivos foram elaborados com base nas necessidades identificadas durante a pesquisa inicial, com as dúvidas mencionadas pelos profissionais e os erros mais frequentes em relação à aquisição de habilidades motoras. A análise do público-alvo da pesquisa levou em conta o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, as dúvidas tanto em relação à avaliação em si como à orientação de cuidadores e elaboração de proposta de grupos, além da percepção sobre necessidade de capacitação específica sobre o assunto.

Dessa forma, o conteúdo foi desenvolvido de acordo com o calendário de consultas proposto pelo MS, a fim de facilitar a consulta. Para cada consulta, consta uma impressão geral da criança, o que é observado geralmente, como se dá o processo de comunicação da criança naquela fase, a forma de estimular para avaliar cada marco segundo a CC, sinais de alerta, orientação parental e uma sugestão de grupo adequada para a faixa etária.

Com isso, a proposta de *design* seguiu princípios que facilitassem sua consulta, podendo ser adotada tanto como material instrucional como também material de apoio para educação continuada. Assim, a confecção da cartilha prezou pela organização lógica do conteúdo, com início, meio e fim claros, uso de linguagem acessível e não técnica para facilitar a compreensão e inclusão de ilustrações para auxiliar no entendimento dos itens descritos.

A estratégia escolhida para distribuição do material foi a versão *online*, que elimina os custos relacionados à impressão e logística do material, viabilizando um acesso mais rápido e mais barato e, até mesmo, a revisão e atualização do material de forma mais ágil, caso se faça necessário. Tendo em vista que grande parte das unidades de saúde já está informatizada e com acesso à *internet*, a distribuição digital ganha espaço cada vez maior na distribuição de conteúdos que potencializam as estratégias de educação e qualificam o processo de trabalho.

Assim, na sua elaboração, foi utilizada a metodologia proposta em relação às perguntas norteadoras que baseiam a confecção e materiais segundo o *design* instrucional, a saber: (i) objetivos da instrução – orientar os profissionais da APS na avaliação do neurodesenvolvimento nas consultas de puericultura; (ii) estratégias de mídias educacionais – cartilha digital, com mínimo custo de distribuição e fácil acesso pelos profissionais. Já a terceira etapa, que condiz com a avaliação, não será abordada neste trabalho, sendo uma proposta de tema para pesquisas futuras (TRACTENBERG, 2020).

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa de acordo com os objetivos propostos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Participaram da pesquisa 13 profissionais, sendo 4 médicos e 9 enfermeiros. Em relação à formação, 7 profissionais estudaram em faculdades públicas e 6 em faculdades privadas, com tempo de formado em média de 4,6 anos e tempo médio de atuação na APS de 3,8 anos, sendo 9 profissionais com especialização/residência em APS ou Saúde da Família, mas nenhum dos profissionais com especialização pediátrica, e 4 entrevistados tinham um filho. Na Tabela 1, é apresentado um resumo do perfil dos profissionais que participaram da pesquisa.

IDENTIFICAÇÃO	TIPO DE FACULDADE	TEMPO DE FORMADO (anos)	TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS (anos)	ESPECIALIZAÇÃO / RESIDÊNCIA EM APS OU SAÚDE DA FAMÍLIA	ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA	TEM FILHOS? QUANTOS?
MED01_01	PÚBLICA	0,5	0,5	NÃO	NÃO	0
MED02_01	PRIVADA	11	8	SIM	NÃO	1
ENF01_01	PÚBLICA	7	3,5	SIM	NÃO	0
ENF02_01	PRIVADA	4	13	SIM	NÃO	1
ENF03_01	PRIVADA	3	2	SIM	NÃO	0
ENF04_01	PÚBLICA	4	3	SIM	NÃO	0
MED01_02	PÚBLICA	2,5	2,5	SIM	NÃO	0
MED02_02	PRIVADA	4	0,75	NÃO	NÃO	0
ENF01_02	PRIVADA	7	3	SIM	NÃO	1
ENF02_02	PÚBLICA	6	5	SIM	NÃO	0
ENF03_02	PÚBLICA	5	5	SIM	NÃO	0
ENF04_02	PÚBLICA	4	1,5	NÃO	NÃO	1
ENF05_02	PRIVADA	1,5	1	NÃO	NÃO	0

* Foram utilizados os termos utilizado “MED” para médicos e “ENF” para enfermeiros, seguidos da numeração com a ordem de realização da entrevista e em seguida do número de identificação da UBS.

Fonte: elaboração própria.

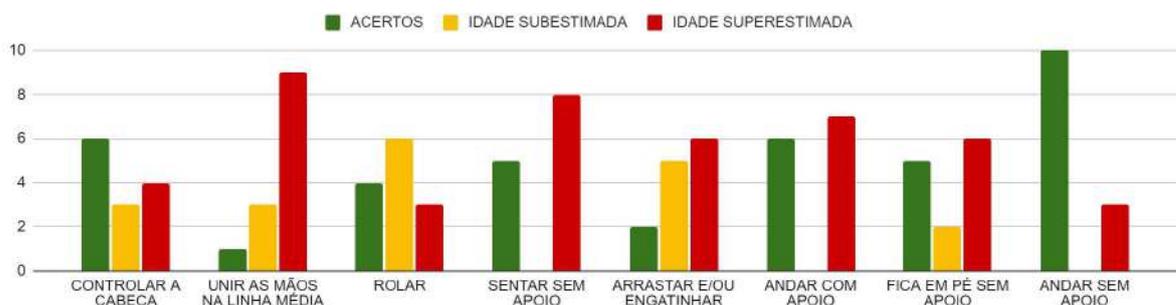
4.2 CONHECIMENTO SOBRE O DNM

Nesse tópico, serão abordados o conhecimento dos profissionais sobre o desenvolvimento e suas percepções em relação a dificuldades sobre seu próprio desempenho e conhecimento sobre o tema. Além disso, também serão apresentadas as percepções sobre as falas dos cuidadores/acompanhantes das crianças e a importância da avaliação do DNM no contexto da APS.

4.2.1 Conhecimento sobre os marcos do DNM

Os resultados sobre o conhecimento do desenvolvimento mostraram que, quando questionados sobre a data limite de aquisição dos marcos motores, todos os profissionais demonstraram-se inseguros e referiram ou a CC ou o prontuário eletrônico (e-SUS) como guia para saber quais marcos pesquisar em cada idade. Assim, dos oito marcos pesquisados, em cinco deles, a média das respostas estava acima do prazo limite para o aparecimento: controlar a cabeça, unir as mãos na linha média, sentar sem apoio, andar com apoio e ficar em pé sem apoio. O Gráfico 3 apresenta os resultados consolidados das respostas dos entrevistados sobre a idade esperada para cada aquisição motora, apontando acertos, erros de subestimação da idade, ou seja, aparecimento antes do período previsto, e superestimação, considerado após o período previsto.

Gráfico 3 – Consolidado de respostas dos participantes para aquisição dos marcos motores, em meses, apontando os erros antes da faixa etária esperada (subestimada), depois da faixa etária esperada (superestimada) e acertos.



Fonte: elaboração própria.

Na Tabela 2, a seguir, são demonstradas as respostas de cada profissional entrevistado, com a resposta em meses, bem como a faixa etária esperada para essa aquisição, para referência.

Tabela 2 – Conhecimento dos entrevistados sobre data limite para alcance dos marcos do desenvolvimento motor, em meses e a faixa etária esperada de aquisição para cada marco para comparação.

IDENTIFICAÇÃO	CONTROLAR A CABEÇA	UNIR AS MÃOS NA LINHA MÉDIA	ROLAR	SENTAR SEM APOIO	ARRASTAR E/OU ENGATINHAR	ANDAR COM APOIO	FICAR EM PÉ SEM APOIO	ANDAR SEM APOIO
MED01_01	1	3	4	6	7	11	9	15
MED02_01	2	7	4	6	8	10	12	15
ENF01_01	6	12	9	9	12	9	18	24
ENF02_01	6	12	9	9	14	15	18	24
ENF03_01	6	12	12	9	9	12	15	18
ENF04_01	4	5	6	7	8	11	11	15
MED01_02	6	6	3	9	12	12	15	18
MED02_02	1	6	6	6	12	18	18	24
ENF01_02	4	3	4	6	8	12	14	14
ENF02_02	4	4	6	8	8	12	12	15
ENF03_02	4	9	4	6	9	11	12	15
ENF04_02	4	3	4	8	10	12	12	15
ENF05_02	4	5	5	7	6	9	10	12
FAIXA ETÁRIA ESPERADA	3-4	4	5-6	5-6	9	9-11	11-12	12-18

Fonte: elaboração própria.

A Tabela 3 apresenta a estimativa dos profissionais sobre o tempo médio para realização da consulta de puericultura e, dentro dessa consulta, da avaliação do DNM. Finalmente, a percepção dos médicos e enfermeiros sobre se o tempo destinado para essa avaliação, segundo informado por eles, era adequado.

Tabela 3 – Estimativa dos profissionais sobre o tempo para realização da consulta e da avaliação do DNM e sua percepção se esse tempo é adequado.

PROFISSIONAL	TEMPO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE PUERICULTURA	DURAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DNM	PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL SE O TEMPO PARA A AVALIAÇÃO É ADEQUADO
MED01_01	30 a 35 minutos	10 a 15 minutos	Não
MED02_01	30 a 40 minutos	Toda a consulta	Não
ENF01_01	30 minutos	5 minutos	Não
ENF02_01	30 minutos	5 a 10 minutos	Sim
ENF03_01	40 minutos	10 a 15 minutos	Sim, dependendo da idade.
ENF04_01	40 minutos	Não sabe estimar.	Sim
MED01_02	20 minutos	2 minutos	Sim
MED02_02	30 minutos	Toda a consulta	Não
ENF01_02	20 a 30 minutos	2 a 10 minutos	Sim
ENF02_02	30 a 40 minutos	5 a 10 minutos	Sim
ENF03_02	30 minutos	10 minutos	Sim
ENF04_02	20 a 30 minutos	10 minutos	Não
ENF05_02	30 a 40 minutos	15 minutos	Não

Fonte: Elaboração própria.

4.2.2 Conhecimento e utilização de instrumentos de avaliação

Sobre o conhecimento e a utilização de instrumentos de avaliação, 10 dos 13 profissionais entrevistados relataram utilizar a Caderneta de Saúde da Criança e 7 disseram utilizar os parâmetros apontados pelo e-SUS. No entanto, 5 dizem utilizar os dois instrumentos. Nenhum dos profissionais relata utilizar outro instrumento.

Na consulta de puericultura, nós temos algumas ferramentas no próprio e-SUS, quando a gente ativa ali o SIAPE de puericultura, a gente consegue ter algumas ferramentas, né? Então, assim, sobre esses detalhes, né? Esses marcos do desenvolvimento, a gente vai marcando “*check*” a cada acompanhamento e consulta (ENF04_01).

Em relação a estarem aptos para aplicação do instrumento que consta na caderneta de avaliação, apenas dois profissionais, um de cada categoria, disseram não se sentirem completamente seguros para utilização desse instrumento. Um desses profissionais diz que

tem pontos em que pode melhorar. O outro profissional se considera parcialmente apto, mas revela alguma dificuldade, especialmente nos primeiros meses da criança:

Algumas coisas sim e outras coisas, não. Por exemplo, as avaliações dos primeiros meses como apoiar quando levanta a cabeça, ficar de bruços, sentar sem apoio e ficar em pé são mais fáceis, mas as questões de desenvolvimento social são mais difíceis de perceber na consulta. Às vezes a criança está irritada, a mãe também às vezes não sabe dizer e a gente acaba não tendo muito tempo pra ficar avaliando isso... (MED01_01).

Vale ressaltar que, em muitos cenários, o formulário do prontuário eletrônico do e-SUS tornou-se o instrumento principal de avaliação de desenvolvimento neuromotor, devido a frequentes relatos de falta da CC. Segundo os participantes, o documento não estava sendo entregue às mães nas maternidades e, na época da coleta de dados, não estava disponível para distribuição nas UBS. Assim, muitas vezes, as mães recebiam apenas a página com as informações iniciais, dados do nascimento como o *score* APGAR e dados antropométricos.

Eu estou pedindo para as mães imprimirem da *internet* ou eu mesma imprimo quando a gente está com *internet*, porque às vezes eu não lembro tudo de cabeça, para eu ir fazendo junto com elas, ir vendo qual é a preocupação durante a consulta. Conversando com elas, e eu observo algumas coisas. Então, aí eu uso o e-SUS, né? Porque pelo menos fica alguma coisa registrada. Já que eu não consigo registrar o da caderneta, eu faço o do e-SUS. (MED02_01).

Sobre o preenchimento da caderneta, relacionado aos campos do desenvolvimento neuromotor, apenas um dos participantes informou não anotar os dados da avaliação devido a falta de espaço, embora afirme utilizar o instrumento da caderneta para guiar a avaliação:

Na caderneta onde tem o espaço pra colocar é mais vacina nessas que estão vindo recente, então acaba que todo mês que a criança vier fazer a puericultura e a gente vai anotar, não tem espaço. Então, o registro fica mais no sistema, pelo e-SUS (ENF05_02).

Todos os profissionais entrevistados, informaram realizar pelo menos alguma anotação, seja na CC, quando ela está presente na consulta, ou no e-SUS. Vale ressaltar que todos os profissionais se mostraram bastante convictos em relação à importância das anotações dos desenvolvimento.

A gente que já foi residente, a gente aprende desde a residência que tudo que está para preenchimento é importante, tanto caderneta de gestante, quanto caderneta de criança, se está ali é por algum motivo... Então, eu gosto sempre de colocar, de mostrar para a mãe o que aquilo significa, né? (ENF04_01).

4.2.3 Autopercepção sobre dificuldades para avaliação do desenvolvimento

Quando questionados sobre a autopercepção de suas dificuldades para avaliação do desenvolvimento durante as consultas de puericultura, apenas três profissionais relatam não ter nenhuma dificuldade para avaliação do desenvolvimento. Os demais informam ter pelo menos alguma dificuldade.

Essa dificuldade, em geral, é contornada, segundo alguns entrevistados, pela utilização do e-SUS e da CC. Nesse sentido, a maior parte das dificuldades apresentadas refere-se justamente ao prazo de aquisição de cada marco do desenvolvimento.

Conversando com elas, e eu observo algumas coisas. Então, aí eu uso o e-SUS, né? Porque pelo menos fica alguma coisa registrada. Já que eu não consigo registrar o da caderneta, eu faço o do e-SUS” (MED02_01).

Foi apontada também uma dificuldade de interpretação do que estava descrito na caderneta, correspondendo à avaliação do marco e o que a criança apresenta durante o exame, tendo em vista a carência de informações sobre como estimular a criança para obter a resposta esperada durante o exame e a ausência da CC, pelos motivos já expostos.

Às vezes eu sinto dificuldade em saber se o que a criança está fazendo é realmente aquilo que está ali descrito. Aí o que eu faço? Se eu fico em dúvida, eu coloco a criança para retornar em menos tempo do que o previsto nas consultas (MED02_01).

As demais questões apontadas quando os participantes foram questionados se sentiam alguma dificuldade para avaliar o DNM estavam relacionadas a fatores externos, como infraestrutura e materiais, e não diretamente à percepção da sua atuação direta.

4.2.4 Valorização da percepção do cuidador durante a avaliação do DNM

Quando questionados se avaliam o DNM estimulando a criança ou perguntando aos cuidadores, todos os entrevistados informaram que perguntam aos cuidadores o que não conseguiram visualizar durante a consulta. No entanto, os profissionais relatam que há uma dificuldade em relação a essa percepção, pois, em alguns casos, quem leva a criança à consulta não é quem passa a maior parte do tempo com ela e, por isso, não sabe responder aos questionamentos realizados pelo profissional.

Às vezes quem vem não é quem cuida da criança e tem algumas perguntas que por a gente não ter os estímulos na sala ou os materiais, a gente precisa saber se faz em casa e às vezes a pessoa que vem não é a pessoa que conhece... Então, isso é um dificultador na hora da consulta (ENF03_01).

Um dos profissionais relata que o tempo de realização das consultas também pode ser prejudicado pela interação dos pais, que pode fazer com que a consulta ocorra com duração menor do que a necessária. Esse fator acrescido da necessidade de aprimoramento pode acabar comprometendo a avaliação do profissional.

Às vezes, dependendo da correria do dia a dia ou da disponibilidade dos pais durante a consulta, às vezes a gente acaba tendo que correr com a consulta e acaba deixando algumas informações passarem despercebidas. Eu acho que é só uma questão de aprimoramento técnico, do saber, mas isso a gente vai aprimorando (ENF01_02).

Ademais, muitas vezes, a percepção do cuidador é utilizada como forma de abreviar a consulta, através da resposta da mãe, sem a estimulação da criança.

Então, eu acho que aí depende muito do meu dia. Eu observo muito. Se é um dia tranquilo, dá para eu fazer isso com a criança, eu até faço. Aquilo que eu não observei, dependendo do meu tempo de consulta eu vou perguntar para a mãe (MED02_01).

Mas, em várias respostas, a percepção do cuidador foi apontada como um substituto quando o profissional tenta estimular a criança para avaliar determinada aquisição, mas não tem êxito ou na ausência de brinquedos e outros utensílios.

Quando é uma coisa que não temos material, algo que não dá para ser feito aqui no consultório, eu acabo perguntando se em casa consegue fazer (MED01_02).

[...] até mesmo pela falta de materiais, às vezes tem coisas que a criança não responde... tem medo também, do profissional vestido de branco e às vezes ficam com medo, às vezes a criança começa a brincar com o pai ou com a mãe, e aí a gente aproveita também para perguntar (ENF01_01).

Então, muita das vezes, determinados tipos de comportamento, a gente vai mais pela fala do cuidador mesmo. Algumas coisas a gente consegue avaliar, outras nem tanto (ENF02_02).

Mas em geral, a percepção do cuidador, em especial da mãe, é valorizada pelos profissionais, que entendem que o maior tempo com a criança bem como a presença de fatores dificultadores durante a consulta podem prejudicar a avaliação de qualidade. Assim, a palavra da mãe ganha um peso especial nesse sentido.

Como eu uso a caderneta me guiando, aí esqueci isso: “Mãe, aconteceu isso, isso? Ah aconteceu!”, aí eu acredito nela, porque mãe sabe melhor do que eu. E eu falo

para elas: ‘Vocês tem que me contar, se não...’ Porque a criança não fala e eu não estou vendo, então acabo acreditando muito no que a mãe me diz, e é isso (MED02_01).

4.2.5 Percepção sobre a importância da avaliação do DNM

Todos os profissionais consideram a avaliação do DNM um componente importante das consultas de puericultura. Frequentemente os relatos abordam o benefício da identificação precoce com o encaminhamento para avaliação de especialistas. De igual forma, foi frequente a fala sobre a importância de um exame de qualidade, devido ao intervalo entre as consultas, o que demonstra uma preocupação de aproveitar o máximo da plasticidade cerebral dos primeiros meses da criança.

Por exemplo, na minha equipe teve um caso que a gente descobriu que havia uma criança que tinha um déficit – ela até foi encaminhada para a Rede Sarah para estímulo – porque ela tinha um problema neurológico. Se a gente não tivesse visto logo nas primeiras consultas e descoberto que ela tinha alguns tremores e uns estímulos diferentes do normal, talvez ela fosse descobrir mais tarde e não tivesse a reversibilidade que teve, porque hoje em dia ela está super bem, acompanhada né? Então, é um caso que me marcou, porque por a gente ter feito o estímulo e ter tido um olhar diferenciado, a gente conseguiu identificar cedo (ENF03_01).

Acho que é importante, porque só assim a gente vai conseguir saber se a criança tem algum atraso ou alguma outra coisa, e poder encaminhar para alguma especialidade observá-lo. Se não for observado naquela consulta, vai ficar se prorrogando até que a criança volte. Porque as consultas não são mensais, somente no início, depois é só a cada dois meses, então a gente fica um tempo sem analisar a criança e o desenvolvimento dela. Então, se não conseguirmos observar ali o que está acontecendo acaba passando muito (ENF04_02).

Olha, acho que foi como eu falei, a gente atende pacientes muito vulneráveis, né? Eu acho que a importância da avaliação neuromotora é que é uma avaliação realmente para ver a completude desse acompanhamento dessa criança, sabe? É entender que a consulta de puericultura, como eu falei, vai além de pesar, medir, saber se está se alimentando ou não, vai além disso (ENF04_01).

A importância também apareceu no discurso dos entrevistados ao considerar que a APS atua como coordenadora do cuidado e encaminhamento dessa criança para a rede de atenção especializada. Nesse sentido, o olhar mais apurado é ainda mais importante para uma condução adequada, em especial nos casos de alterações do desenvolvimento.

Então, eu sou o profissional que está ali, coordenando esse cuidado, que está acompanhando a saúde dessa criança, então ali é o momento ideal... Se eu não vejo, quem vai ver? (ENF02_02).

Foi mencionada também a oportunidade de encontrar demandas ocultas e o vínculo com o cuidador presente na consulta bem como entender se a criança está sendo estimulada em casa de acordo com a necessidade daquela faixa etária. Esse momento também foi identificado, por um dos profissionais, como uma oportunidade de orientar sobre a estimulação adequada da criança, promovendo uma resolutividade maior e não apenas o encaminhamento para atenção especializada.

Eu faço, mas eu acho que eu deveria fazer mais, porque eu faço pouco. É uma coisa que eu me polio de sempre estar fazendo. Mas eu sempre faço, colocar de bruços, estimular com brinquedinhos, assim para pegar as coisas.... Eu faço assim: “Aqui, mãe, tá vendo? Tem que fazer assim”. Falo o que está na hora, ou o que não está. “Olha, isso está muito cedo ainda”, eu vou conversando para entender a rotina deles e o que dá para fazer e o que não dá para fazer (MED 02_01).

O impacto na vida adulta de atrasos do DNM não percebidos durante as consultas foi identificado por dois profissionais como um dos fatores que refletem a importância de uma consulta de puericultura de qualidade.

Acho que é importante para podermos avaliar se a criança está conseguindo atingir ou não sua maior capacidade, né? Mas tem ali, dependendo do estímulo dela, o desenvolvimento dela pode ser menor ou maior e pode ter um impacto na vida adulta nesse desenvolvimento da primeira infância, né? Acho que essa é a maior importância! (MED01_02).

A importância é a gente detectar alguns atrasos de desenvolvimento dessa criança, né? Pra gente realizar esse atendimento o mais precoce possível, para que não venha causar nenhum impacto na vida adulta ou na adolescência dessa criança... Para que a gente consiga minimizar os impactos, né? (ENF02_01).

4.3 FATORES DIFICULTADORES DA AVALIAÇÃO DO DNM

Os motivos relatados para a dificuldade de avaliação do DNM nas consultas de puericultura foram principalmente: pressão assistencial, infraestrutura, necessidade da capacitação e dificuldades relacionadas ao cuidador ou acompanhante nas consultas. A seguir, esses itens serão abordados com maior detalhamento.

4.3.1 Pressão assistencial e duração da avaliação

Quando questionados sobre a duração da consulta de puericultura, as respostas dos participantes variaram entre 20 e 40 minutos. Entretanto, seis participantes informaram que a

consulta de acolhimento, também chamada de “mamãe-bebê”, é uma das consultas mais demoradas devido às orientações necessárias aos cuidadores. Ademais, aos seis meses, a consulta foi relatada por três participantes como mais demorada devido às orientações necessárias para introdução alimentar. Um único profissional mencionou uma consulta mais demorada na faixa de oito a nove meses devido à necessidade de orientações quanto ao risco de acidentes, relacionado à maior mobilidade da criança nessa faixa etária.

Acho que depende bastante da consulta, né? A consulta de acolhimento, a de 4 meses, a de 6 e a de amamentação a gente orienta mais coisas, então acho que é uma consulta um pouquinho mais longa. Mas eu acho que nenhuma dessas passa de 20 minutos (MED01_02).

Um dos profissionais informou não avaliar o desenvolvimento após a faixa etária de seis a sete meses de idade, devido à pressão assistencial durante a pandemia. Assim, os cuidadores eram orientados a levar a criança apenas se houvesse alguma queixa. Porém, segundo esse profissional, as consultas estavam sendo retomadas gradativamente, a fim de restabelecer o cronograma recomendado pelo MS.

Confesso para você que dependendo da idade, eu já não avalio mais... Eu avalio ali até mais ou menos seis, sete meses, depois disso eu não avalio mais... Não venho avaliando, na verdade, né? Porque, com a pandemia, a gente diminuiu muito o nosso acompanhamento de puericultura. Algumas equipes aqui da unidade trabalharam da seguinte forma: “tem alguma queixa? traz para a gente”. Então, a gente acompanhou crianças de até 1 ano e de 1 ano em diante, a gente não marcava mais consulta com a mesma frequência de antes da pandemia, então a gente começou a ter esse cuidado. Agora com a retomada da APS, estamos tendo o cuidado de fazer essas marcações, conforme o cronograma certinho mesmo (ENF04_01).

Já em relação ao tempo destinado para a avaliação do DNM, dois profissionais relataram avaliar esse aspecto desde o momento que a criança entra no consultório e, caso não consigam visualizar algum marco específico, estimulam ou perguntam ao cuidador. Esses profissionais também afirmaram recorrer a caderneta ou prontuário para lembrar o que é necessário avaliar de acordo com a faixa etária da criança.

Como eu quis fazer pediatria, eu aprendi com a minha professora na época, que a gente avalia a criança desde a hora que ela entra no consultório. Então eu sou muito observadora, eu já começo e já faço o desenvolvimento durante a consulta mesmo. Eu não vou perguntando... Algumas coisas quando eu esqueço que eu acabo perguntando para mãe. Quando eu estou preenchendo o cartão, eu vou lá e abro: Ah, examinei isso, isso e faltou isso. Aí eu eu até volto para examinar. Então eu faço isso durante a minha consulta, não paro um tempo só para isso (MED02_01).

Eu vou olhando e, geralmente no início da consulta eu já dou uma lidinha até para lembrar porque eu não sei de cabeça, então eu me lembro o que tenho que olhar mais atentamente e eu vou olhando na consulta. Se eu vejo que a criança não fez nada por

ela mesma, ou que a mãe não estimulou, eu tento dar uma estimulada durante a consulta. Mas eu acho que durante a consulta inteira eu fico olhando (MED02_02).

Um dos profissionais não sabia precisar o tempo gasto na avaliação. Já os outros profissionais, informaram a seguinte duração da avaliação: 2 minutos (1), 5 minutos (1), 2 a 10 minutos (1), 5 a 10 minutos (2), 10 a 15 minutos (2), 10 minutos (2), 15 minutos (1).

Apenas seis profissionais consideram o tempo de avaliação do DNM adequado, enquanto os demais consideram o tempo inadequado, mas relatam que pressão assistencial acaba limitando o tempo de cada consulta. Dentre os profissionais que relataram a percepção de tempo insuficiente, frequentemente havia a justificativa da necessidade de redução do tempo da consulta devido a demanda causada pela pressão assistencial. Esse tema em questão, na verdade, se mostrou como um desdobramento de três grandes questões: vulnerabilidade da população atendida, tamanho da população adscrita e equipes sem médico durante as 40 horas semanais.

Sinceramente? Não. É muito, muito corrido. Às vezes a gente tem algumas particularidades que precisamos dar mais atenção e isso demanda tempo, porque você precisa ter uma escuta qualificada, precisa olhar para essa criança, né? Fazer alguns testes, mas você não tem tempo porque a sua porta está lotada de pacientes. Então, sinceramente, não é adequado o tempo que a gente tem disponível (ENF05_02).

Não, para desenvolvimento não... O tempo que eles preconizam, que falam que é em torno de 10 a 15 minutos, é impossível você fazer uma consulta de qualidade de puericultura (MED02_02).

O excesso de demandas e sobrecargas acompanhado da falta de profissionais e dos efeitos da pandemia foram motivos apontados para uma menor valorização da puericultura e para a percepção de que o tempo para essa linha de cuidado era menor do que o necessário. Esse fator impacta diretamente não só a frequência às consultas como sua qualidade e duração. Com isso, a pressão assistencial surgiu como um importante dificultador da avaliação do DNM, pois, apesar de reconhecerem a importância dessa sentinela, os profissionais mencionaram agendas cheias, demandas agudas e excesso de atividades. Nesse sentido, a sobrecarga pelo excesso de demandas e pacientes a serem atendidos acaba se sobrepondo à importância de uma consulta de puericultura que explore ao máximo a avaliação do DNM.

Eu acho que às vezes a gente acaba deixando o acompanhamento de puericultura um pouquinho de lado para dar tempo de resolver as outras demandas. Estamos muito sobrecarregados com “n” coisas e acaba que a gente deixa escapar, realmente, o

acompanhamento, a avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança (ENF04_01).

Mais tempo, uma pressão assistencial menor, porque aí nessas consultas de rotina e de promoção de saúde, nós teríamos mais tempo para fazer, porque a gente fica muito preso na assistência à doença, né? E não na promoção da saúde (MED01_02).

Eu acho que hoje, a alta demanda dificulta o nosso trabalho, dificulta que a nossa avaliação seja feita com excelência, entendeu? Porque ao mesmo tempo que estamos atendendo a criança, a gente vê a demanda que está lá fora, sabe? Então, os pacientes vão chegando e estamos atendendo a criança, ao mesmo tempo temos que ver se alguém chegou passando mal, ver se “caramba, sou eu sozinha que vou atender isso tudo?” (ENF04_01).

Estamos sem médicos, né? Então, a gente fica muito sobrecarregado por conta disso, porque às vezes tem demandas que são realmente agudas e a gente precisa atender, não tem como remarcar para voltar em outro dia porque às vezes o paciente está com dor e aí a gente precisa acolher e no meio desse tempo a gente tem os agendados (ENF02_01).

A vulnerabilidade em conjunto com o tamanho da população sob responsabilidade da UBS, e, mais especificamente, da equipe, refletem na pressão assistencial com que esses profissionais precisam lidar e que não se limita somente às consultas de puericultura. Isso ficou presente na grande maioria dos discursos, justificando o pouco tempo dedicado à avaliação das crianças e o enfoque no processo saúde-doença e não na promoção de saúde e identificação precoce.

Acho que, talvez, a gente não dê tanta importância para a puericultura no sentido de demandas muito cheias e unidade muito cheia, então acaba que a gente muitas vezes é “sugado” pelas demandas e acaba não valorizando o tempo que temos para avaliar as crianças, para avaliar as consultas que a gente tem na linha de cuidado (ENF02_02).

Acho que acaba que, não só nessa área, mas acho que nas linhas de cuidado que a gente acaba tendo que fazer consultas mais rápidas, por conta de demandas e serviços da APS no geral, né? Acaba atrapalhando a qualidade da consulta... (ENF01_01).

4.3.2 Infraestrutura para a puericultura

Em relação ao ambiente onde são realizadas as consultas, três entrevistados responderam que são adequados para realização da avaliação. Os demais relatam que o ambiente não é adequado devido a: falta de materiais para estimulação (5), problemas estruturais como falta de ar-condicionado, luz forte e barulho (4), não ser um ambiente projetado para o atendimento infantil (5).

A falta de objetos para estimulação foi um dos fatores mais apontados como deficiências estruturais para a realização da avaliação. Essa ausência dificulta a estimulação, em especial em crianças maiores, quando ocorre a avaliação com cubos ou bolinhas, por exemplo.

Eu tento estimular, por exemplo, aqui a gente não tem muito os materiais, eu acabo trazendo de casa. Então, brinquedos ou alguma coisa assim para estimular se segura, se presta atenção... A gente traz de casa, mas aqui eu acredito que deveria ter, né? (ENF03_01).

Quando precisa de algum material que a gente não tenha, por exemplo “ah, pede para a criança empilhar dois blocos ou colocar um bloco dentro do outro”, a gente não tem esse material no consultório (MED01_02).

Às vezes dificuldades de materiais mesmo, por exemplo, movimento de pinça, não tem nada ali pequenininho pra criança pegar, então temos que improvisar e fazer uma bolinha de papel...Montar blocos, não tem no consultório, esse tipo de coisa mesmo (ENF04_02).

Os profissionais relataram, ainda, que o consultório não é estruturado para o atendimento infantil, sendo padronizado e, por isso, preparado para o atendimento do adulto. Dessa forma, a avaliação de crianças maiores acaba ficando comprometida pela falta de espaço e também de uma ambiência adequada para a avaliação.

Existia um modelo de consultório há um tempo atrás que tinha coisinhas para criança, para estimular, hoje em dia não tem mais porque a gente virou tudo consultório mesmo. Então se tivesse para crianças maiores, algum lugar mais específico, com tempo para eu fazer aquelas coisas lúdicas que a gente aprende na residência, enfim, eu gostaria, mas não tem. Então vai no celular mesmo, vai tentando, conversando, fala isso... Enfim, tentando da melhor forma possível (MED02_01).

A gente sempre tenta adequar o consultório, tirar as coisas da frente e organizar de alguma forma, mas de fato nem sempre os consultórios estão adequados para esse tipo de consulta (ENF02_02).

Não, porque é um consultório voltado para adulto, né? Não tem nada para chamar a atenção, não tem material adequado (ENF01_01).

Não, por conta de não ser um ambiente propício para o atendimento da criança. Talvez se tivéssemos um ambiente que estimulasse mais a criança, acho que a gente perceberia alguns outros atrasos no desenvolvimento que não seriam perceptíveis nos instrumentos (ENF02_01).

A gente não tem, por exemplo, aqueles tatames para colocar a criança ali e a criança rolar de fato, porque para a criança ter que rolar em cima de uma maca é mais difícil (ENF02_02).

Além do espaço não ser um ambiente lúdico, alguns profissionais apontaram também problemas relacionados a climatização e iluminação intensa, que afetam a qualidade da abordagem, por deixarem as crianças incomodadas e dificultarem a avaliação.

Aqui a gente não tem ar-condicionado, não tem uma área adequada para conforto, né? Ainda mais para criança... Eles ficam muito irritados com o calor e nós percebemos isso (ENF03_01).

Às vezes, por exemplo, a gente tem ar-condicionado e tem goteira e às vezes a maca está bem debaixo do ar-condicionado com goteira, então isso para mim é um problema extremos, porque se eu estou com uma criança sendo avaliada, por exemplo, deitada ali, né? É um problemão (ENF02_02).

4.3.3 Necessidade de capacitação para avaliação do DNM

Sobre a necessidade de capacitação específica para avaliação do desenvolvimento, apenas dois profissionais não julgaram necessário. Inclusive, embora a quase totalidade dos entrevistados se preocupe com a capacitação para identificação dos atrasos, um dos profissionais aponta que não acredita na existência desses atrasos desconectada de um diagnóstico prévio.

Acho que o conhecimento que a gente traz da faculdade e da residência já é suficiente, mas, assim, na minha percepção, eu acho um pouco raro ter um atraso no desenvolvimento muito importante e quando tem esse atraso eu acho que ele é mais óbvio, não é um atraso que ficaria ali por minúcia de algum desenvolvimento específico que a criança não está desenvolvendo direito (MED01_02).

Para os outros profissionais, o treinamento foi considerado importante, pois, apesar de terem recebido informações sobre puericultura e avaliação do DNM na graduação e residência, consideravam que ainda era pouco para a complexidade da avaliação, levando em consideração a vulnerabilidade à qual estão expostas as crianças da população adscrita.

E eu acho importante sim, porque eu já vi, não aqui, mas que “consulta de puericultura é peso e altura” e não é isso, né? A avaliação é um pouco mais profunda... A gente atende pessoas e famílias muito vulneráveis e é importante a gente dar um pouco mais de atenção a essa linha de cuidado. Então, eu acho importante sim ter essa capacitação, até mesmo para a gente que está na ponta diariamente lembrar e ajustar as nossas ações, ajustar os nossos fluxos, né? (ENF04_01).

A gente observa que na correria, ou então dependendo do profissional que está – quando não tem um olhar mais voltado para a criança –, tem essa dificuldade de saber, por exemplo, qual a idade que você vai poder fazer os estímulos, quais estímulos você vai poder fazer em determinadas idades... E aí, ajudaria bastante, se houvesse um treinamento, uma capacitação (ENF03_01).

Eu acho que quanto mais a gente tem esse aperfeiçoamento, a gente consegue ter um olhar muito mais crítico para aquela criança, sabe? De olhar e ter uma percepção diferente. Eu acho que isso só vem através do conhecimento mesmo, de aprimorar o que a gente já sabe (ENF05_02).

Houve ainda o relato sobre o olhar focado apenas no diagnóstico e tratamento de patologias, em uma abordagem de “porta aberta” que não exercia uma sentinela propriamente dita, mas elencando prioridades por meio do acesso avançado, sem a marcação de consultas.

Mas, eu não me senti preparada na residência para isso. ‘Ah, olha, na medicina de família você tem que fazer isso!’ Não! Era para atender pneumonia. Avaliar uma pneumonia. ‘Ah, se essa criança está com uma hidrocefalia, então encaminha para tal’. Meu preceptor era a favor disso. Era porta aberta. ‘Venha quando quiser!’ e é isso. Tenha a lista das suas prioridades. ‘Ah, aquela criança ali... Cuidado! Fica de olho nela!’. Era mais ou menos assim... (MED02_01).

Mas, em geral, os profissionais afirmam terem visto o assunto na graduação e, para aqueles que cursaram a residência, na especialização. No entanto, afirmam que um treinamento ajudaria tanto para esclarecer dúvidas como também para aprimorar aquilo que já sabem.

4.4 SUGESTÕES DE MELHORIAS NAS CONSULTAS

O aumento do tempo disponível para consultas de puericultura estava presente em 11 das 13 respostas sobre sugestões de melhoria nas consultas de puericultura e, conseqüentemente, na avaliação do DNM.

Eu acho assim, que muitas vezes a gente precisa de mais tempo, né? Porque foi o que eu falei, eu normalmente consigo fazer uma consulta de puericultura em meia hora, mas às vezes a gente acaba tendo que fazer mais rápido por conta da demanda mesmo, porque aí a gente está com a porta cheia, muita gente para atender, então eu acho a questão do tempo muito importante (ENF03_02).

A gente tem uma demanda absurda, temos pouco tempo para adequar as demandas e o que a gente precisa dar prioridade hoje dentro de uma consulta de 20 minutos? A realidade é essa! O que a gente vai dar prioridade no atendimento dessa criança? Precisamos elencar prioridades (ENF04_01).

Uma sugestão apontada por dois participantes da pesquisa foi a sensibilização dos profissionais sobre a importância da avaliação, buscando priorizar a avaliação do DNM devido às conseqüências futuras do atraso na identificação de agravos do desenvolvimento.

Eu acho que é necessário sensibilizar os profissionais quanto a importância disso...(‘Olha, a gente tem crianças que têm dificuldade no desenvolvimento neuromotor e olha só como passou batido isso aqui’. Eu acho que quando a gente sensibiliza os profissionais, a gente lembra a eles a importância da gente realizar uma boa avaliação do desenvolvimento neuromotor, né? Então, eu acho que a melhor forma da gente sensibilizar, é mostrarmos quantos casos eu tenho de crianças que têm dificuldades e que passaram batidas, né? (ENF02_02).

Eu acredito que estimular também outros profissionais, né? A ter alguns cuidados, né? A importância mesmo de acompanhar o desenvolvimento, estimular o profissional (ENF03_01).

Três profissionais abordaram também o ponto de equipes incompletas, com falta de médicos, o que ocasiona tanto o aumento da pressão assistencial quanto impacta a qualidade do atendimento. Por sua vez, uma consequência dramática mencionada pelos profissionais, fruto da pressão assistencial, além da queda na qualidade do atendimento, também foi a sobrecarga para os profissionais da ponta.

A gente precisaria de um tempo maior... A equipe incompleta causa um impacto bem ruim quanto a isso e a gente não consegue fazer um atendimento de maior qualidade (ENF02_01).

A gente trabalha com modelo de acesso avançado, os pacientes vêm e vêm muito, acessam muito, né? São territórios vulneráveis, então eles vêm e acessam bastante. Como eu falei, o enfermeiro aqui ele fica muito sobrecarregado e eu acredito que não seja só aqui não, se eu for fazer um diagnóstico situacional do município... Hoje a minha equipe está completa, hoje tem médico, mas é uma das poucas equipes que tem médico. A gente só tem 2 médicos 40h na unidade, o restante é 20h e, assim, algumas equipes conseguem dar conta das demandas, conseguem dar conta de tudo agora com o retorno de todas as atividades, mas eu posso te dizer que o maior desafio hoje é dar conta de tudo, sabe? Porque, como eu falei, tem outras linhas de cuidado, tem equipe que tem muita gestante e automaticamente tem muitas crianças, às vezes não tem agenda para marcar o retorno dessas crianças e acaba que temos que adequar o atendimento dessas pessoas, porque essas crianças precisam ser vistas. A gente sabe do protocolo que elas precisam ser vistas, é importante que essas crianças sejam avaliadas, mas a gente adequa com um tempo menor de consulta. Então, uma avaliação que para ser feita levaria 40 minutos, a gente precisa adequar a 20 minutinhos (ENF04_01).

Em um dos relatos, foi mencionada a carência na rede de assistência à saúde tanto em relação ao fluxo para encaminhamentos das crianças que necessitem de maior investigação como também à falta de profissionais para encaminhar essas crianças e, ainda, profissionais que ajudassem no matriciamento, como, por exemplo, pediatras para discussão de casos nos quais profissionais responsáveis pela puericultura tenham alguma dúvida.

E a gente estava sem NASF há um tempo atrás e agora, graças a Deus, começou. Então, até onde a medicina de família vai? Até onde eu posso ir? Tá aqui um roteiro “aqui você pode realmente mandar” e surgir o especialista, porque não tem. Eu só posso mandar para o especialista? Eu não posso mandar para um pediatra, eu não tenho como (...) Às vezes eu queria um pediatra para poder discutir, porque não existem mais essas abas generalistas no SISREG, porque tudo é na medicina de família (...) Mas aí não tem com quem discutir, ou eu discuto comigo mesmo ou mando para o SISREG, mas eu fico com medo disso... O paciente fica “batendo” muito, bate em um serviço e volta, bate no outro e volta, e agora é muito isso, vai para o neuropediatra e volta. Não é o neuropediatra, é a psiquiatria. Aí volta e não tem mais neuro (MED02_01).

A dificuldade quanto à implementação das orientações relacionadas às consultas de puericultura também surgiram durante as entrevistas. Em vários momentos, a necessidade de um roteiro de mais fácil memorização e implementação para a consulta e mais instruções sobre como avaliar cada marco proposto para o DNM estava presente na fala dos entrevistados. Essas percepções foram mencionadas a partir do entendimento do grande número de itens a serem pesquisados nesse aspecto. Ademais, orientações mais claras sobre a realização de grupos temáticos para os cuidadores e crianças de até dois anos também surgiu como uma atividade que necessitava de um roteiro.

Eu ainda fico muito em dúvida com essa questão do calendário que ainda me colocam para fazer. Por exemplo, eu não entendo o que eu tenho que fazer num grupo de puericultura. Primeiro que eu não fui ensinada para isso. E aí, eu sempre me perguntava muito, né? No calendário do desenvolvimento da criança que o Ministério fala: “consulta com 1 e com 3 é com grupo”, e aí me mandavam fazer grupo. E eu ficava “vou fazer grupo de que?”, aí eu fazia um aos 4 meses para pensar em falar de alimentação, mas tinha mãe que estava amamentando... Então, assim, eu ficava muito perdida (...) Então, eu acho que eu queria um roteirinho de consulta, assim, o que não pode faltar. Porque é muito extensa a caderneta, e aí algumas coisas chave que eu... “Ó, com tantos meses, ele não pode deixar de fazer isso”, “com 6 meses tem que sentar”, coisas mais fáceis... Tipo, com 1 ano tem que falar 3 palavras, para dar um exemplo. Então, assim, uma coisa mais simples para a gente não esquecer durante a consulta, porque é muita coisa (MED02_01).

Além de melhorar a formação, ter mais informação “mastigadinha” para facilitar também, bater, lembrar (MED02_02).

Essas questões somam-se à percepção dos profissionais que entendem que seja necessário intensificar a capacitação para esse tipo específico de avaliação. Isso se deve ao fato, de acordo com os relatos dos entrevistados, de muitos profissionais não se sentirem seguros e da necessidade constante de atualização do conhecimento.

Muito do que eu aprendi dessa parte de avaliar o neurodesenvolvimento motor foi porque eu rodei no CTI onde a gente faz o internato de pediatria, acredito que as pessoas que fazem internato em outro lugar que não tenha tanto contato com a prática e não tenha tanto interesse em aprender, não vai ter a mesma percepção nem se torna apto a fazer essa avaliação do neurodesenvolvimento, acho que na faculdade isso não é uma coisa que é tão ensinado assim (MED01_01).

A capacitação também, porque às vezes tem profissionais que não se sentem seguros para avaliar todos os marcos porque nunca teve uma capacitação, nunca teve um estímulo, né?” (ENF03_01).

Acho que a capacitação seria um ponto bem importante para vermos quais os pontos frágeis das nossas dificuldades para termos um atendimento melhor, né? (ENF02_01).

O conhecimento em si, também seria algo que precisa estar sempre sendo reciclado (ENF01_02).

A possibilidade de um local específico, preparado para as avaliações do DNM e com materiais que auxiliem na avaliação, como chocalhos e cubos, por exemplo, é apontada como um fator que poderia melhorar a avaliação.

A questão de materiais também, porque é muito escasso, né? A gente, às vezes, tem que se virar com o que tem, então eu acho que ajudaria muito também (ENF05_02).

Acho que ter materiais também, por exemplo, chocalho, porque a gente tem que se virar para achar coisas pra poder avaliar (ENF04_02).

4.5 CARTILHA – CRESCER E APARECER

A cartilha, produzida a partir das percepções desse estudo, foi denominada “Crescer e Aparecer: como apoiar o pleno desenvolvimento infantil na APS”. Nesse sentido, seu objetivo é sistematizar informações imprescindíveis às consultas de puericultura, no tocante ao DNM, favorecendo a compreensão dos profissionais e ampliando o conhecimento no assunto. Para isso, a cartilha é pautada nas seguintes vertentes em cada faixa etária, de acordo com o calendário de consultas propostas pelo MS:

- a) observação da criança;
- b) comunicação desenvolvida pela criança;
- c) como estimular para avaliar;
- d) sinais de alerta;
- e) sugestão de grupos temáticos com objetivos no DNM.

A cartilha desenvolvida está disponível em: <https://doi.org/10.29327/5318079>

5. DISCUSSÃO

5.1. PERFIL DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO

Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2021, da AP 3.1, até outubro de 2021, a região possuía 67,27% dos profissionais com especialização ou residência em Saúde da Família, 5,8% com mestrado e 0,9% com doutorado. Esses dados relacionados à capacitação foram refletidos na amostra estudada, na qual o percentual de profissionais que possuíam especialização, residência ou estavam em curso era de 69,23% (SUBPAV, 2021).

No Rio de Janeiro, houve, a partir de 2008, um forte incentivo para aumento das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, de Enfermagem e Multiprofissional na Atenção Básica, com o objetivo de capacitar os profissionais para a forte expansão que a cidade vivenciou nos anos seguintes. No entanto, no Brasil, a produção do conhecimento acerca da formação do profissional em nível de pós-graduação para atuar no SUS ainda é escassa, bem como estudos mais abrangentes sobre o perfil que esses profissionais apresentam. Dessa forma, o incentivo do governo municipal para essa capacitação e o fato de a cidade ser uma das grandes metrópoles refletem um cenário que pode ser diferente daquele encontrado em outros municípios (ENGSTROM; HORTALE; MOREIRA, 2020; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Tal condição, em especial em relação aos médicos, pode ser exemplificada pela diferença entre a amostra deste estudo, que apresentou 50% dos médicos com especialização em Saúde da Família/Saúde Pública, em relação ao apresentado no estudo de Pfeilsticker *et al.* (2021), que relatou apenas 34% de médicos com residência ou especialização na área (PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

Em relação ao tempo de formado, a amostra variou entre 6 meses e 11 anos, enquanto, para o tempo de atuação na APS, a experiência variou entre 6 meses e 8 anos, sem notável variação entre as categorias. Como a coleta foi realizada no final de 2021, dos 13 profissionais entrevistados, 5 só haviam vivenciado a APS no período pandêmico, que foi completamente atípico para a saúde da criança e outras linhas de cuidado. Com isso, a relação com a experiência adquirida em serviço provavelmente foi moldada em um contexto completamente diferente.

Quanto ao compartilhamento das consultas de puericultura entre médicos e enfermeiros, todos os profissionais entrevistados na amostra deste estudo informaram que a puericultura faz parte da rotina de atendimentos. Porém, o mesmo cenário não foi identificado em um estudo realizado em Minas Gerais, por Pfeilsticker (2021), que demonstrou que 41% dos médicos entrevistados não realizam a consulta de puericultura compartilhada com enfermeiros. Tal diferença pode ser um reflexo da capacitação proporcionada pelos programas de residência médica e de enfermagem do Rio de Janeiro, já que as duas unidades onde as entrevistas foram realizadas participavam do programa e, dos entrevistados, a maioria havia concluído a residência (PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

5.2 CONHECIMENTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR

Nesse tópico, será abordado o conhecimento em relação ao DNM. Será explorada a relação dessa vigilância com o impacto futuro na vida da criança, o desconhecimento tanto dos marcos quanto da forma de avaliação e, por fim, a inabilidade na orientação de cuidadores, bem como questões relacionadas ao cuidado com as mães e orientação do cuidador para promoção de um crescimento rico de experiências e estímulos positivos.

5.2.1 Mais do que não deixar morrer, é preciso dar oportunidade para o pleno viver – a importância da avaliação do desenvolvimento

É preciso garantir mais do que sobrevivência às crianças. A qualidade desse crescimento e desenvolvimento precisa ser observada, ainda que não haja nenhuma causa biológica, pois os impactos socioambientais dessa fase promovem repercussões profundas no neurodesenvolvimento. Por exemplo, fatores como maus tratos ou exposição à violência ativam vias de estresse que desregulam a produção de serotonina, comprometendo o desenvolvimento do sistema nervoso, inclusive com menor desenvolvimento, até mesmo do volume, de estruturas como córtex cerebral, cerebelar e corpo caloso (MIGUEL *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a longitudinalidade e a integralidade propostas pelo SUS e materializadas pela ESF, devem proporcionar o olhar mais atento à família na qual a criança está inserida, permitindo uma vigilância mais ampla, que inclui questões sociais, como a pobreza e a insegurança alimentar. Assim, esses profissionais também devem estar atentos à

necessidade de inclusão das famílias em programas de proteção social, por meio da articulação com demais setores e equipamentos disponíveis. Por esse motivo, a visita domiciliar tem uma importância fundamental para observação do ambiente no qual a criança convive, com a realização de uma vigilância ambiental e sanitária, facilitando o entendimento do contexto no qual essa família se encontra. Entretanto, em nenhum momento a visita domiciliar foi citada pelos profissionais entrevistados como uma possibilidade de avaliação do DNM ou de questões correlatas (ARAUJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; BRASIL, 2016).

A proximidade da equipe da ESF com o cotidiano das famílias a torna uma potência tanto para a vigilância quanto para o cuidado de crianças atípicas. Isso porque promove um olhar que ultrapassa o consultório e enxerga essa criança inserida em seu ambiente, contando com as especificidades do território e da comunidade. Nesse sentido, é possível identificar quais fatores atuam como barreiras e aqueles que podem ser facilitadores do desenvolvimento e pensar ações considerando essas peculiaridades. Considerando, ainda, que a atenção básica pode ser o contato mais frequente dessa criança e de sua família com o serviço de saúde, é fundamental que os profissionais estejam sensibilizados, atentos e preparados para oferecer o cuidado necessário para o pleno desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Vale ainda ressaltar que é previsto que a ESF participe de ações no ambiente escolar, que inclui creches e pré-escolas, conforme determina a Política Saúde na Escola. Nesse sentido, apesar de não ter sido mencionado pelos entrevistados, é de fundamental importância que essas sejam também áreas de oportunidade não só para avaliação, mas também para estimular o desenvolvimento. MacDonald e McIntyre sugerem, inclusive, a realização de atividades com esse objetivo, no campo da atividade física, que pode ser adaptada para crianças com necessidades especiais, a fim de potencializar a prontidão escolar, por meio do desenvolvimento das habilidades motoras (LIMA *et al.*, 2022; MACDONALD; MCINTYRE, 2019).

Dessa forma, até mesmo crianças consideradas típicas se beneficiam de um olhar mais amplo que ultrapasse as questões biológicas. Além das vulnerabilidades que podem estar silenciadas pelas adaptações ou que sejam de mais difícil visualização, proporcionar um ambiente positivo é fundamental. No entanto, a fala de alguns entrevistados sobre a falta de priorização dada à investigação dessa sentinela corrobora os achados da literatura sobre a

desvalorização do desenvolvimento fora do aspecto de ganho de peso, estatura e perímetro cefálico (CAMPOS *et al.*, 2006; KLEVEN; BELLINGER, 2015; LUZ *et al.*, 2023).

A situação é ainda mais dramática quando se entende que grande parte das crianças atendidas na ESF, segundo os próprios entrevistados, está em situação de vulnerabilidade social. Assim, a pobreza, por si só, já é uma barreira a ser transposta – uma vez que submete a criança a condições desfavoráveis para seu desenvolvimento – e, portanto, um fator de grande relevância para olhar essa criança com mais cautela e estimulá-la de forma mais consciente. Assim, mesmo sem um determinante biológico que classifique essa criança como de risco, existe a necessidade de um olhar mais apurado sobre o tema simplesmente pela condição social na qual essa família se encontra. Porém, poucos profissionais expressaram claramente essa preocupação em entender a relação entre DNM e o futuro da criança (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023).

5.2.2 Desconhecimento dos marcos motores

O registro do DNM ainda é um ponto de fragilidade nas consultas de pediatria, demonstrado pelo despreparo profissional nesse sentido, que, por sua vez, traz um retardo importante na identificação dos atrasos. A avaliação clínica informal ainda é muito utilizada, inclusive por pediatras, mesmo sendo extremamente ineficaz, conseguindo identificar menos de 30% das crianças que precisam de acompanhamento. A implicação direta disso é a identificação tardia, que, segundo Araujo, Gerzson e Almeida (2020), pode fazer com que essa criança chegue ao acompanhamento apenas próximo a um ano de idade, perdendo, assim, uma grande janela de oportunidade (ARAUJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

A questão torna-se ainda maior quando se consideram pequenas alterações, ou alterações não visíveis, que carecem de testes mais sensíveis. Ademais, um olhar atento a essas alterações e aplicação de testes mais específicos não é comum na APS. Na amostra estudada, nenhum dos profissionais relatou utilizar alguma avaliação ou instrumento diferente do que existe na caderneta ou no prontuário eletrônico, o que configura um despreparo dos profissionais, em especial com população em situação de vulnerabilidade social, para as quais o risco de alterações do DNM é ainda maior (ARAUJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020).

A grande questão em torno da identificação precoce não está apenas no fato de a criança apresentar um desenvolvimento mais lento, mas, mais significativamente, em revelar que existe alguma alteração impactando esse desenvolvimento. Kleven e Bellinger (2015) mencionam, inclusive, o efeito cascata, no qual há um insulto primário que se desdobra em uma cascata de alterações subsequentes, criando, assim, uma trajetória diferente para o desenvolvimento. Isso justifica a identificação o quanto antes, por permitir que, nas fases iniciais, a plasticidade cerebral possa contribuir para a eficiência de diferentes estratégias de tratamento, além de reduzir a instalação de padrões motores anormais compensatórios (KLEVEN; BELLINGER, 2015).

Nesse sentido, chamam a atenção as respostas dos entrevistados sobre a aquisição dos marcos em idades posteriores ao esperado, em especial, para as primeiras aquisições motoras. Juntar as mãos na linha média, por exemplo, foi o marco com maior índice de erros, sobre o qual apenas um profissional mencionou a idade correta – 4 meses –, e todos os demais disseram que o marco ocorreria depois, chegando até mesmo a 12 meses. Essa habilidade é fundamental para toda a sequência posterior, pois indica a maturação do sistema nervoso, expressa por habilidades visuais e proprioceptivas, controle de músculos agonistas e antagonistas, coordenação uni e bimanual, dentre outras. Ou seja, a não identificação desse atraso terá impacto relevante no desenvolvimento, exemplificando o efeito cascata (KLEVEN; BELLINGER, 2015).

Assim, superestimar a idade dos marcos tem consequências importantes, muito mais relevantes do que subestimá-los. O discurso de que “cada criança tem seu tempo” não pode ser aceito como uma justificativa para ausência de aquisições motoras esperadas para determinada faixa etária. O retardo no desenvolvimento da habilidade daquele período indica que há algo de errado e que essa criança precisa ser vista com maior atenção e em menos tempo. Com isso, um olhar especializado se faz necessário, conforme recomenda a CC (BRASIL, 2022).

Outro marco que apresentou um grande índice de erros foi arrastar/engatinhar, com apenas duas respostas corretas. Assim como unir as mãos na linha média, engatinhar não consta expresso diretamente na CC, o que pode explicar essa dificuldade, devido ao seguimento de um roteiro de consultas que não especifica a avaliação dessa habilidade diretamente. No entanto, a OMS indica o engatinhar com mãos e joelhos como uma das “seis

janelas de desenvolvimento motor grosso”, o que indica sua importância na avaliação do DNM (BRASIL, 2016).

A habilidade de andar sem apoio foi a que apresentou menor índice de erro na amostra estudada, o que corrobora a chegada tardia dessa criança na atenção especializada. Ou seja, a criança que não andou até a idade determinada parece chamar atenção dos profissionais, o que não acontece na mesma medida com as habilidades anteriores. No entanto, a aquisição tardia da marcha pode ser desdobramento de habilidades anteriores, que não foram atingidas nem identificadas pelos profissionais. Isto significa que o encaminhamento é realizado quando padrões anormais já foram estabelecidos, a janela ótima da neuroplasticidade foi reduzida e a relação com o meio comprometida (ARAÚJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004; PALOMBO *et al.*, 2023).

Dentre os entrevistados deste estudo, os erros nas respostas sobre as habilidades motoras ficaram mais concentrados na expectativa de aquisição dos marcos após a faixa etária adequada, ou seja, superestimando as idades. Ademais, apenas 2 dos 13 profissionais acertaram mais da metade do prazo esperado para as aquisições motoras questionadas – ambos são enfermeiros, com 5 anos de experiência na APS, sem filhos, com especialização em Saúde da Família e consideram tempo destinado para a avaliação adequado, que estava em torno de 5 a 10 minutos em uma consulta de 30 a 40 minutos. Esses resultados não apresentam correlação com o tempo de atuação na APS para a amostra em questão, pois o maior número de erros foi de um profissional que atuava há 13 anos na APS, sendo 4 anos como enfermeiro e 9 como técnico de enfermagem.

O desconhecimento acerca dos marcos do desenvolvimento pode ser exemplificado ainda na fala de um dos entrevistados, que revelou não avaliar o desenvolvimento após seis meses de idade, e outro achou muito pouco provável identificar algum atraso na avaliação. Essa negligência é amplamente documentada na literatura, relacionada com a falta de preenchimento dos dados da CC e com a avaliação dos marcos do desenvolvimento em si. Segundo Moraes (2015), esse fenômeno encontra raízes tanto no pouco enfoque dado para o desenvolvimento como nas dificuldades encontradas por esses profissionais para implementar uma vigilância realmente adequada no contexto da saúde pública. Dessa forma, há um desinteresse que, por sua vez, fomenta o despreparo dos profissionais que atuam na APS sobre essa temática, que ainda hoje se reflete na atenção à saúde da criança (MORAIS *et al.*, 2015).

Ou seja, muito se fala e se ensina sobre não deixar essa criança morrer, mas o preparo profissional para auxiliar a expressão do desenvolvimento em sua plenitude está muito aquém do necessário tanto na nossa amostra como nos resultados documentados na literatura (ARAÚJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; MORAIS *et al.*, 2015).

5.2.3 Quem ensina o cuidador a cuidar? O déficit na atenção integral para a mãe e a orientação parental

O contato com os cuidadores, como sentinelas do desenvolvimento, apresentou-se de forma constante no discurso dos entrevistados; porém, muito mais como uma forma de suprir uma lacuna na estimulação para avaliação do que propriamente pelo entendimento da importância da percepção de quem passa a maior parte do tempo com a criança. No entanto, quem ensina a cuidar? E por cuidar deve-se entender uma dimensão mais ampla do que higiene, alimentação e prevenção de acidentes. Cuidar, em uma perspectiva integral, é uma ação social, muitas vezes ensinada nos núcleos familiares, mas que deve ser potencializada pela APS (BRASIL, 2016).

Durante as entrevistas, pouco se falou sobre esse cuidador na perspectiva de promoção do desenvolvimento. Miguel *et al.* (2019) destacam que os cuidados maternos nos primeiros dias de vida, em estudos com roedores, estavam associados com alterações a longo prazo na capacidade de reação ao estresse e na morfologia e função do hipocampo. Essa estrutura, responsável pelo aprendizado e memória, dentre outras funções, também se encontrava alterada em humanos que sofreram maus-tratos na infância, assim como em crianças expostas a condições que geram medo e estresse excessivos. No entanto, a formação desse vínculo não é algo natural, mas depende de vários fatores. Desse modo, os profissionais de saúde devem atuar apoiando a mãe, a criança e a família na construção de laços familiares que proporcionem um ambiente mais saudável, tanto para o desenvolvimento do bebê como para toda a família (BRASIL, 2016; CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; MIGUEL *et al.*, 2019).

Para que isso aconteça, deve ser realizada uma escuta ativa das questões que afligem a mãe e a família, assim como o reconhecimento junto a esses indivíduos dos recursos de que dispõem para contornar essas questões e lidar com as dificuldades de todo o processo. Embora essa atividade seja muito ligada ao imaginário da função dos psicólogos que atuam nos NASF, essas devem ser ações realizadas por todos os membros da equipe. Assim, tanto o

acolhimento quanto a orientação para o desenvolvimento de estratégias como o encorajamento para ampliação da rede de apoio desempenham papel fundamental no estabelecimento da parentalidade e, conseqüentemente, de um ambiente de melhor qualidade para o desenvolvimento (BRASIL, 2016).

É importante notar que o ambiente da criança pode ter sua qualidade perturbada por comprometimentos da saúde mental materna, que causem a redução do seu envolvimento com a criança. Os transtornos depressivos, inclusive, são mais frequentes em mulheres e são considerados a terceira maior causa de incapacidade no mundo. Essa relação se estende inclusive pela rede de apoio durante o período pré-natal. Nas situações em que a mãe teve alto nível de estresse e baixo apoio do parceiro, as crianças futuramente demonstraram maior reatividade ao hormônio cortisol. Esse impacto futuro na vida da criança causado pelo hormônio relacionado ao *stress* foi atenuado quando essas mulheres receberam esse tipo de suporte. O cortisol é nocivo ao desenvolvimento do sistema nervoso, tornando-o mais suscetível a processos de destruição dos neurônios e provocando a redução de sinapses em regiões específicas do cérebro (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; MIGUEL *et al.*, 2019; MUNHOZ *et al.*, 2022).

Além disso, evidências reportadas por Munhoz *et al.* (2022) suportam que um dos impactos relacionados ao desenvolvimento infantil pela depressão materna tem origem com a menor quantidade de estímulos sensoriais, cognitivos e afetivos. Uma mãe ou cuidador deprimido tende a estimular menos o bebê e ter um menor vínculo emocional. Esse ambiente impacta a criança, desde o momento anterior ao seu nascimento e depois dele, alterando seu desenvolvimento cerebral, com repercussões futuras ligadas não apenas ao desenvolvimento motor, mas também cognitivo, linguístico e psicossocial (MIGUEL *et al.*, 2019; MUNHOZ *et al.*, 2022).

Nesse sentido, faz parte da orientação do MS, durante as consultas de pré-natal, a escuta ativa e o acolhimento das mães, com a observância do aparecimento de sinais de alerta para o sofrimento psíquico. Além disso, a observação do vínculo com a criança e promover um ambiente acolhedor dessas demandas do cuidador também fazem parte dos cuidados de puericultura. Durante as entrevistas, no entanto, a temática relacionada a essa observação sobre o vínculo da díade mãe-criança, surgiu apenas uma vez, na fala de um profissional médico, com oito anos de atuação na APS dentro do mesmo território (BRASIL, 2016, 2022).

Mas, assim como a saúde materna, física e mental pode comprometer o desenvolvimento dos filhos, o contrário também ocorre. A atividade física durante a gestação, por exemplo, além de reduzir o risco de parto prematuro e complicações periparto, ainda melhora o neurodesenvolvimento das crianças, inclusive com melhor desenvolvimento cognitivo. Mas, além disso, uma combinação de experiências positivas, em especial nos primeiros mil dias, tem um papel fundamental no desenvolvimento, que impacta não só o desenvolvimento nos primeiros anos, mas também a vida escolar e a vida adulta (ARAÚJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; MIGUEL *et al.*, 2019).

Cabe ainda aos cuidadores desempenhar um importante papel quanto à qualidade ambiental. Os entrevistados não citaram orientações desse tipo aos acompanhantes das crianças nas consultas, apesar de sua extrema importância. Afinal, o enriquecimento ambiental, além da redução dos níveis de estresse e promoção do desenvolvimento, tem uma função de melhorar alguns componentes, alterados por insultos pré-natais, que poderiam comprometer a memória ou a aprendizagem (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2023; MIGUEL *et al.*, 2019).

Nesse processo, o brincar tem fundamental importância para o desenvolvimento cognitivo e motor, mas também para a socialização. É por meio do brincar na exploração do ambiente que muitas habilidades surgem, se aprimoram e se consolidam. Assim, os cuidadores podem auxiliar nesse processo, utilizando o lúdico como ferramenta de estimulação do desenvolvimento. Porém, cabe à equipe de saúde responsável por essa família ensinar como brincar de acordo com a faixa etária e as habilidades motoras que a criança apresenta, e também usar essa atividade como recurso de estimulação do desenvolvimento, ensinando, inclusive, a relação do fazer com a criança e não pela criança. Essa orientação pode ocorrer tanto de forma individual como coletiva, com grupos, por meio de um ambiente acolhedor e lúdico, que pode ser construído dentro da UBS, ou em espaços propícios na comunidade. Apenas um dos profissionais entrevistados relatou que demonstrava para a mãe como estimular a criança durante a consulta, ensinando-a como fazer em casa (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a orientação para os cuidados sobre a intervenção parental, que seja coerente com a realidade social e os fatores de risco aos quais a criança está exposta, pode reduzir os agravos ao desenvolvimento. Assim, empoderar a família é um valioso instrumento de promoção do desenvolvimento. Isso ocorre pois, assim como um ambiente pobre em

estímulos pode afetar o desenvolvimento, um ambiente enriquecido com cuidadores preparados também pode produzir mudanças permanentes no cérebro da criança, em especial na primeira infância. Nesse sentido, Cardoso *et al.* (2021) demonstram evidências de que bebês que receberam estímulo adequado dos cuidadores apresentaram melhoras no desenvolvimento motor (CARDOSO *et al.*, 2021).

É importante entender que, desde o início da vida, a criança interage com as pessoas ao seu redor e, com o crescimento, essas interações se tornam cada vez mais complexas. Nos primeiros anos de vida, esse contato é mais íntimo com os pais e cuidadores, com os quais a interação ocorre com balbucios, gestos e expressões faciais. A ausência de resposta dos adultos a essas interações sociais ou, até mesmo, respostas inadequadas promovem desorganização da formação dos circuitos nervosos e prejuízo da arquitetura cerebral. A consequência é traduzida em dificuldades comportamentais e de aprendizado. À vista disso, interagir desde cedo com a bebê, como, por exemplo, falar com ela sobre o que vê, ler e contar histórias, pode auxiliar no seu desenvolvimento linguístico. Vale considerar, no entanto, que isso precisa ser ensinado ao cuidador, considerando ainda a dinâmica da casa e das pessoas que convivem com a criança (CRESPI, NORO; NÓBILE, 2023; PALOMBO *et al.*, 2023).

O incentivo à participação ativa do cuidador na consulta demonstrou, segundo Araujo, Gerzson e Almeida (2020), o aumento da adesão ao acompanhamento e às orientações fornecidas pelos profissionais. No entanto, isso não significa que a criança não deva ser avaliada pelo profissional, em relação à estimulação para visualização dos marcos motores. Alguns profissionais ouvidos em nosso estudo afirmaram que utilizam a informação fornecida pelos cuidadores sobre o atingimento dos marcos, para abreviar o tempo da consulta. No entanto, a recomendação de aplicação do Teste de Triagem Denver II, no qual se baseia o instrumento da CC, é que a opinião dos cuidadores seja considerada, mas o examinador deve observar a movimentação, interação e linguagem da criança, inclusive testando diretamente para verificar a presença dos marcos motores (ARAUJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020).

Tendo em vista que a educação formal do cuidador, em especial da mãe, tem impacto no desenvolvimento infantil. Faz parte, dessa forma, do cuidado ao desenvolvimento da criança, maior investimento em políticas públicas para melhorar o acesso à educação de jovens e adultos. E, nesse sentido, está a aplicação das orientações recebidas durante a consulta, em especial para estimulação motora, pois, embora a intervenção adequada seja

importante, nem sempre ela é necessária. Em alguns casos, a orientação dos cuidadores e a modificação do ambiente doméstico pode ser mais importante que o uso da intervenção profissional diretamente com a criança. Assim, em um cenário de privação de oportunidades sociais, capacitar os cuidadores – tanto na educação formal como na transformação do ambiente, dentro das suas limitações, para a promoção de intervenções que estimulem o desenvolvimento – é um fator essencial de proteção e estímulo do pleno desenvolvimento (CORREIA *et al.*, 2019; KIM *et al.*, 2020; MORAIS *et al.*, 2015).

Essa orientação sobre o ambiente e a estimulação infantil foi alvo do Programa Primeira Infância Melhor, instituído em 2006, no Rio Grande do Sul, que desenvolveu uma ação transversal em busca da promoção do pleno desenvolvimento. O programa ocorre por meio de visitas semanais de profissionais capacitados, para a orientação das famílias visando promoção do desenvolvimento integral das crianças, da gestação até os seis anos de idade, a partir de suas culturas e experiências. Uma iniciativa similar, mas de âmbito nacional, é o Programa Criança Feliz, que, segundo informado no *site* do programa, atendia 3.028 municípios. No entanto, não está claro se o programa ainda continua seus atendimentos, tendo em vista a ausência de informações sobre a interrupção do cadastro para novas famílias (CRESPI, NORO; NÓBILE, 2023).

Assim, a família desempenha papel fundamental no desenvolvimento. Santos *et al.* (2021) demonstraram que já existe a conscientização sobre a importância, nos casos de atrasos do desenvolvimento, do estabelecimento de condutas, por meio de uma ação multiprofissional, que tenha a família como centro do processo. Além disso, quando os riscos biológicos estão presentes, a família, além de ser fundamental para implementação das orientações de estimulação, é também uma sentinela valiosa na vigilância do desenvolvimento, o que também deve ocorrer com crianças em riscos sociais. Essas são medidas de extrema importância por promoverem o empoderamento da família e estimularem os momentos de troca e vinculação com a criança, respeitando suas singularidades, mas incentivando a expressão do seu pleno desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2021).

5.3 BARREIRAS PARA A ADEQUADA AVALIAÇÃO DO DNM

Os achados desta pesquisa estão de acordo com o demonstrado por Araujo, Gerzson e Almeida (2020), por meio de uma revisão integrativa. Os motivos apontados para que os profissionais não realizassem o exame físico e os testes de triagem nas consultas de puericultura foram: tempo de consulta insuficiente e sobrecarga, falta de materiais, falta de local apropriado e falta de experiência. Embora não tenha sido verbalizado por nenhum dos participantes o termo “falta de experiência”, as frequentes falas a respeito da falta de habilidade para estimulação e testagem dos marcos podem ser consideradas como decorrentes de falta de experiência, mas também de falta de capacitação adequada (ARAÚJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020).

A seguir, serão discutidas as barreiras apontadas pelos entrevistados, agrupadas nos eixos temáticos relacionados a recursos humanos, recursos de infraestrutura, capacitação específica e suporte matricial.

5.3.1 Pressão assistencial, carência de médicos e *burnout*

A quantidade de pessoas atendidas e o número de consultas na APS em relação à quantidade de profissionais forma o conceito de pressão assistencial. A alta pressão assistencial foi relatada por todos os participantes da pesquisa como um fator determinante na duração e na qualidade da consulta. Esse relato aparece tanto na forma direta de uma alta pressão assistencial como indireta, quando os profissionais afirmam que gostariam de ter mais tempo para a avaliação e para as consultas de puericultura como um todo, mas que, dentro do contexto, utilizam o tempo possível.

Segundo os dados do DATASUS, em dezembro de 2021, período de realização da pesquisa, a população do município do Rio de Janeiro estava estimada em 6.775.561 habitantes, com uma cobertura de 71,8% da população pela atenção primária, composta por 41 equipes de atenção primária – modelo antigo –, e 1.118 equipes da ESF. Dessa forma, o total de população atendida pelas 1.159 equipes era de aproximadamente 4.864.852 de pessoas, que, se divididas de maneira uniforme, abrangeria o universo de 4.197 pessoas por equipe. A PNAB de 2017, no entanto, recomenda que a população adscrita por equipe seja de 2.000 a 3.500 pessoas (RIO DE JANEIRO (Estado)).

A fim de realizar uma estimativa, o MS considera um cenário de consulta/usuário/ano entre 1,5 e 2,25. Nessa perspectiva, para a população coberta pela APS, segundo os dados do DATASUS para o Rio de Janeiro, cada equipe seria responsável, em média, por aproximadamente 6.295 a 9.443, consultas ao ano. Utilizando uma média de 242 dias úteis por ano, estima-se uma quantidade de aproximadamente 26 a 39 consultas diárias. Considerando que essas consultas são divididas de forma igual, entre profissionais da medicina e enfermagem, com carga horária diária de 8 horas, descontando 1 hora de almoço, cada consulta duraria entre 32 e 22 minutos, sem considerar pausas entre os atendimentos (BRASIL, 2017; SILVA; BARRETO; VASCONCELOS, 2012).

Ademais, é preciso considerar as demais atividades realizadas pelos profissionais, como, por exemplo, as reuniões de equipe, que, no município do Rio de Janeiro, ocupam uma tarde por semana. Essas reuniões, contabilizadas anualmente, somam, em média, 208 horas, se considerarmos 52 semanas por ano.

Em uma pesquisa realizada em 2012, foi relatada a capacidade humana de atendimento em relação à pressão assistencial em uma unidade de saúde da ESF, por meio do Índice de Pressão Assistencial (IPA), obtido pela equação de Stockmeier, que indica que o ideal seria índice igual ou maior que 1,2 e que um valor menor do que 1,0 significa impossibilidade humana de realizar atendimentos (SILVA; BARRETO; VASCONCELOS, 2012). Segue a equação:

$$\frac{D \times H \times NMEDIC}{NMCA \text{ MED} \times TMA \times POPUL} = IPA,$$

onde:

- D: número de dias de trabalho anual;
- H: horas de trabalho diário;
- NMEDIC: número de médicos;
- NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa;
- TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora;
- POPUL: população adscrita; e
- IPA: índice de pressão assistencial.

Utilizando essa equação, podemos estimar o índice de pressão assistencial na APS no Rio de Janeiro, com os dados do DATASUS, em dezembro/2021, considerando essa pressão

dividida igualmente entre médicos e enfermeiros. Foram adotados os seguintes dados, de acordo com o DATASUS:

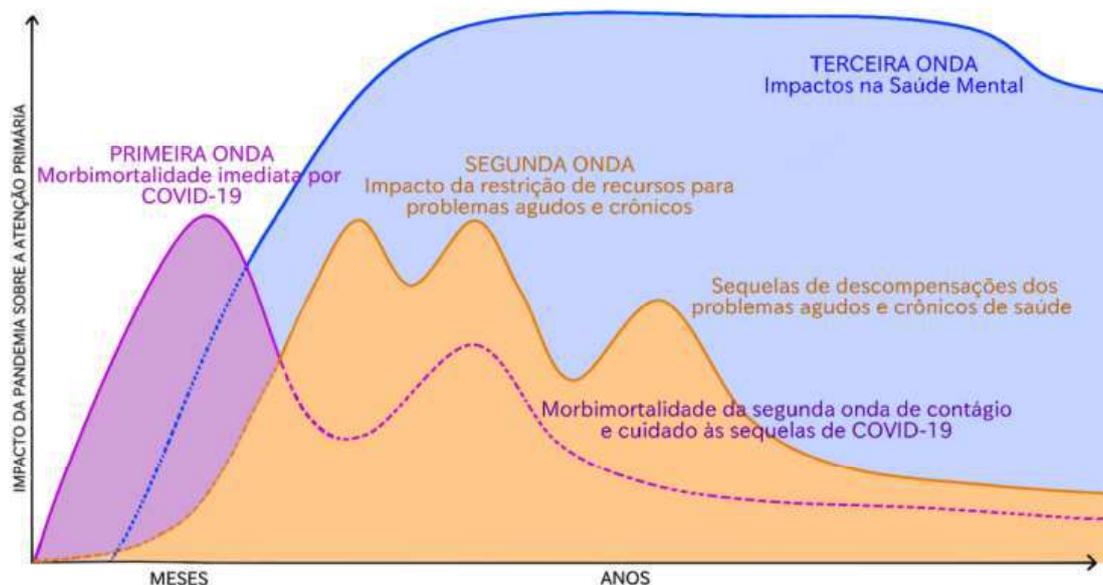
- dias: 242 dias úteis;
- horas de trabalho diário: 7 horas;
- número de médicos: 2 profissionais (um médico e um enfermeiro);
- média de consultas anuais por pessoa: 2,25 (conforme estimado pelo MS);
- tempo médio de atendimento: 0,35 h (21 minutos, de acordo com a estimativa calculada anteriormente para a população do Rio de Janeiro).
- população adscrita: 4.197 (população estimada para o Rio de Janeiro, dividida pela quantidade de equipes).

$$IPA (RJ) = \frac{242 \times 7 \times 2}{2,25 \times 0,35 \times 4.197} = 1,025$$

O valor de aproximadamente 1,02 demonstra que os profissionais estão próximos ao limite de impossibilidade humana de atendimento. Mas o resultado é bem pior do que isso. Deve-se ainda considerar o período pandêmico, no qual a pesquisa foi realizada, com a quantidade de atendimentos ampliada pelos casos de síndrome respiratória aguda e explosão de consultas durante as ondas de COVID-19, bem como a demanda que foi represada durante o período de *lockdown*. Somadas a isso, há as consultas preconizadas pelas linhas de cuidados como a própria puericultura, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, bem como o acompanhamento de outras doenças crônicas, que demandam consultas periódicas.

Savassi *et al.* (2020) propuseram o gráfico a seguir, estimando o impacto da COVID-19 em relação à sobrecarga especificamente na APS, onde se sobrepõem diferentes condições que impactam a assistência. Assim, os casos de COVID-19, e sua consequente mortalidade e morbidade, se sobrepuseram às demandas agudas e crônicas, que ficaram represadas pela não procura ao serviço de saúde, além do impacto dessas duas ondas na saúde mental da população. Este último é ainda mais visível na APS do que em outros níveis de assistência, devido à proximidade das equipes com a população (SAVASSI *et al.*, 2020).

Gráfico 7 – Curva de sobrecarga da COVID-19 e suas consequências na APS.



Fonte: SAVASSI *et al.*, 2020.

Além das consultas, na APS ainda existem outras importantes atividades, como visitas domiciliares, treinamentos, vacinas, curativos e muitas outras que estão fora do escopo de consulta individual e grupos temáticos, das quais participam médicos e enfermeiros. Essas são atividades que se esperam da APS, com excelência. Todos esses serviços compõem uma carteira, que possui indicadores sendo monitorados constantemente pelas Coordenadorias de Áreas Programáticas, que, por sua vez, são monitoradas pela Secretaria Municipal de Saúde.

No entanto, a despeito da carteira de serviços a ser oferecida à população, a pressão assistencial assume importância ainda mais dramática quando o paciente está na porta do consultório, com uma demanda aguda que precisa de resolução imediata. Aliás, essa foi uma das maiores causas apontadas pelos entrevistados para a brevidade das consultas. Assim, as consultas agendadas, classificadas como “de rotina”, têm sua importância diminuída, caso não exista alguma queixa trazida pelo cuidador da criança. Ademais, os próprios cuidadores, considerando o período pandêmico, levaram menos as crianças para as consultas de rotina. Um estudo realizado em Fortaleza demonstrou que houve atraso ou não comparecimento nas consultas de APS por mães e filhos, em especial para as mães mais jovens e com mais de um filho. Ou seja, mais um fator para comprometer o DNM (CORREIA *et al.*, 2022).

A sobrecarga assistencial, entretanto, estava presente na APS do Rio de Janeiro antes da pandemia. Silva Júnior *et al.* (2022) destacam, na pesquisa realizada em 2019, que uma grande parcela das equipes do município nessa época possuía mais de 4 mil pessoas

cadastradas. Esse dado sugere um importante impacto não só sobre o acesso, mas também no processo de trabalho de médicos que, no Rio de Janeiro, também atuam como reguladores nas UBS (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2022).

Na fala de alguns enfermeiros desta pesquisa, a ausência de médicos na equipe também foi uma questão apontada como amplificadora da demanda sobre o enfermeiro, o que torna compreensível a necessidade de reduzir o tempo das consultas para dar oportunidade de atendimento a todos que estão na unidade. Assim, o antigo problema de atração e fixação de médicos na APS tem sido estudado há anos pelos diversos níveis de gestão em saúde. Em um levantamento realizado por Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020), foi demonstrado que a medida de flexibilização da carga horária para médicos, proposta pela PNAB de 2011, pode ter sido responsável pelo acréscimo de 4 mil médicos à ESF no Brasil. Outro acréscimo importante desses profissionais foi com o Programa Mais Médicos, através do qual 7 mil profissionais passaram a atuar nesse cenário. No entanto, em 2018, com a interrupção do contrato com o Governo de Cuba, houve a saída de 3 mil profissionais do país (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Além disso, a formação na especialidade Medicina de Família segue aquém do necessário. Ainda são grandes as dificuldades para provimento e fixação desses profissionais, em especial em regiões de maior vulnerabilidade. Dessa forma, programas de ordenação de recursos humanos, como o Programa Mais Médicos, são de suma importância para promover o cuidado integral (CAVALCANTE *et al.*, 2022).

Em relação às escolhas profissionais, a carreira como médico de família e comunidade não concentra a preferência dos egressos dos cursos de graduação. Dentre os fatores relacionados, o retorno financeiro abaixo da média de outros especialistas é um que gera desinteresse pela especialidade. Nem mesmo a grande oferta de vagas se apresenta como um fator de atração de profissionais. Ainda é importante considerar a falta de prestígio, menor possibilidade de sucesso e respeito, além da desvalorização, elencados como fatores apontados de secundarização nas escolhas dos recém-formados para uma especialidade generalista em relação à hospitalar. Pfeilsticker *et al.* (2021) acrescentam, ainda, como fatores desmotivadores dos médicos de família, o baixo vínculo com a equipe na qual esse médico está inserido e a capacitação ineficaz para atuação nesse cenário (CUOGHI *et al.*, 2022; CAVALCANTE *et al.*, 2022; PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

A desmotivação dos profissionais também pode ser evidenciada pela desvalorização percebida por eles em relação aos usuários do serviço de saúde, mas sobretudo à administração dos serviços públicos de saúde. A interferência da gestão na APS é um fator delicado, tendo em vista que o campo de atuação desses profissionais é diretamente impactado seja nas mudanças de governo, seja no baixo investimento e valorização desse tipo de serviço de saúde, como aconteceu no Rio de Janeiro, na gestão anterior. Esses fatores afetam a qualidade do atendimento, mas, antes disso, o processo de trabalho e a saúde física e mental dos já sobrecarregados profissionais de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2022, SILVA; BARRETO; VASCONCELOS, 2012; GARCIA; MARZIALE, 2018).

A carência de médicos apontada pelos entrevistados se tornou ainda mais notável no município após a gestão passada. Apesar da expansão tardia, o município do Rio de Janeiro ganhou projeção nacional a partir de 2009 com a ampliação da ESF, até mesmo atraindo profissionais de outros estados. No entanto, todo esse processo de ganhos foi rapidamente revertido pelo esfacelamento provocado pela reestruturação do serviço, com a falaciosa proposta de fazer mais com menos. Realmente houve menos recursos, mas, também, muito menos serviço prestado à população, muito menos acesso, muito menos profissionais (GARCIA; SOCAL, 2022; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Além de todo esse contexto, a reforma da APS no Rio de Janeiro ainda trouxe uma lógica de produção baseada no sistema do toyotismo, buscando eliminar desperdícios, tempo de espera e excesso de processamentos, tendo como objetivo maior qualidade e redução do custo. Assim, a produtividade foi a tônica do corte de gastos e julgou ociosas equipes que atendiam a menos de 3 mil habitantes, verificando apenas a produção de consultas, sem considerar as frequentes greves do período por atraso de pagamento, violência do território e a mudança que ocorria no momento do sistema de informação relacionado ao registro em prontuários eletrônicos, ocasionando inclusive perda de cadastros (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Essa demanda exacerbada foi apontada como uma das causas de síndrome de *burnout* nos profissionais da APS. Essa é uma condição clínica causada por um esgotamento de energia devido ao estresse crônico no local de trabalho, o que demonstra sua característica imperiosamente ocupacional. Além disso, problemas de estrutura física e de organização da Rede de Assistência à Saúde e escassez de profissionais, principalmente médicos, relatadas na literatura, por diversas vezes emergiram da fala dos participantes desta pesquisa como

ampliadores da demanda. Vale ressaltar que, se olharmos apenas pelo critério desumano da quantidade de atendimentos e procedimentos, um profissional adoecido tem sua produtividade impactada negativamente tanto na quantidade como na qualidade (SILVA; BARRETO; VASCONCELOS, 2012; GARCIA; MARZIALE, 2018; TOMAS, 2021).

Segundo Tomas (2021), a saúde da família é a segunda especialidade médica com maior prevalência para a síndrome de *burnout*, com um acometimento de 17% dos profissionais (TOMAS, 2021). Em outro estudo, reportado por Engstrom, Hortale e Moreira (2020), com profissionais de Juiz de Fora da atenção básica, a prevalência da síndrome foi de 51%, sendo maior entre os enfermeiros. Isso se explica pela elevada demanda por alta produtividade, que impõe agendas lotadas e uma pressão gerencial para automação do processo que deveria ser mais “humano”. Nesse sentido, cabe ainda ressaltar que a APS não existe sem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, o que implica atuar em um cenário demasiadamente intrincado de complexidades que não permitem a simples replicação de técnicas. Porém, isso também tem um custo emocional muito maior do que experimentam os profissionais em consultas na atenção especializada. Tal custo não pode ser negligenciado ao se analisarem os fatores estressores que atuam sobre os profissionais da ponta (ENGSTROM; HORTALE; MOREIRA, 2020; TOMAS, 2021).

Mercês *et al.* (2020) retratam ainda, como resultado de um estudo realizado na APS na Bahia, com 1.125 profissionais de enfermagem, que 18% dos participantes da pesquisa apresentavam os critérios para síndrome de *burnout*. Os autores apontam ainda uma forte desconexão entre a teoria da APS – espaço de promoção e atenção integral à saúde – e o cotidiano: ações voltadas para doenças, fragmentação do trabalho, excessiva demanda dos usuários, relações interpessoais conflituosas, baixos salários, situações de intenso sofrimento e violência. Tais condições estão relacionadas com o alto estresse ocupacional e o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Outra pesquisa, realizada em São Paulo, com 2.940 profissionais da APS, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, apontou que 11,4% dos profissionais sofriam de síndrome de *burnout* grave, mais evidente em médicos e ACSs. Com isso, podemos afirmar que essa é uma patologia extremamente prevalente nos profissionais da APS e que precisa ser enfrentada (MERCES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

A imperiosa necessidade imposta para o atendimento de uma população adscrita gigantesca e demandante, devido a sua vulnerabilidade social, aliada a uma cobrança

governamental de fazer cada vez mais e melhor, pela intensa cobrança de metas e indicadores, obrigam os profissionais e a unidade de saúde a estarem em uma busca contínua por superação. No entanto, o que era suficiente, hoje não é mais. Se, na era pré-COVID, a demanda era alta, após a APS no Rio de Janeiro ser desmantelada pela incoerência da administração municipal anterior acrescida do rastro de destruição deixado pela COVID, essa demanda é ainda mais brutal. Consequentemente, cobra-se ainda mais do profissional na extremidade do processo, que seja ainda mais pró-ativo e multitarefa, o que é logicamente impossível, gerando assim o atravessamento pelo sentimento de frustração e limitação do olhar sobre si mesmo (GARCIA; SOCAL, 2022; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

O adoecimento imposto por essas condições é oriundo, sobretudo, dessa sobrecarga imposta pela necessidade de “dar conta” de tudo. Surgindo, assim, a autoexploração de si mesmo, em uma era de aparente liberdade, mas de subjugação constante aos determinantes da exploração do mercado de trabalho. Dessa forma, a sensação de insuficiência se torna constante, mas, em vez de direcionar o olhar para a causa relacionada ao sistema, a sociedade moderna traz esse enfoque para o próprio indivíduo, na tentativa de fazê-lo acreditar que ele pode um pouco mais. Todo dia, um pouco mais, até a exaustão (TOMAS, 2021).

Essa condição fragiliza o cuidado prestado à população, pois provoca absenteísmo, queda da produtividade, rotatividade de profissionais, erros, maior gasto farmacêutico por paciente atendido e baixa qualidade no cuidado. Ora, se a avaliação da criança requer uma grande atenção a uma série de sinais, um profissional adoecido pelo *burnout* terá maior dificuldade de realizar uma avaliação de qualidade (TOMAS, 2021).

Além do período pandêmico, cabe ressaltar os esforços da gestão atual da prefeitura em recuperar a APS no município, que sofreu um desmonte no governo anterior, com a descontinuidade de 184 das 1.263 equipes existentes na época. A argumentação para essa ação era que haveria um baixo impacto assistencial, tendo em vista que a APS havia crescido de forma desorganizada no governo anterior. O resultado da ação foi a demissão de 1.400 profissionais, sendo a grande maioria composta por agentes comunitários, que são os responsáveis pela capilaridade da APS, além de serem um importante sentinela da unidade na comunidade, com estreito vínculo com a população adscrita. Contudo, dentre os profissionais demitidos, estavam psicólogos e fisioterapeutas, que são figuras importantes do NASF na identificação e no matriciamento de crianças com alterações do DNM, com um completo desmonte da estrutura desse núcleo (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Nesse período, os atrasos salariais foram frequentes, tendo como consequência a saída de muitos médicos da APS e a redução da chegada de novos profissionais, deixando a APS ainda mais desfalcada no município. Além da redução do quadro de profissionais, houve também um grande prejuízo à infraestrutura necessária para atuação das equipes, redução de insumos e déficit na manutenção preventiva e corretiva necessária ao bom funcionamento das unidades de saúde (FERNADES; ORTEGA, 2020; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Segundo os dados do DATASUS, durante a gestão municipal anterior (2017 a 2020), a cobertura da ESF passou de 70,9% (janeiro/2017) para 46% (dezembro/2020). Isso significa que os desafios para recompor a APS, que hoje atende a 77,7% da população (janeiro/2023), considerando o período pandêmico, com grande sobrecarga de todos os níveis de assistência à saúde, têm sido superados, embora ainda haja muito o que caminhar (DATASUS; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2021).

Esse impacto na APS do Rio de Janeiro também foi evidenciado por Garcia e Socal (2022), em relação à saúde da criança. Segundo os autores, houve uma significativa redução das consultas pediátricas durante o período. Em 2017, foram realizadas 50,7 consultas médicas e 46,5 consultas de enfermagem por 1.000 crianças. Já em 2020, esse número caiu para 0,4 consultas médicas e 0,5 consultas de enfermagem por 1.000 crianças. O mesmo cenário foi notado na quantidade de consultas de pré-natal, que era de 6,1 por nascido vivo em 2017 e passou para 0,2 consulta por nascido vivo. Vale ressaltar que, segundo Hone *et al.* (2023), a realização do pré-natal na ESF durante os dois primeiros trimestres está associada a menores taxas de mortalidade neonatal e infantil. É preocupante, portanto, a análise dos dados do Relatório Gerencial da CAP 3.1 (RIO DE JANEIRO (Cidade), 2021), que apontam que a mortalidade materna praticamente dobrou de 2020 a 2021 (GARCIA; SOCAL, 2022; HONE *et al.*, 2023; RIO DE JANEIRO (Cidade), 2021).

No cerne dessa questão, além dos fatores apresentados, que impactam localmente os profissionais, está o subfinanciamento do SUS. Apesar de ser um direito da população e um dever do Estado, o SUS convive com recursos abaixo dos necessários para seu funcionamento, baixa legitimação social, limites no acesso à atenção especializada e dificuldades na conformação de redes regionalizadas. Quem representa todo esse processo para a população é o profissional da ponta, que está em contato direto com as pessoas e, portanto, recebe toda a carga emocional e social da ação pouco efetiva do Estado. Assim, ser a

porta de entrada do SUS, significa lidar com todas as questões diretamente com a população (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Os custos para manter uma APS de qualidade promovem, além da redução dos custos gerais em saúde, maior percepção de qualidade pelos usuários, isso porque as pessoas vivem mais e melhor. Afinal, é muito mais vantajoso (e barato), detectar uma alteração do desenvolvimento inicialmente do que remediar toda a cascata de efeitos posteriores com custos na atenção especializada, educação, programas sociais, dentre outros. Investir na APS, além de garantia de maior retorno social, é também certeza de retorno financeiro para a sociedade como um todo. E, nesse processo, promover condições de trabalho dignas para os profissionais que atuam no cenário assistencial é fundamental (CAVALCANTE *et al.*, 2022; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; SILVA; BARRETO; VASCONCELOS, 2012;).

5.3.2 Infraestrutura deficitária

Assim como na carência e sobrecarga de trabalho, desencadeando o adoecimento dos profissionais, a infraestrutura deficitária é outra consequência do baixo investimento em saúde, em especial no SUS. Esse tema apareceu com frequência na fala dos entrevistados deste estudo, como uma importante barreira para uma avaliação de qualidade (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

As questões relacionadas à ausência de um espaço seguro para observar e estimular a movimentação das trocas posturais da criança foram apontadas como barreiras para realizar a avaliação conforme preconizado. Em geral, os consultórios onde são realizadas as consultas de puericultura são padronizados, contando com uma maca, uma mesa onde se localiza o computador e duas cadeiras. No entanto, além desse fator, a falta de climatização (ou manutenção dos equipamentos de ar-condicionado) e a iluminação em excesso foram destacados por alguns profissionais como fatores que aumentam a irritabilidade da criança, prejudicando a avaliação.

Para avaliação de uma criança, são recomendadas especificidades no ambiente, com alguns recursos essenciais. Embora o formato ideal da sala para avaliação não venha descrito em nenhum manual, a orientação de avaliação dos marcos proposta na própria CC indica que são necessários brinquedos, espaço para que a criança possa mudar de posição em segurança, andar apoiando-se em alguma estrutura segura, dentre outros (BRASIL, 2022).

Em um estudo multicêntrico para avaliação do crescimento realizado pela OMS – *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) –, em 2006, foram analisadas 816 crianças entre 4 a 24 meses de vida em diversas localidades (Brasil, Gana, Noruega, Índia, Omã e EUA), a fim de contemplar a variabilidade étnica e uma maior gama de indivíduos em diferentes condições socioeconômicas. O objeto da pesquisa foi a avaliação mensal no primeiro ano e bimestral no segundo ano, para aquisição de seis marcos motores: sentar sem apoio, engatinhar, ficar em pé com apoio, andar com apoio, ficar em pé sozinho e andar sozinho. Nesse estudo, a avaliação desses componentes levou cerca de dez minutos e as famílias foram orientadas a manter o chão limpo, o ambiente calmo e disponibilizar em torno de três brinquedos para realização da avaliação (WHO, 2006).

Essa preocupação demonstrada no estudo da OMS chama a atenção sobre a necessidade de um ambiente adequado para avaliação da criança. Além disso, o conhecimento técnico do profissional, sobre quais marcos devem ser pesquisados em quais idades e como esses devem ser avaliados, é fundamental para garantir um exame de qualidade. A fala dos entrevistados demonstra que as unidades de saúde, padronizadas de acordo com o modelo de infraestrutura da clínica da família no Rio de Janeiro, não possuem ambiente e recursos para realizar uma consulta que tenha como um dos objetivos avaliar o desenvolvimento dos bebês além do crescimento antropométrico.

Em outro estudo, realizado em Salvador, em 2014, sobre o cotidiano das enfermeiras nas consultas de puericultura, foi demonstrada uma percepção das profissionais sobre uma inadequação da infraestrutura para realização desse perfil de consultas no que tange a espaço físico adequado, ausência de materiais e profissionais capacitados. Outros estudos corroboram essa percepção, demonstrando que a falta de infraestrutura impacta negativamente as consultas de puericultura, em especial no tocante à avaliação do DNM. Assim, deve-se considerar a falta de infraestrutura como fator de interferência na qualidade da avaliação do desenvolvimento motor (GÓES *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2019).

Por outro lado, quando o assunto é infraestrutura de informática, no município do Rio de Janeiro, segundo os dados do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2017, 100% das unidades apresentavam pelo menos um computador em condições de uso e todas possuíam acesso à *internet*, dados superiores à média nacional. Esses dados são de extrema importância, tendo em vista a ampla utilização do prontuário eletrônico no município, muitas vezes em

substituição à quase sempre ausente CC. Dessa forma, o prontuário eletrônico (e-SUS), disponibiliza uma espécie de lista de itens a serem avaliados de acordo com a idade da criança, o que torna o uso do computador fundamental nas UBS (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2022).

A avaliação de um ambiente lúdico e com os recursos necessários para avaliação do desenvolvimento dentro das UBS ainda é um assunto escasso na literatura, o que pode demonstrar uma baixa preocupação sobre o assunto, ou até mesmo uma secundarização desta carência, tendo em vista questões mais críticas como a pressão assistencial, por exemplo.

5.3.3 Necessidade de capacitação específica para a avaliação do DNM

A Residência em Saúde de Família, tanto médica quanto de enfermagem, tem sido demonstrada como ponto importante de qualificação para esses profissionais, conforme emergiu em muitas falas dos profissionais entrevistados. Percepção similar foi encontrada por Cavalcante *et al.* (2022), em entrevista a 31 egressos do programa de Residência Médica. Assim, como na amostra deste estudo, os profissionais apontaram que a formação da graduação é insuficiente para atuação no cenário da APS (CAVALCANTE *et al.*, 2022).

O conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre o desenvolvimento infantil já foi apontado como insuficiente por Figueiras, Puccini e Silva (2014), sendo mais evidente, segundo o estudo, nesses últimos. Tal achado foi corroborado pela percepção dos próprios profissionais em outros estudos citados pelos autores. Assim como as nossas entrevistas demonstraram, há a percepção da necessidade de treinamento específico para o tema. No entanto, não foi possível notar nenhuma diferença entre médicos e enfermeiros no que se refere aos acertos sobre aquisição dos marcos. Vale considerar, no entanto, que se trata de uma amostra pequena, o que, nesse caso, pode impactar o resultado (FIGUEIRAS; PUCCINI; SILVA, 2014).

Pfeilsticker *et al.* (2021) relataram, no entanto, que, para médicos, a residência em Medicina de Família e Comunidade parece ser um fator facilitador na proteção da saúde da criança no que concerne a frequência de consultas de acordo com o preconizado pelo MS. Entretanto, a literatura é escassa no que se refere à qualidade dessas consultas, em especial, quando se trata de assuntos não relacionados à mortalidade infantil (PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

Durante as entrevistas, nenhum dos profissionais demonstrou-se completamente seguro ao mencionar a data estimada para aquisição de cada marco questionado. Esse mesmo panorama foi encontrado em uma pesquisa realizada com enfermeiros que atuam em UBS, em Recife, que demonstrou a insegurança desses profissionais na avaliação do desenvolvimento, que, na maioria das vezes, ocorre de forma incompleta, sem a devida marcação na CC. Essa insegurança, além de não gerar a devida orientação aos cuidadores, ainda promove o atraso do encaminhamento para a atenção especializada, quando a situação recomenda (SANTOS *et al.*, 2021).

Outra pesquisa, realizada com médicos mineiros, apontou que 53% dos profissionais apontaram dificuldades com a avaliação neurológica no exame físico do recém-nascido, sendo a inabilidade para o exame físico relatada por 44% dos profissionais. Segundo o autor, tais dados reforçam que existe uma falha na educação médica e nos processos de educação permanente no que é relativo à saúde da criança, proporcionando um conhecimento aquém do que o necessário para um profissional da ESF. Logo, a capacitação específica para o tema, assim como apontado pelos participantes deste estudo, é de fundamental importância para preencher as lacunas nessa área de conhecimento. Nesse sentido, um programa de educação permanente que incorpore o conhecimento de médicos e enfermeiros de família ao apoio de outros especialistas, discussão de casos e atualização da prática clínica, com foco na resolução dos principais desafios enfrentados no cotidiano das consultas, é uma forma factível de melhoria da atenção à saúde infantil. Um modelo similar é utilizado em Portugal, que possui uma estrutura de APS similar à implantada no Rio de Janeiro e que tem sido reconhecido por sua eficiência e resolutividade, garantindo a integralidade na assistência (PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

Frequentemente, os participantes mencionaram que recorrem à caderneta e/ou ao e-SUS, pela dificuldade de memorização da fase de exame de todos os marcos motores. Essa não seria uma questão tão crítica, se a caderneta fosse distribuída de forma mais ampla. Segundo alguns dos entrevistados, desde 2016, ocorre o desabastecimento da CC, que é de competência do nível estadual, com ausência frequente do documento na alta da maternidade. Além disso, as unidades de saúde também não possuem o documento para distribuição. Nesses casos, os cuidadores recebem apenas cópias avulsas com as folhas de identificação, informações do parto e vacinas. Muitos profissionais da amostra estudada relataram a ausência da caderneta, inclusive, como um dificultador para o registro. Com isso, a ausência desse instrumento, mesmo com a utilização do prontuário eletrônico, demonstra a baixa

valorização e subutilização do instrumento pelos profissionais da APS fomentados por essa ausência no Estado do Rio de Janeiro (SILVA, 2022).

A nova caderneta e o prontuário eletrônico disponíveis no e-SUS possuem um roteiro para essa avaliação que, segundo os profissionais, direciona de forma adequada o exame da criança e tornou-se indispensável para as consultas de puericultura. No entanto, é frequente também a fala sobre a necessidade de mais informações sobre como deve ser realizada cada uma das consultas determinadas pelo MS. Os resultados apontados na pesquisa em relação à autopercepção dos profissionais sobre as lacunas na sua formação e no seu conhecimento sobre o DNM corroboram o que foi discutido em um estudo realizado com 45 enfermeiros atuantes na ESF. Essa investigação revelou que os profissionais demonstraram grande interesse em participar das oficinas de formação, pois reconheciam que seus conhecimentos nesse campo eram insuficientes, bem como entendiam a importância dessa atividade para uma melhoria no atendimento da criança e na avaliação do desenvolvimento. A literatura aponta um cenário parecido também com médicos pediatras, sobre a dificuldade na percepção de fatores de risco e na detecção de atrasos, o que demonstra a necessidade de um olhar que ultrapasse os parâmetros antropométricos no contexto do desenvolvimento infantil (REICHERT *et al.*, 2015).

Uma revisão integrativa apontou que a falta de capacitação dos profissionais que atendem as consultas na APS se deve ao fato de os médicos terem a formação de clínico geral e de os enfermeiros não terem especialização em Saúde da Criança. Na amostra deste estudo, no entanto, grande parte dos profissionais tinha especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública; porém, pela opinião da maioria dos entrevistados, havia uma lacuna no que se refere à saúde da criança e, especificamente DNM e, por isso, a necessidade de capacitação para uma avaliação mais completa. A razão apontada por Santos *et al.* (2021) para essa insegurança sobre as aquisições motoras é a falta de formação específica para saúde da criança e, especialmente, para o desenvolvimento (ARAUJO; GERZSON; ALMEIDA, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Esses achados são corroborados por alguns estudos nacionais que demonstram baixo conhecimento das questões relacionadas à vigilância do desenvolvimento. Com isso, uma consequência muito comum é a baixa orientação aos cuidadores sobre a estimulação adequada à faixa etária da criança e dificuldade de estabelecer a intervenção precoce especializada para os casos em que se faz necessária (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Sobre essa questão, Figueiras, Puccini E Silva (2014) realizaram um estudo com 221 médicos e enfermeiros da APS, no qual foi realizado um pré-teste para avaliação do conhecimento e dois pós-testes após as ações de capacitação, sendo um realizado imediatamente após e outro de um a três anos após o treinamento. Depois da ação educativa, o número de acertos sobre questões relacionadas ao desenvolvimento infantil aumentou significativamente, com retenção desse conhecimento, comprovada no segundo pós-teste. Além do conhecimento medido no teste, outros resultados foram impactados positivamente, como maior atenção à percepção dos cuidadores e aumento da conscientização sobre a importância da orientação parental sobre o desenvolvimento (FIGUEIRAS; PUCCINI; SILVA, 2014).

Vale ressaltar, no entanto, que o exame da criança ultrapassa o descrito da CC. Um exemplo de como alterações no desenvolvimento motor nos primeiros mil dias podem comprometer o desenvolvimento escolar está no refinamento na motricidade fina. Essa habilidade é fundamental para atividades como cortar papel e pegar no lápis, mas, também, escovar os dentes e fechar o zíper, e tem como alicerce a coordenação óculo-manual. A habilidade de segurar e empilhar cubos está relacionada a essa atividade, mas, mais precocemente ainda, as habilidades de levar as mãos à linha média e engatinhar são fundamentais nessa aquisição. Com isso, atrasos no surgimento desses marcos trarão prejuízos para o refinamento futuro da motricidade fina (COSTA; CAVALCANTE, 2019).

Apesar de ser uma habilidade importante para o desenvolvimento que se desdobrará em impactos na leitura e escrita, engatinhar e/ou arrastar não é um marco que conste na CC, o que reforça a necessidade de uma capacitação específica para os profissionais da saúde infantil. Com isso, não há uma “obrigatoriedade” na identificação dessa função, que acaba passando despercebida na consulta. Na amostra estudada, houve um grande índice de erros sobre essa habilidade, com apenas dois profissionais mencionando a idade correta para sua aquisição.

Alguns dos fatores relacionados à baixa qualidade da avaliação do desenvolvimento, como apontado por Beggs *et al.* (2005), referem-se à “desvalorização da avaliação do desenvolvimento como parte fundamental da consulta pediátrica, o despreparo profissional e o desconhecimento técnico da classe médica”. Essa mesma pesquisa relata a impressão dos pediatras australianos e neozelandeses sobre a defasagem do treinamento nas questões relacionadas à aquisição das habilidades motoras, que vai ao encontro de especialistas de

outros países, mostrando que a educação em saúde ainda tem muito a se desenvolver nesse campo (BEGGS *et al.*, 2005; LIAN *et al.*, 2003; ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

No entanto, existe uma potencialidade enorme que pode ser trabalhada na residência em Saúde da Família. Jantsch *et al.* (2022) analisaram 284.754 encaminhamentos realizados por 837 médicos com especialização em Medicina de Família, em uma área do Rio de Janeiro, em busca das diferenças nos perfis de referência para atenção especializada entre médicos com e sem especialização em Saúde da Família. A pesquisa apontou que os médicos de família encaminharam mais pacientes para serviços de oftalmologia, fisioterapia e reabilitação, dentre outros encaminhamentos, em relação aos outros profissionais. Em contrapartida, quando os médicos com residência em Saúde da Família eram os responsáveis pela consulta, o encaminhamento para metade das especialidades ambulatoriais diminuiu em mais de 50% (JANTSCH *et al.*, 2022).

Esses dados apontam, além da maior resolutividade da APS quando pode contar com profissionais especializados, que profissionais com especialização em Saúde da Família encaminham com maior frequência casos relevantes, seja por necessidade de equipamentos ou de especialistas em áreas diferentes, como é o caso da fisioterapia. O trabalho de Jantsch *et al.* (2022) indica, ainda, que condições prevalentes, como o manejo da dor crônica, são alvo de treinamentos específicos dos residentes, gerando maior resolutividade e satisfação. Dessa forma, uma capacitação mais assertiva sobre sinais de alerta na avaliação do desenvolvimento infantil e orientações sobre estimulação aos cuidadores poderia ser analisada para inclusão no currículo dos residentes, com treinamento específico, tendo em vista a deficiência apontada pelos entrevistados deste estudo. Afinal, aprender sobre as condições prevalentes ao desenvolvimento das crianças na APS, além de ajudar a aumentar a conscientização, também potencializa a capacidade de gerenciá-las (JANTSCH *et al.*, 2022).

Para além da residência, o mestrado profissional tem se configurado como uma importante formação para esses profissionais atuantes na APS. Essa modalidade de pós-graduação *stricto sensu* foi reconhecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes) em 1998, na época em que o MS começou a fomentar cursos desse tipo para profissionais que já atuavam nos serviços de saúde. Espera-se, portanto, que a produção de conhecimento nessa formação esteja relacionada às demandas institucionais e a serviço da sociedade e do Estado, com produtos que sejam transformadores da realidade e desenvolvimento de novas formas de translação de conhecimentos. Dessa

forma, busca-se, nesses programas, a ampliação de competência objetivando maior qualidade do trabalho, na formação de APS forte e resolutiva, contribuindo, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS (ENGSTROM, HORTALE; MOREIRA, 2020).

5.3.4 Ausência de apoio matricial

A falta de outras especialidades na UBS para discussão de situações, elaboração de plano terapêutico singular e matriciamento é um fator apontado pelos profissionais como um dificultador na avaliação infantil. Embora o MS recomende a presença de outros profissionais, por meio do apoio do NASF, essa não é uma realidade. Tanto na fala dos profissionais que participaram da pesquisa quanto nos dados sobre a reestruturação da atenção básica no Rio de Janeiro no período de 2017 a 2020, os NASFs foram praticamente desmontados. Somente após 2021, o quadro voltou a ser recomposto. Mesmo assim, o MS preconiza que, independentemente da presença do NASF, é atribuição da equipe da ESF realizar a identificação precoce de sinais do desenvolvimento atípico, bem como a busca ativa de casos no território, visando a oportunidade do início do tratamento o mais cedo possível (BRASIL 2016; FERNADES; ORTEGA, 2020; GIOVANELLA, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Ademais, o papel da ESF não termina com o encaminhamento da criança para atenção especializada. A atenção primária, como articuladora do cuidado, tem a função do acompanhamento conjunto dos casos do território, o que ultrapassa, inclusive, os muros das instituições de saúde, mas inclui a organizações comunitárias, escolares, de assistência social, religiosas e outras de relevância para a comunidade e para o desenvolvimento daquela criança (BRASIL, 2016).

Em relação ao desenvolvimento neuromotor, o NASF pode atuar diretamente na avaliação e no atendimento das crianças, para apoiar a decisão de encaminhamento para atenção especializada, evitando encaminhamentos desnecessários e reduzindo o tempo das filas, contribuindo para um encaminhamento de maior qualidade, otimizando o fluxo de referência e contrarreferência. É possível também a atuação conjunta do NASF e dos serviços especializados no acompanhamento de casos de maior complexidade. Além da atuação do médico pediatra, que pressupõe um maior conhecimento sobre as demandas da saúde infantil, o fisioterapeuta pode ser outro profissional com importante contribuição no processo. Levando em consideração que a construção do movimento e do desenvolvimento motor faz

parte da formação básica do fisioterapeuta, esse profissional poderia ter sua ação potencializada em busca de ampliar as possibilidades na identificação e intervenção nas alterações do desenvolvimento (BRASIL, 2016; PINHEIRO-RUBIM; ZANELLA; CHIQUETTI, 2021).

Outra atribuição que poderia ser auxiliada pelo NASF são os grupos temáticos. Nesses grupos, por exemplo, poderiam ser realizadas instruções sobre a saúde da gestante, estimulação de acordo com a faixa etária da criança, cuidados sobre posicionamento e alertas de situações comuns que podem colocar em risco o desenvolvimento motor. Além de ser uma ação educativa, tal atuação poderia ser também uma forma de compor uma rede de apoio e acolhimento para os cuidadores, por poderem compartilhar suas dúvidas, angústias e conquistas (BRASIL, 2016; PINHEIRO-RUBIM; ZANELLA; CHIQUETTI, 2021).

No entanto, conforme mencionado por um dos profissionais entrevistados, o que fazer em um grupo temático de puericultura não é ensinado, apesar de ser um dos indicadores cobrados pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, a falta de um local apropriado para um grupo formado por crianças pequenas e seus cuidadores é outro desafio a ser superado. Nesse sentido, o apoio matricial, por meio de um NASF bem estruturado, poderia auxiliar com a proposta de atividades correlacionadas ao contexto da comunidade, utilizando inclusive espaços fora da UBS. Afinal, essa dificuldade para o planejamento de atividades e execução dos grupos, como descreveram Pfeilsticker *et al.* (2021), já foi apontada em estudos anteriores, em que 41% dos médicos afirmaram não realizar grupos relacionados à puericultura (PFEILSTICKER *et al.*, 2021).

A ação do NASF, porém, deve considerar não só o apoio clínico assistencial, mas também a atuação educacional, promovendo ações de apoio pedagógico aos membros das equipes da UBS. No entanto, a atual configuração do NASF inviabiliza a presença do pediatra ou do fisioterapeuta nas consultas de puericultura, levando em consideração que cada equipe de NASF apoia, no mínimo, cinco equipes de ESF (BRASIL, 2016; PINHEIRO-RUBIM; ZANELLA; CHIQUETTI, 2021).

Entretanto, o NASF foi desmontado nos Governos Municipal e Federal anteriores, com o subfinanciamento, que praticamente extinguiu a presença desse importante apoio, não só no município do Rio de Janeiro, mas em todo o país. Com a retomada dos investimentos em saúde, o Governo Federal, por meio do MS, divulgou a Portaria 635/2023 que surge como uma expectativa de incremento tanto do apoio matricial como também do atendimento

individual e da integração da Rede de Assistência à Saúde. Nesse novo contexto, o NASF se torna equipe eMulti, com ampliação de profissionais, maior financiamento e, ainda, pagamento por desempenho, vinculado ao atingimento de metas, monitorado pelo SISAB. Com isso, espera-se uma forte retomada do olhar multiprofissional, com maior qualidade e resolutividade na APS, além de uma articulação mais eficiente e rápida com a atenção especializada (BRASIL, 2023).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O futuro que se desenha em um cenário repleto de fenômenos que impactaram gravemente a saúde é catastrófico. Com uma grave crise econômica, fome assolando a população, setores de saúde atendendo uma demanda muito acima do aceitável, , teremos uma geração inteira de crianças que não tiveram a devida atenção ao seu DNM, crianças que não desenvolveram a sua capacidade máxima, pois a grande janela de oportunidade da plasticidade cerebral se fechou e agora só podemos remediar os danos.

Uma geração que terá que lidar com ainda mais dificuldades para vencer a bolha da vulnerabilidade social e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. Uma geração a que ainda precisaremos garantir subsídios de inserção social, a que precisaremos garantir políticas públicas de acesso à renda, às cotas, à dignidade. Uma geração inteira que poderia ter recebido um pouco mais de atenção e, em algum tempo, estaria colhendo os louros do prometido “Brasil do futuro” como diria o velho jargão.

No presente estudo, constatamos que a APS ainda precisa avançar no que se refere à promoção do pleno desenvolvimento. Os profissionais envolvidos com a puericultura reconhecem sua carência de formação específica na área, representada pelo desconhecimento dos marcos do desenvolvimento infantil. Além disso, driblam barreiras estruturais com a saúde mental adoecida pela síndrome de *burnout*, ampliada pela desassistência ao SUS, que cobra metas inexequíveis de cuidado com a população.

O que muitas vezes é ignorado em políticas na ideologia neoliberal é que a lógica do trabalho em saúde, apesar das questões de infraestrutura, está baseada em relações, e tal fator é imaterial, subjetivo. Nesse sentido, considerar o trabalhador de saúde, seja ele médico, enfermeiro ou ACS, como um simples recurso, ignora completamente o seu componente ético-político e não apenas técnico, que afeta diretamente as relações de cuidado. Assim, sendo submetido à exigências de fazer mais com menos, o profissional precisa de uma criatividade que despende uma energia emocional e física que ultrapassa o necessário para uma relação saudável com o trabalho. Na saúde em geral, mas especialmente no SUS, é fundamental que a lógica não seja a produtividade, mas a defesa da vida em sua máxima potência.

Assim, a saúde da criança se fecha em uma visão de acompanhamento de dados antropométricos e ausência de doença. É preciso (e cobrado) que não se deixe morrer, mas

não é ensinado como ajudar a se desenvolver. Seja pelo acompanhamento do atingimento dos marcos, seja pela falta de orientação parental sobre o assunto. A vulnerabilidade da população assistida pelas APS é ampliada pelo subfinanciamento do SUS, que foi vilipendiado nos últimos anos.

Ainda pagaremos caro o abandono e a inação de ontem e hoje com as nossas crianças, com custos sociais altíssimos e que pesarão ainda mais para os mais pobres, que menos responsabilidade têm em toda essa engrenagem. O investimento traria lucro, mas, enquanto sociedade, optamos pelo caminho de construir um pseudocrescimento nada sustentável. Não adianta ampliar a APS sem investimento, sem capacitação, sem infraestrutura, sem condições de trabalho. Não adianta dizer que a cobertura da população atingiu altos percentuais, se a qualidade dessa cobertura ainda deixa a desejar, com profissionais cada vez mais adoecidos pela demanda populacional e gerencial para fazer o impossível.

O resultado desse estudo demonstra profissionais, em sua maioria, capacitados para APS, mas incapazes de estabelecer uma atenção de qualidade por falhas institucionais, que parecem estar recebendo agora um alento de melhora, conforme demonstram estudos recém-publicados. Mas ainda é cedo. E mais: é imperioso entender que os investimentos de saúde e educação, os que são mais relacionados à saúde infantil, não podem ser políticas de governo, restritas a um mandato de quatro anos. Essas são ações que devem ser políticas de Estado, que devem pautar o desenvolvimento nacional, guiar as demais ações. A Constituição já garante isso, o SUS já garante isso, a APS garante isso. O mundo já entendeu isso.

Ações de vigilância e cuidado com a primeira infância, dessa forma, não podem ser vistas como custo para a sociedade, mas sim como investimento para o desenvolvimento da nação. A conta do desenvolvimento deficiente da primeira infância tem como juros compostos, o impacto em toda uma geração e a manutenção das desigualdades com todos os problemas que as acompanham, como, por exemplo, maior custo social. Além de ser uma questão extremamente ética, proteger a infância e promover o desenvolvimento sustentável é uma questão estratégica e deveria estar no radar de todos os gestores públicos

Mas só teremos futuro ao garantir, além da alimentação de qualidade, vigilância plena ao desenvolvimento, que ultrapassa altura e peso, mas se expressa nas pequenas conquistas, a começar pelos marcos motores, e ajuda para alcançá-los quando algo não sair como pretendido. Só seremos o país do futuro se a educação, principalmente a da primeira infância, estiver comprometida e capacitada para ser a mola impulsadora do desenvolvimento. Só

seremos o país do futuro, se dermos condições para que nossas crianças possam atingir o ápice das suas próprias capacidades.

Finalmente, além do manual desenvolvido como produto desse estudo para auxílio durante a consulta de puericultura, na avaliação do desenvolvimento, elencamos algumas possibilidades de atuação para melhoria da avaliação do DNM. São soluções que se mostram factíveis e de baixo custo para implementação como: ações educacionais tanto para médicos e enfermeiros como para profissionais de creches, para ampliação do olhar sobre o desenvolvimento; parceria com o PSE para avaliação das crianças no ambiente da educação infantil; criação de grupo de teleconsultoria para discussão de casos de crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento, reduzindo o tempo de encaminhamento para atenção especializada. É possível fazer mais e melhor.

A melhora de ferramentas já existentes, também é uma forma factível de ampliar essa vigilância. Um bom exemplo é o s-SUS, que poderia ser programado para notificar o profissional em caso de atraso, a partir do preenchimento das informações do desenvolvimento, e permitir o acompanhamento dos encaminhamentos dessa criança. Seria uma forma de promover tanto a coordenação de cuidado, princípio básico da APS, de forma mais efetiva, como também de garantir a integralidade do atendimento dessa criança no itinerário terapêutico pelo SUS.

A APS é um potente motor que já funciona para proteção da vida da criança. Precisamos, no entanto, fortalecer sua atuação para a proteção do pleno desenvolvimento.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo refletem que persiste a falha em relação à vigilância do desenvolvimento infantil já amplamente relatada na literatura. Nesse sentido, reduzir a população adscrita e, conseqüentemente a pressão assistencial, recompor e ampliar as equipes mínimas e multiprofissionais, ampliar os investimentos em infraestrutura e realizar a capacitação específica para o desenvolvimento neuromotor, são medidas essenciais e necessárias para uma efetiva vigilância da saúde infantil.

Além disso, em virtude das mudanças relacionadas ao processo de investimento e gestão no SUS nos últimos anos e, mais especificamente na APS, mais estudos, com um número maior de participantes, são necessários, para avaliar o impacto das novas políticas na Saúde da Criança.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada entre duas ondas de COVID, o que impactou em demasia tanto a participação de unidades no estudo quanto a coleta de dados nas unidades participantes. Dadas as restrições de tempo e disponibilidade dos participantes em virtude do contexto pandêmico, a quantidade de participantes, apesar de aparentemente limitada, foi considerada satisfatória para os objetivos do estudo para obter uma compreensão acerca do tema. Tal amostra apresentou saturação dos dados e, a partir da análise realizada, as informações obtidas foram suficientes para identificar padrões, temas e compreender os desafios relacionados à avaliação do desenvolvimento durante as consultas de puericultura.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, A. L. G.; COUTO, M. C. V. A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 236-248, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E519>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- ALMEIDA, A. C. de *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil—Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>. Acesso em: 20 out. 2020.
- AMATO, C. A. H.; BRUNONI, D.; BOGGIO, P. S. (org). **Distúrbios do desenvolvimento** [eBook]. Estudos interdisciplinares. São Paulo: Memnon, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/32nLljO>. Acesso em: 27 out. 2020.
- AMORIM, A. R. A. *et al.* **Competência em leitura, escrita, aritmética e desempenho psicomotor em escolares**. Dissertação (mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). —Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://dspace.mackenzie.br/handle/10899/22746> Acesso em: 3 abr. 2020.
- ARAUJO, B. C.; GERZSON, L. R.; ALMEIDA, C. S. Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa. **Arch. Health. Sci.**, v. 27, n. 1, p. 56-60, jan.-mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1462>. Acesso em: 3 abr. 2020.
- ARAUJO, L. B. de *et al.* Avaliação neuropsicomotora de crianças de 0 a 5 anos em centros de educação infantil do ensino público. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 3, p. e12918, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921312918>. Acesso em: 5 abr. 2020.
- ARIAS, A. V. *et al.* Desenvolvimento das habilidades motoras finas no primeiro ano de vida. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 4, p. 544-554, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3rGe7gj>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200020>. Acesso em: 3 abr. 2020.
- BAILEY, D. B. *et al.* First experiences with early intervention: a national perspective. **Pediatrics**, v. 113, n. 4, p. 887-896, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.887>. Acesso em: 1 out. 2020.
- BARROS, F. C. *et al.* The Pelotas Birth Cohort Study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001 Estudo de coorte de nascimentos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2001. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1241-1256, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500003>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- BEGGS, S. *et al.* Developmental assessment of children: a survey of Australian and New Zealand paediatricians. **Journal of paediatrics and child health**, v. 41, n. 8, p. 444-448, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00664.x> Acesso em: 1 out. 2020.

BEGHIN, N. (colaboradora). O combate à fome de Vargas a Bolsonaro. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 29, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11545> Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 53, n. 45, 12 dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no45/view>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 597, de 08 de abril de 2004**. Institui em todo o território nacional os calendários de vacinação. Diário Oficial União, seção 1, p. 46-7, 12 abr. 2004. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0597_08_04_2004.html. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/em/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799> Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis**: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 5 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 Disponível em: <https://bit.ly/3l68XsZ>. Acesso: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3la8Tp1>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2U1fqgc>. Acesso em: 1 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança: menino: passaporte da cidadania**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2Mw==>. Acesso 22 mai. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso: 22 mai. 2023

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 mai. 2023.

CAMPOS, D. *et al.* Concordância entre escalas de triagem e diagnóstico do desenvolvimento motor no sexto mês de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 6. Porto Alegre: nov./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2223/JPED.1567> Acesso em: 3 out. 2020.

CARDOSO, K. V. V. *et al.* Desenvolvimento motor de bebês em intervenção parental durante a puericultura: série de casos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 172-178, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.590/1809-2950/12371922012015>. Acesso em: 26 jun. 2023.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 679-684, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>. Acesso: 26 jul. 2020.

CAVALCANTE, G. R. R. V. *et al.* Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 26, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210610>. Acesso em: 4 jul. 2023.

CLARK, H. *et al.* A future for the world's children?: A WHO–UNICEF–Lancet Commission. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 605-658, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1) Acesso em: 1 out. 2020.

CORREIA, L. L. *et al.* Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19 em Fortaleza, Brasil: fatores associados e padrão de uso por mães e crianças até 18 meses de idade. **Rev bras epidemiol.**, [s.l.], v. 25, p. e220036, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220036>. Acesso em: 31 mai. 2023.

CORREIA, *et al.* Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: A population-based study. **PloS one.**, v. 14, n. 11, p. e0215343, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215343>. Acesso em: 26 jun. 2023.

COSTA, A. G. dos S. da; CAVALCANTE, J. L. Desenvolvimento da motricidade fina em crianças com desnutrição crônica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 54-60, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1577>. Acesso em 10 abr. 2023

COSTA, E. F. *et al.* Pobreza familiar, desenvolvimento neuropsicomotor e brincadeiras de crianças de regiões insular e continental de Belém. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 179-186, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i2p179-186>. Acesso em: 1 out. 2020.

COSTA, P. *et al.* Activities of university extension for transfer of knowledge about child development in day care centers: eporto f experience. **Ver Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 53, p. e03484, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018020603484>. Acesso em: 7 jul. 2023.

COSTA, P. *et al.* Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. **Rev Bras Enferm** [s.l.], v. 71, n. 6, p. 2961-8, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0954>. Acesso em: 3 out. 2020.

CRESPI, L.; NORO, D.; NÓBILE, M. Políticas públicas para a primeira infância: fundamentos para a valorização do desenvolvimento neurobiológico infantil. **Educação Online**, v. 18, n. 42, p. e231808-e231808, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36556/eol.v18i42.1422>. Acesso em: 27 jun. 2023.

CUOGHI, H. F. *et al.* Currículo médico baseado em competência e especialização voltada à atuação na atenção primária à saúde. **Rev bras educ med.**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. e007, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20200571>. Acesso em: 4 jul. 2023.

DAVID, M. L. O. *et al.* Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 120-129, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jQbbKxVVQnWD3tGtvvg8JfL/>. Acesso em: 20 out. 2020.

CASTRO, J. de **Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

DELGADO, D. A. *et al.* Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n.1, p. 48-56, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18047027012020>. Acesso em: 20 out. 2020.

DENBOBA, A. D. *et al.* **Intensificando o desenvolvimento da primeira infância: Investindo na primeira infância com grandes retornos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014. Disponível em:

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/672591468329077347/pdf/929880PORTUGUE0CD0Oct20140PRT0FINAL.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

ENGSTROM, E. M.; HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F. Trajetória profissional de egressos de Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Município de Rio de Janeiro, Brasil: estudo avaliativo. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 1269-80, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30262019>. Acesso em: 6 jul. 2023.

FAO *et al.* **The state of food security and nutrition in the World 2021**: transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Roma: FAO, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cb4474en>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FARAGO, C. C.; FONFOCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. **Revista Linguagem**, v. 18, n. 1, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2UMsVhE>. Acesso: 27 jul. 2020.

FARIAS-ANTÚNEZ, S. *et al.* Food insecurity among families with infants born during the COVID-19 pandemic in Fortaleza, Northeast Brazil. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 42, n. 1, p. 14, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00354-w>. Acesso em: 31 mai. 2023.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Acesso em 22 abr. 2023

FERNANDES, P. T. S. *et al.* Desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos prematuros: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v. 16, n. 4, p. 463-470, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92954126010>. Acesso em: 3 out. 2020.

FIGUEIRAS, A. C. M. *et al.* Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 1691-1699, nov.-dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600013>. Acesso em: 3 out. 2020.

FIGUEIRAS, A. C. M.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M .K. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 132, n. 4, p. 211-8, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1324665> Acesso em: 7 jul. 2023.

FIGUEIRAS, A. C. *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, DC: OPAS, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2023.

FLEHMIG, I. **Texto e Atlas do Desenvolvimento Normal e seus Desvios no Lactente**. São Paulo: Atheneu; 2000.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce.

Rev Bras Fisioter, v. 8, n. 3, p. 239-45, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/3k7NXO8>. Acesso em: 1 out. 2020.

FRAGA, J. A. A.; VARELA, D. S. da S. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN**. [S. l.], v. 4, n. 1, p. 59–62, 2014. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/129>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FRÔNIO, J. S. *et al.* Estado nutricional e desenvolvimento motor grosso de lactentes entre seis e dezoito meses de idade. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.**, v. 21, n. 1, p. 30-38, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100004. Acesso em: 10 abr. 2023.

GAIVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, [s.l.], v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3eDCiFW>. Acesso em: 8 out. 2019.

GARCIA, F. L.; SOCAL, M. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 38, n. 5, p. e00219421, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen219421>. Acesso em: 4 jul. 2023.

GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2334-2342, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>. Acesso em: 22 mai. 2023.

GIOVANELLA L, Bousquat AEM, Mendonça MHM de, Fachini LA. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. **Cadernos Adenauer.**, v. 1, p. 111-131, 2023. Disponível em: <https://www.kas.de/pt/web/brasilien/einzeltitel/-/content/einhundert-tage-lula-iii>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GIOVANELLA L. Rede de Pesquisa em APS, Abrasco. **Política Nacional de Atenção Básica em contexto de restrição de direitos**. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Giovanella-CNS-fev-2020.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00178619, 2019. Disponível em: doi.org/10.1590/0102-311x00178619. Acesso em: 12 jun. 2023.

GÓES, F. G. B. *et al.* Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2808-2817, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>. Acesso em: 6 jun. 2023.

GOMES, C. B.; S, GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc**

saúde coletiva, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 1327-38, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 06 jul. 2023.

GRAEVER, L. Prefeitura do Rio de Janeiro. **Relatório de Gestão CAP 3.1**. 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177981/RGCAP3.1.p> Acesso em: 14 jun. 2023.

GRANTHAM-MCGREGOR, *et al.* INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT STEERING GROUP. Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries. **The Lancet**, v. 369, p. 60-70, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4) Acesso em: 24 abr. 2023.

HANUSHEK, E. A.; WOESSMANN, L. The role of cognitive skills in economic development. **Journal of economic literature**, v. 46, n. 3, p. 607-68, 2008. Disponível em: <https://stanford.io/3p4MP1v>. Acesso em: 3 out. 2020.

HECKMAN, J. J. Schools, Skills, and Synapses. **Economic Inquiry**, v. 46, n. 3, p. 289-324, 2008a. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2008.00163.x>. Acesso em: 24 abr. 2023.

HECKMAN, J. J. The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. *In*: FIRST FOCUS. **Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future**. Washington, DC: First Focus, 2008b, p. 49-58. Disponível em: <https://firstfocus.org/wp-content/uploads/2014/06/Big-Ideas-2008.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

HONE, T. *et al.* Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet Reg Health Am.**, v. 22, p. 100519, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100519>. Acesso em: 6 jul. 2023.

JANTSCH, A. G.; BURSTRÖM, B.; NILSSON, G. H. *et al.* Residency training in impact medicine and its impact on coordination and continuity of care: a ver analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. **BMJ Open**, v. 12, p. e051515, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051515>. Acesso em: 6 jul. 2023.

KIM, S. W. *et al.* Clinical Characteristics of Developmentally Delayed Children based on Interdisciplinary Evaluation. **Sci Rep.**, v. 10, p. 8148, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64875-8>. Acesso em: 27 jun. 2023.

KLEVEN, G. A.; BELLINGER, S. A. Developmental pathways of motor dysfunction. **Dev Psychobiol.**, v. 57, n. 4, p. 435-446, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/dev.21304>. Acesso em: 20 jun. 2023

LIAN, W. B. *et al.* General practitioners' knowledge on childhood developmental and behavioural disorders. **Singapore Medical Journal**, v. 44, n. 8, p. 397-403, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14700418/>. Acesso em: 1 out. 2020.

LIMA, A. M. P. *et al.* Evolução das políticas relacionadas à saúde da criança no âmbito da Atenção Primária Brasileira. **SciELO Preprints**; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4524>. Acesso em: 30 mai. 2023

LUZ, R. M. D. *et al.* Educational interventions in child development and health literacy assumptions: ver integrative review. **Rev Bras Enferm.**, [s.l.], v. 76, n. 1, p. e20220116, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116> Acesso em: 7 jul. 2023.

MACDONALD, M.; MCINTYRE, L. L. The relationship of age, early motor skills and observable child behaviors in young children with developmental delays. **Research in developmental disabilities**, v. 93, p. 103445, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103445>. Acesso em: 29 jun. 2023

MAGALHÃES, M. de L. *et al.* **Desafios da mortalidade infantil e na infância**. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/03.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2023.

MAIA, A. B. O. **Desenvolvimento neuropsicomotor: Importância da vigilância na atenção primária**. 2013. Dissertações (mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13271> Acesso em: 7 out. 2019.

MAUÉS, N. dos S. F. **Análise dos casos de tuberculose na área programática 3.1: uma contribuição para o cuidado da estratégia de saúde da família, no município do RJ**. 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) — Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9042>. Acesso em: 14 jun. 2023.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; TEIXEIRA; M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 12, p. 4593-8, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 6 jul. 2023.

MÉLO, T. R. *et al.* Sistematização de instrumentos de avaliação para os dois primeiros anos de vida de bebês típicos ou em risco conforme o modelo da CIF. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 380-393, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18026126042019>. Acesso em 10 jul 2023

MERCES, M. C. D. *et al.* Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 2, p. 474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020474>. Acesso em: 6 jul. 2023.

MIGUEL, P. M. *et al.* Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 61, n. 10, p. 1127-1133, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.14182>. Acesso em: 31 mai. 2023

MOLINI-AVEJONAS, D. R. *et al.* Atenção Básica como ordenadora do cuidado ao bebê de risco para alterações do neurodesenvolvimento. *In: CoDAS*, v. 30, n. 3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182017064>. Acesso em: 5 jun. 2023.

MORAIS, R. L. de S *et al.* Primeira infância e pobreza no Brasil: uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social. **Revista de Políticas Públicas**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 303-314, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p303-314>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00316920, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>. Acesso em: 26 jun. 2023.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD (2020). Connecting the Brain to the rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined: Working Paper No. 15. **Center on the Developing Child**. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/connecting-the-brain-to-the-rest-of-the-body-early-childhood-development-and-lifelong-health-are-deeply-intertwined/>. Acesso em: 20 out. 2020.

NAUDEAU, S. *et al.* **Como investir na primeira infância**: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. Tradução: Paola Morsello. Washington, DC: The World Bank, 2010; São Paulo: Singular, 2011. Disponível em: http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Como_Investir_na_Primeira_Infancia.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

PALOMBO, C. N. T. *et al.* Vigilância do desenvolvimento na primeira infância: aspectos conceituais para a prática na atenção primária à saúde. **Seven Editora**, p. 530-546, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-043>. Acesso em: 23 jun. 2023.

PFEILSTICKER, F. J. *et al.* Desafios no atendimento à saúde da criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Ver Bras Med Fam Comunidade**, [s.l.], v. 16, n. 43, p. 2634, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2634>. Acesso em: 2 set. 2023.

PINHEIRO, A. da S. *et al.* Insegurança alimentar em tempos de Pandemia do Covid-19 no Brasil: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e28411931809-e28411931809, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31809>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PINHEIRO-RUBIM, K. D.; ZANELLA, A. K.; CHIQUETTI, E. M. S. Vigilância do desenvolvimento motor de bebês: importância da inserção do fisioterapeuta na puericultura. **Fisioter Mov.**, v. 34, p. e34114, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/fm.2021.34114>. Acesso em: 26 jun. 2023.

RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 1 jun. 2023.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. II VIGISAN: Relatório final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

REICHERT, A. P. da S *et al.* Child development surveillance: Intervention study with nurses of the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 954-962, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636>. Acesso em: 21 jun. 2023.

RIBEIRO, D. G. **Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: fatores de risco e proteção**. 2010. 123 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/98408?show=full>. Acesso em: 7 out. 2019.

RIBEIRO, S. P. *et al.* O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 89-95, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/11451>. Acesso em: 6 jun. 2023.

RICHTER, L. M. *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 103-118, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(16\)31698-1/](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(16)31698-1/). Acesso em: 3 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 3.1**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?at_primaria/at_primaria_cobaps.def. Acesso em: 02 set. 2023.

SACCHI, A. L.; METZNER, A. C. A percepção do pedagogo sobre o desenvolvimento psicomotor na educação infantil. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 100, n. 254, p. 96-110, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i254.3804>. Acesso em 03 mar. 2023.

SANTOS, J. A. T. *et al.* Propriedades psicométricas da versão brasileira do Denver II: Teste de triagem do desenvolvimento. **Cien Saude Colet.**, [s.l.], mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.40092020>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SANTOS, N. M. *et al.* Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/302/338>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTOS, R. S.; ARAÚJO, A. P.Q. C; PORTO, M. A. S. Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: assessment instruments. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 289-299, jul./ago. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000400003>. Acesso em: 27 out. 2020.

SANTOS, R. S. dos *et al.* Agreement Between Alberta Infant Motor Scale Assessment and Maternal Perception of Motor Development in Full-Term Infants. **Developmental Neurorehabilitation**, v. 25, n. 6, p. 417-425, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17518423.2022.2052373>. Acesso em: 03 mar. 2023

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v. 12, p. e38, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/jspui/handle/123456789/14144>. Acesso em: 23 mai. 2023.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al.* A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 6, p. 2481–93, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15702021>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SILVA, A. C. D. da; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. de. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1881-1893, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104814>. Acesso em: 13 jun. 2023

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.fei.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>. Acesso: 27 jul. 2020.

SILVA, A. T. C. *et al.* Burnout among primary health care workers in Brazil: results of a multilevel analysis. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 94, n. 8, p. 1863-1875, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01709-8>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, C. V. S. R. da. **O processo de planejamento de uma proposta de intervenção educativa utilizando a Caderneta da Criança como ferramenta pedagógica para a qualificação profissional na Atenção Primária**. 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva MP) — Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18547>. Acesso em 01 ago. 2023

SILVA, M. M. *et al.* “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 6, p. 2109-18, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.00632021>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, R. C. F. da; BARRETO, V. H. L.; VASCONCELOS, E. M. R. Análise da capacidade de aliar ações padronizadas e singulares na APS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 13-19, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300003>. Acesso em 27 jul. 2023

TELLA, P. *et al.* Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 40, p. 232-240, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0008>. Acesso em 03 mar. 2023.

THORNTON, R. L. J.; YANG, T. J. Addressing population health inequities: investing in the social determinants of health for children and families to advance child health equity. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 35, n. 1, p. 8-13, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9803382>. Acesso em: 30 mai. 2023.

TOMAS, T. C. **Do outro lado da mesa**: a Síndrome de Burnout em médicos de família da APS. 2021. Dissertação (Pós-graduação em Saúde da Família) — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48543>. Acesso em 10 jun. 2023

TRACTENBERG, R. **O Design Instrucional e suas etapas**. Jan. 2020. Disponível em https://drive.google.com/file/d/1bmFXK_lsDgGd1VCKSwjvjcVNu6OMSQID/view. Acesso em: 28 ago. 2023.

VIEIRA, D. S. *et al.* Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. **Remex: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>. Acesso em: 06 jun. 2023.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do âmbito da rede cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801-821, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. Acesso em: 06 jun. 2023.

WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. WHO Motor Development Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. **Acta Paediatr.**, v. 450, p. 86-95, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02379.x> Acesso em: 27 out. 2020.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>. Acesso em: 3 out. 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

SEÇÃO I – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

EMAIL: _____ TELEFONE DE CONTATO: _____
 PROFISSÃO: _____ TIPO DE FACULDADE: (PÚBLICA OU PRIVADA). _____
 TEMPO DE FORMADO: _____ TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS: _____
 ESPECIALIZAÇÃO OU RESIDÊNCIA EM APS: () SIM () NÃO
 ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: () SIM () NÃO
 ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA: () SIM () NÃO
 Tem filhos? () SIM () NÃO Quantos? _____

SEÇÃO II – CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR

Informe em qual idade, em meses, a criança apresenta as seguintes aquisições motoras:

Controlar a cabeça _____	Unir as mãos na linha média _____
Rolar _____	Sentar sem apoio _____
Arrastar e/ou Engatinhar _____	Andar com apoio _____
Ficar em pé sem apoio _____	Andar sem apoio _____

Referência para período estimado para aquisição: BRASIL(2022); FLEHMIG (2000).

SEÇÃO III – PERCEPÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR

“Você utiliza algum instrumento para quantificar o desenvolvimento motor em crianças com menos de dois anos de idade? Caso a resposta seja positiva, qual?”

“Você se sente apto a aplicar o instrumento de avaliação do desenvolvimento que consta na Caderneta de Saúde da Criança na consulta de puericultura?”

“Você realiza as anotações na CC sobre o desenvolvimento neuromotor da criança?”

“Você sente alguma dificuldade para avaliar o Desenvolvimento Neuromotor da criança na consulta de puericultura? Caso a resposta seja positiva, qual, ou quais, seriam?”

“Caso não se sinta apto a avaliar esses aspectos, quais motivos que te levam a sentir essa dificuldade?”

“Quanto tempo você utiliza em cada consulta de puericultura? Quanto desse tempo é utilizado para avaliação do neurodesenvolvimento? Você classifica esse tempo como adequado?”

“Você avalia o desenvolvimento observando/estimulando a criança ou de acordo com a percepção do cuidador?”

“Na sua opinião, o local disponível para realização das consultas de puericultura é adequado para avaliação do desenvolvimento neuromotor?”

“Na sua opinião, é necessário um treinamento para uma adequada avaliação do desenvolvimento neuromotor?”

“Na sua opinião, qual a importância da avaliação do neurodesenvolvimento na consulta de puericultura?”

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Desafios na avaliação do desenvolvimento neuromotor nas consultas de puericultura na atenção primária à saúde” que tem como objetivos Os objetivos dessa pesquisa são descrever o perfil dos profissionais responsáveis pela puericultura, Identificar o conhecimento dos profissionais responsáveis pela puericultura sobre o desenvolvimento neuromotor, discutir os fatores apontados pelos médicos e enfermeiros responsáveis pela puericultura como dificultadores para avaliação do desenvolvimento neuromotor e, por fim, Elaborar uma cartilha de orientação voltada para os profissionais sobre avaliação e estimulação para o desenvolvimento infantil para ser distribuída aos profissionais da APS.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 2 meses, com início previsto para Outubro de 2021.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder as perguntas relacionadas ao assunto explicado acima. Sua resposta constará como sua participação em uma entrevista individual, quando será proposta uma questão com 8 itens sobre o desenvolvimento infantil e 10 perguntas disparadoras relacionadas às suas percepções sobre e avaliação do desenvolvimento neuromotor durante as consultas de puericultura. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não lhe acarretarão nenhum prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados àqueles inerentes a toda pesquisa que envolve humanos, como: quebra de sigilo pela perda de dados armazenados eletronicamente e desconforto dos participantes. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa e, para isso, o material escrito – proveniente da transcrição das entrevistas individuais-, será codificado a fim de impossibilitar a identificação da pessoa que respondeu. Além disso, as entrevistas individuais, bem como os áudios das entrevistas serão arquivados em dispositivo particular do pesquisador responsável (ex: HD externo), visando diminuir a possibilidade de perda ou captura inadvertida dos mesmos, para a preservação do caráter confidencial das informações zelando por sua privacidade.

Os benefícios relacionados à pesquisa referem-se à identificação precoce de atrasos do desenvolvimento motor, proporcionando orientação adequada aos cuidadores quanto ao estímulo adequado às necessidades da criança, ou, quando necessário, encaminhamento precoce à atenção especializada. Promovendo, assim, uma sentinela de maior acurácia para para o desenvolvimento infantil.

Rubrica do Participante: _____



Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora principal: Elizabeth da Cunha C. Picinini

Telefone celular: (21)98242-7985

email: fisiotirj@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 200 E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufr.br

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ - CEP: 20031-040 - Telefone:

2215-1485 email:

cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 ..

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisadora: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA

Ilmo Sr. Thiago Wendel,

Informo que a pesquisa intitulada *Desafios na avaliação do desenvolvimento neuromotor nas consultas de puericultura na atenção primária à saúde terá como cenário a Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, passível de extensão a outras unidades da AP.* A pesquisa será conduzida pelo *estudante de pós-graduação Elizabeth da Cunha C. Picinini*, sob orientação do *Profa. Dra Maria Catarina Salvador da Motta*, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): *Descrever e analisar fatores apontados pelos médicos e enfermeiros responsáveis pela puericultura como dificultadores para avaliação do desenvolvimento neuromotor e identificação precoce de atrasos.* A coleta de dados ocorrerá no período de *Setembro a Outubro* do de 2021 por meio de *entrevistas semi-estruturadas.*

Ressaltamos que os dados serão coletados somente após aprovação do Projeto de Pesquisa nos Comitês de Ética envolvidos e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta *coordenação*, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 09 de agosto de 2021.

Elizabeth da Cunha C. Picinini
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Informo que estou ciente que a pesquisa acima descrita será desenvolvida no setor, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Data:

THIAGO WENDEL G. DA SILVA
Coordenador
CAP 3.1
MME: 60/324.344-1

Thiago Wendel
Coordenador Geral de Atenção Primária – CAP 3.1

APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – UBS



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família Assis Valente, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, sob responsabilidade da pesquisadora Elizabeth da Cunha Carvalho Picinini, vinculada ao programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde – HESFA/UFRJ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuenta” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 16/08/2021

Carolina Santos Baptista

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

CF ASSIS VALENTE
Estr. das Canárias, s/n - Galeão
Rio de Janeiro - RJ, 21941-480
CNES: 6804209



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, sob responsabilidade da pesquisadora Elizabeth da Cunha Carvalho Picinini, vinculada ao programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde – HESFA/UFRJ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 28/05/2021

Lorena Goulart
COREN-RJ: 574039-ENF
Gerente
CF Aloysio Novis AP 3.1

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade