

Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil

Factors associated with neurodevelopment in children 6-18 months of age in public daycare centers in João Pessoa, Paraíba State, Brazil

Los factores asociados con el desarrollo neurológico en los niños de 6-18 meses presentes en guarderías públicas de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil

Ângela Cristina Dornelas da Silva ¹
Elyne Montenegro Engstrom ²
Cláudio Torres de Miranda ³

Abstract

This study aimed to determine the prevalence of altered neurodevelopment in children in public daycare centers in João Pessoa, Paraíba State, Brazil, and to analyze factors associated with child development. A cross-sectional study was conducted in a sample of children 6 to 18 months of age enrolled in daycare. Child development was assessed by the Denver II Screening Test. Biological, riabiles were studied with a questionnaire and form. Associations were adjusted using logistic regression. Altered development was present in 52.7% of the children and was associated with age > 12 months (OR = 4.3), vaginal delivery (OR = 4.4), neonatal phototherapy (OR = 7.9), and daycare centers not supported by the Family Health Strategy (OR = 2.9). The findings suggest that child development reflects the family's conditions and the care received from educational and healthcare services.

Child Development; Infant; Risk Factors; Child Day Care Centers

Resumo

O estudo objetivou verificar a prevalência de alteração no desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes inseridos nas creches públicas de João Pessoa, Paraíba, Brasil, e analisar fatores associados ao desenvolvimento infantil. Realizou-se um estudo seccional com o censo de crianças entre 6 e 18 meses de vida inseridas nas creches. O desenvolvimento infantil foi avaliado pelo Teste de Triagem de Denver II. Variáveis de natureza biológica, materna, social, demográfica e relativas à creche foram investigadas através de questionário e formulário. As associações foram ajustadas por regressão logística. A prevalência de alteração no desenvolvimento foi 52,7%. Associou-se à alteração no desenvolvimento a criança ter mais que 12 meses de idade (RC = 4,3), o parto vaginal (RC = 4,4), a fototerapia (RC = 7,9) e a creche não ter apoio da Estratégia Saúde da Família (RC = 2,9). Os achados sugerem que o desenvolvimento infantil é o reflexo das condições familiares, bem como da assistência recebida pelos serviços de educação e saúde.

Desenvolvimento Infantil; Lactente; Fatores de Risco; Creches

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
³ Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

Correspondência

A. C. D. Silva
Rua Bancário Waldemar de Mesquita Accioly 1345, apto. 103, João Pessoa, PB 58051-420, Brasil.
angeladornelas@yahoo.com.br

Introdução

O desenvolvimento infantil é processual, iniciando-se na concepção, e envolve aspectos como o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida ¹.

Este processo é complexo, resultado da interação do corpo geneticamente programado com o ambiente sociocultural no qual a criança está inserida. Na concepção de Piaget ² significa dizer que o processo de desenvolvimento individual tem uma origem biológica que, para alcançar todo seu potencial genético, necessita da experiência ou da ação sobre o meio e do contato social.

Nestas perspectivas, diversos fatores podem alterar o ritmo normal do desenvolvimento e, geralmente, são classificados em fatores de risco biológicos ou ambientais para o desenvolvimento infantil. Os fatores de risco biológicos são eventos pré, peri e pós-natais que resultam em danos à saúde e que aumentam a chance de comprometimento no desenvolvimento, como a prematuridade, a asfixia, o baixo peso ao nascer, dentre outros. As experiências adversas da vida ligadas à família, ao meio ambiente e à sociedade são consideradas como fatores de risco ambientais ¹.

Como espaços importantes do contexto da vida infantil, as creches se constituem como fator ambiental que pode influenciar o desenvolvimento das crianças. No Brasil, estudos têm revelado que muitas crianças que frequentam creches apresentam atraso no desenvolvimento ^{3,4} com maiores desvantagens para aquelas que frequentam creches públicas em relação às privadas ⁵.

Bernardino & Kamers ⁶ ressaltam que os cuidados oferecidos às crianças em creches se dão de forma coletiva, não levando em conta a singularidade de cada bebê, destacando que os cuidados generalizados, introduzidos a partir dos princípios higienistas, como a normatização dos horários de alimentação e sono, dentre outros, podem comprometer o desenvolvimento do bebê.

Bogus et al. ⁷ destacam que existe uma baixa exigência das mães de crianças que frequentam creches públicas, e que as mesmas valorizam mais os aspectos relacionados com alimentação, higiene e administração de medicamentos. Esta falta de exigência pode contribuir para a negligência ao estímulo ao desenvolvimento infantil no âmbito da creche.

Em relação às cuidadoras de creches, um estudo mostrou que, embora elas acreditem que

a principal influência venha do meio ambiente, subestimam seus papéis de promotoras do desenvolvimento dos bebês sob seus cuidados e se percebem como exercendo uma influência menor que as mães, mesmo passando de quatro a dez horas diárias cuidando dos bebês ⁸. Além disso, a execução das atividades das educadoras de creches muitas vezes é limitada pelas más condições de trabalho, principalmente no que diz respeito ao número reduzido de profissionais ⁷.

Portanto, a creche parece ter grande influência sobre o desenvolvimento de habilidades na infância, uma vez que a criança passa a maior parte do seu tempo sob os cuidados desta. A qualidade desta influência vai depender não apenas de normas e técnicas a serem seguidas mecanicamente pelos profissionais da creche. O desenvolvimento da personalidade da criança vai depender da disponibilidade interna dos educadores em contribuir para que a criança se torne um ser autônomo e independente no futuro.

Ademais, proporcionar o desenvolvimento infantil adequado é o que de mais importante pode se oferecer à espécie humana, pois contribui para o desenvolvimento de um cidadão mais apto a enfrentar as adversidades da vida, reduzindo-se assim as iniquidades sociais e econômicas da sociedade ¹. Compreender os fatores de risco envolvidos com os prejuízos ao desenvolvimento em diferentes populações constitui-se em uma preocupação da saúde pública e é o eixo condutor na construção das políticas públicas para a primeira infância.

Considerando que a inserção de bebês e crianças em creches tem se tornado uma realidade cada vez maior no Brasil, identificar os fatores associados ao desenvolvimento dessa população contribui de modo significativo no delineamento destas políticas e motivou o presente estudo, cujo objetivo foi conhecer a prevalência de alteração no desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes inseridos nas creches públicas em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, situado no Nordeste do Brasil, analisando fatores associados ao desenvolvimento infantil.

Métodos

De março a junho de 2012 foi realizado um estudo seccional com censo da população de crianças na faixa etária entre 6 e 18 meses que estavam matriculadas e frequentando os berçários dos Centros de Referência em Educação Infantil (CREI) da Rede Municipal de Ensino da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil (população elegível para o estudo), e suas respectivas mães (biológicas ou substitutas).

A identificação dos CREI com turmas de berçário foi realizada junto à Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC) de João Pessoa. As crianças de cada berçário foram identificadas em reunião com cada coordenador de CREI, momento em que eram pactuados aspectos operacionais do estudo (apresentação aos profissionais e gestores das creches, convite às mães, horário e local para avaliar as crianças e entrevistar as mães).

Os dados foram coletados por meio de: (a) questionário às coordenadoras dos CREI sobre recursos humanos e a rotina do berçário; (b) observação direta do berçário quanto ao espaço físico e disponibilidade de materiais e brinquedos; (c) informações da caderneta de Saúde da criança; (d) questionário às mães; (e) avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

A variável dependente (desfecho) para este estudo foi o desenvolvimento neuropsicomotor, avaliado pelo Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (Denver II) seguindo a metodologia estabelecida no manual de instruções sobre o uso do teste⁹. O teste, delineado para uso em crianças desde o nascimento até os 6 anos de idade, consiste em 125 itens, que são divididos em quatro áreas: (a) pessoal-social, (b) motor fino-adaptativo; (c) linguagem; (d) motor grosso. Cada item corresponde a uma prova para verificar a aquisição de uma determinada habilidade na criança. Os itens são registrados através da observação direta da criança e, para alguns deles, solicita-se que a mãe informe se o filho realiza ou não determinada tarefa.

As provas são aplicadas de acordo com a faixa etária da criança e é registrado se a mesma passa, falha ou recusa fazer a prova. Se a criança falhar ou recusar uma prova em que ela já passou da idade para realizar recebe um item de atraso. Se a criança falhar ou recusar fazer uma prova para a idade atual recebe um item de cautela.

A classificação do desenvolvimento infantil considera o resultado geral em todas as áreas testadas e os resultados são interpretados da seguinte forma: crianças com desenvolvimento normal são aquelas que apresentam no máximo um item cauteloso; crianças com desenvolvimento suspeito são aquelas que apresentam dois ou mais itens cautelosos e/ou apenas um item atrasado; crianças com desenvolvimento anormal são aquelas que apresentam dois ou mais itens atrasados.

As crianças nascidas prematuramente, antes das 37 semanas de gestação, e que tinham no teste até 12 meses de idade, tiveram as idades corrigidas a fim de impedir superestimativas de resultados suspeitos devido aos pré-termos¹⁰. A idade corrigida foi calculada, de acordo com o estudo de Volpi et al.¹¹, através da fórmula: Idade

corrigida (semanas) = Idade cronológica (semanas) – [40 - idade gestacional (semanas)].

As variáveis independentes foram de natureza biológica e de saúde relativas às crianças (peso ao nascer, uso de oxigenoterapia e fototerapia, hospitalização, histórico de doenças), de natureza materna (aspectos reprodutivos, intercorrências na gravidez, saúde mental) e de natureza social e demográfica (escolaridade materna e paterna, renda *per capita*, moradores por domicílio), selecionadas a partir de uma revisão sobre os fatores associados ao desenvolvimento infantil descritos na literatura, sendo a maioria delas avaliadas por meio de questionário elaborado para esta pesquisa. Características dos CREI também foram consideradas como variáveis independentes (recursos humanos, materiais, atividades de rotina, espaço físico, assistência da Estratégia Saúde da Família).

A saúde mental materna foi avaliada pela versão brasileira do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento recomendado pela Organização Mundial da Saúde para detectar prováveis casos de transtorno mental comum na comunidade. Neste estudo foi considerado o ponto de corte 7/8 para identificação de casos prováveis¹².

Os dados foram coletados por um grupo de 7 pessoas treinadas para uso dos instrumentos de pesquisa, sendo três terapeutas ocupacionais especializadas em desenvolvimento infantil e 4 estudantes de Terapia Ocupacional.

Os dados foram armazenados em um banco virtual, e alimentados por dois colaboradores. Foi realizada descrição exploratória das variáveis independentes através da frequência absoluta e relativa e/ou da média e desvio padrão para melhor caracterização da população estudada. Para estimar a prevalência de atraso no desenvolvimento examinou-se a frequência dos resultados do Denver II do seguinte modo: desenvolvimento normal (resultado normal no Denver II), e desenvolvimento alterado (soma dos resultados suspeitos com os anormais).

Nas análises bivariadas, a significância estatística das diferenças observadas foi avaliada pela análise de variância para comparação das médias e o teste qui-quadrado para comparação de proporções, considerando o valor de $p \leq 0,05$ como limite para a significância estatística e utilizando razão de chance (RC) bruta. Foi realizada análise de regressão logística múltipla ajustada, com estimativa da RC bruta e ajustada e intervalo de 95% de confiança (IC95%). As covariáveis (variáveis independentes) de ajuste foram selecionadas com base na associação com o desfecho; o nível de significância $p < 0,20$ foi utilizado para testar as variáveis no modelo e identificar

as variáveis de confusão e $p \leq 0,05$ para aceitar as associações de interesse e permanência no modelo final. Utilizou-se o modelo de regressão logística – *forward stepwise*, no qual as variáveis foram incluídas uma a uma no modelo a fim de identificar as variáveis de confundimento e ajustar para as variáveis significativas. Todas as análises (bivariadas e múltiplas) foram realizadas considerando os conglomerados (*cluster*: CREI) utilizando-se o pacote estatístico IBM SPSS versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

A pesquisa seguiu os critérios e exigências estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com aprovação em dezembro de 2011, cujo número do protocolo é nº 306/11.

Resultados

O estudo contou com a participação de 112 crianças e suas respectivas mães, distribuídas em dez creches que tinham turmas de berçário no momento da pesquisa. Considerando que havia 119 crianças elegíveis para o estudo, a perda de casos foi de 5,9% (por motivo de faltas à época do estudo).

Do universo estudado apenas sete crianças estavam sob a responsabilidade de mães não biológicas, dentre as quais duas crianças eram adotadas e cinco viviam com parentes (avó ou tia). Entretanto, todas as responsáveis que não eram mães biológicas declararam ter acompanhado a vida da criança desde a gestação e puderam fornecer dados do parto e do histórico neonatal. Nenhuma criança tinha diagnóstico de deficiência física e/ou sensorial, ou de transtornos do desenvolvimento.

Com relação às fontes utilizadas para obter dados do nascimento e do calendário de vacinação, dados de 35 (31,3%) crianças foram colhidos diretamente da caderneta de saúde da criança e das demais foram reportados pelas mães. Das 15 crianças que nasceram prematuras, apenas cinco necessitaram ter as idades corrigidas no momento da avaliação do desenvolvimento.

Quanto às condições de moradia, apenas uma família não tinha banheiro dentro da residência. Todas as casas tinham luz elétrica e água encanada, 92,9% das famílias tinham lixo coletado diretamente nas residências. Todas as casas possuíam televisão e 93,8% delas tinham geladeira funcionando.

A Tabela 1 apresenta as características sociais, demográficas e de saúde da população estudada. A média de idade das crianças foi 14,4 meses

($\pm 3,0$ DP) e a faixa de idade com maior número de crianças foi a de 12-18 meses. A proporção de meninos e meninas foi equivalente (50%).

A média de idade das mães foi de 28,4 anos ($\pm 7,2$ DP) e a faixa etária materna mais frequente foi a de 21-30 anos. Quanto à escolaridade, as mães tinham em média 8,3 ($\pm 3,4$ DP) anos de estudo e apenas 2 declararam ser analfabetas. 38,4% das mães concluíram ou cursaram alguma série do ensino médio e uma minoria concluiu ou cursou por algum período um curso de graduação (8,9%).

Quanto à escolaridade paterna, a média de anos de estudo foi de 7,6 ($\pm 3,9$ DP), e três pais foram declarados analfabetos pelas mães. 31,8% dos pais tinham ensino médio incompleto ou completo e 9,1% concluíram ou cursaram um curso de graduação.

A renda *per capita* familiar média, excluindo a menor e a maior renda, foi R\$ 253,43 ($\pm 164,49$ DP), sendo que a maioria das famílias tinha renda *per capita* de até 0,5 salário mínimo (75,9%).

Dentre as mães, 71,4% exerciam atividade remunerada, 61,6% residiam com marido e 25% eram casos suspeitos de transtorno mental comum.

Das 105 mães biológicas estudadas, observou-se que 96,2% destas realizaram acompanhamento pré-natal, com número médio de consultas de 7,9 ($\pm 3,2$ DP). Destaca-se ainda que destas, 24,8% relataram algum tipo de problema na gestação, principalmente a hipertensão arterial (7,6%) e 93,8% amamentaram ao seio.

Dentre os 112 nascimentos, 50,9% ocorreram através de parto vaginal. O peso ao nascer variou entre 1.775g e 4.900g com média de 3.235,32g ($\pm 578,929$ g DP), sendo que 9,8% das crianças nasceram com baixo peso e 13,4% foram prematuras.

A Tabela 2 apresenta os resultados do Denver II. A prevalência de crianças com alteração no desenvolvimento infantil foi de 52,7%. Ao analisar o desenvolvimento global em três categorias, nota-se que o percentual de crianças com resultado anormal (29,5%) permanece alto.

Dentre as áreas do desenvolvimento testadas, a área da linguagem apresentou mais provas com resultados de atraso (19,6%), seguida das áreas pessoal-social, motor grosso e motor fino adaptativo. Considerando como categorias “desenvolvimento normal” e “desenvolvimento alterado” (somatório dos resultados de cautela com os resultados de atraso) a área pessoal-social foi a mais comprometida (38,4%), seguida da linguagem (31,2%), da motricidade fina (29,5%) e da motricidade grossa (25%).

As Tabelas 3 e 4 apresentam variáveis estudadas e suas associações com o resultado do teste

Tabela 1

Distribuição de variáveis sociais, demográficas e de saúde na população de crianças inseridas em Centros de Referência em Educação Infantil e suas respectivas famílias. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2012.

Características sociodemográficas	Frequência	%
Idade da criança (meses) [n = 112]		
7-12	37	33,0
13-8	75	67,0
Idade materna (anos) [n = 112]		
15-20	12	10,7
21-30	63	56,2
31-40	29	25,9
41-49	08	7,2
Sexo da criança		
Masculino	56	50,0
Feminino	56	50,0
Escolaridade materna (anos de estudo) [n = 112]		
0-4	20	17,9
5-8	39	34,8
9-11	43	38,4
> 11	10	8,9
Escolaridade paterna (anos de estudo) [n = 66]		
0-4	17	25,8
5-8	22	33,3
9-1	21	31,8
> 11	6	9,1
Renda <i>per capita</i> familiar (salário mínimo) [n = 112]		
0,0-0,5	85	75,9
0,51-1,0	20	17,8
> 1	7	6,3
Mãe reside com marido [n = 112]	69	61,6
Mãe trabalha [n = 112]	80	71,4
Transtorno mental comum materno [n = 112]	28	25,0
Realizou pré-natal [n = 105]	101	96,2
Número de consultas pré-natal [n = 101]		
2-5	16	15,8
6 ou mais	85	84,2
Problema na gestação [n = 105]	26	24,8
Tipo de parto [n = 112]		
Vaginal	57	50,9
Cirúrgico	55	49,1
Peso ao nascer [n = 112]		
< 2.500g	11	9,8
≥ 2.500g	101	90,2
Prematuridade [n = 112]	15	13,4
Mamou no peito [n = 112]	105	93,8

de desenvolvimento infantil. Dentre as crianças 6,3% experimentaram a internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, 15,2% fizeram uso de fototerapia e 10,7% foram submetidas à oxigenoterapia. Em relação às imunizações,

20,5% das crianças estavam com calendário de vacinação atrasado.

No que tange às características dos 10 CREI, 7 tinham coordenadoras com formação em Pedagogia, 8 tinham berçaristas capacitadas e

Tabela 2

Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II de 112 crianças inseridas em Centros de Referência em Educação Infantil. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2012.

Resultados do Denver II	Frequência	%
Resultados em três categorias		
Normal	53	47,3
Suspeito	26	23,2
Anormal	33	29,5
Resultados por áreas testadas		
Pessoal-social		
Normal	69	61,6
Cautela	24	21,4
Atraso	19	17,0
Motor fino adaptativo		
Normal	79	70,5
Cautela	15	13,4
Atraso	18	16,1
Linguagem		
Normal	77	68,8
Cautela	13	11,6
Atraso	22	19,6
Motor grosso		
Normal	84	75,0
Cautela	9	8,0
Atraso	19	17,0
Resultado em duas categorias		
Normal	53	47,3
Alterado	59	52,7

apenas 2 tinham a relação berçarista/criança satisfatória (1 cuidador para 5 crianças). Quanto à rotina, metade dos CREI tinha o banho de sol como atividade diária, nove apresentavam espaço apropriado para as crianças ficarem no chão, três delas tinham mobiliário adequado para a alimentação das crianças e todos disponibilizavam brinquedos adequados para estimulação sensorial e motora.

Em relação à integração com a Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas 4 CREI contavam com apoio sistemático da ESF. As atividades desenvolvidas pela ESF nos berçários relatadas pelas coordenadoras foram: monitoramento das imunizações das crianças e atualização do calendário de vacinação, orientação quanto à higiene bucal para professores e auxiliares de creche e para as crianças, distribuição de escovas de dente, atendimento as solicitações dos profissionais de creche para situações específicas, como doenças dermatológicas e situações de emergência.

Na análise dos fatores associados ao atraso do desenvolvimento infantil, houve associação sig-

nificativa, na exploração bivariada, para as variáveis: idade da criança, tipo de parto, fototerapia, berçaristas capacitadas e CREI ter acompanhamento pela ESF.

A Tabela 5 apresenta as variáveis que após ajuste na regressão logística permaneceram associadas ao desenvolvimento infantil. Observa-se que os fatores que mostraram associação positiva com a alteração no desenvolvimento infantil foram: idade maior que 12 meses (RC = 4,3; IC95%: 2,4-7,4), parto vaginal (RC = 4,4; IC95%: 1,6-11,7), uso de fototerapia (RC = 7,9; IC95%: 1,6-38,8) e a creche não ter acompanhamento da ESF (RC = 2,9; IC95%: 1,3-6,7).

Discussão

A prevalência de alteração no desenvolvimento global entre os lactentes que estavam frequentando os CREI de João Pessoa foi de 52,7% e pode ser considerada alta quando comparada a de outros estudos em contextos de creches.

Tabela 3

Razão de chance (RC) bruta da associação entre variáveis sociais, biológicas e maternas e o desenvolvimento infantil (segundo Teste de Denver) da população de crianças inseridas em Centros de Referência em Educação Infantil. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2012.

Variáveis	Denver alterado (n)	Denver normal (n)	RC	IC95%	Valor de p
Idade da criança (meses) [n = 112]					
> 12	46	29	2,9	1,6-5,5	0,004
≤ 12	13	24	1,0		
Idade materna (anos) [n = 112]					
> 26	36	22	2,2	0,8-5,9	0,103
≤ 26	23	31	1,0		
Anos de estudo materno [n = 112]					
≤ 4	14	6	2,4	0,8-7,1	0,09
> 4	45	47	1,0		
Sexo da criança [n = 112]					
Masculino	32	24	1,4	0,6-3,5	0,39
Feminino	27	29	1,0		
Mãe reside com marido [n = 112]					
Sim	34	35	0,7	0,3-1,7	0,40
Não	25	18	1,0		
Mãe trabalha [n = 11]					
Sim	42	38	0,97	0,3-2,6	0,95
Não	17	15	1,0		
Mãe fez pré-natal [n = 105]					
Não	4	0	2,0	1,6-2,4	0,07
Sim	50	51	1,0		
Problemas na gestação [n = 105]					
Sim	13	13	0,9	0,3-2,4	0,86
Não	41	38	1,0		
TMC materno [n = 112]					
Sim	16	12	1,3	0,5-3,4	0,37
Não	43	41	1,0		
Tipo de parto [n = 112]					
Vaginal	37	20	2,8	1,0-7,5	0,04
Cirúrgico	22	33	1,0		
Peso ao nascer [n = 112]					
≥ 2.500g	52	49	0,6	0,1-3,4	0,52
< 2.500g	7	4	1,0		
Prematuridade [n = 112]					
Sim	8	7	1,0	0,2-4,9	0,97
Não	51	46	1,0		
UTI neonatal [n = 112]					
Sim	6	1	5,9	0,6-59,2	0,12
Não	53	52	1,0		
Usou oxigênio [n = 112]					
Sim	9	3	3,0	0,8-11,7	0,10
Não	50	50	1,0		
Usou fototerapia [n = 112]					
Sim	13	4	3,4	1,2-10,2	0,029
Não	46	49	1,0		
Aleitamento materno [n = 112]					
Não	6	1	5,9	0,3-11,0	0,20
Sim	53	52	1,0		
Vacinas atualizadas					
Não	16	7	2,4	0,8-7,3	0,09
Sim	43	46	1,0		

IC95%: intervalo de 95% de confiança; TMC: transtorno mental comum; UTI: unidade de terapia intensiva.

Tabela 4

Razão de chance (RC) bruta da associação entre as características dos CREI e o Desenvolvimento Infantil (segundo Teste de Denver) de 112 crianças. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2012.

Características dos CREI	Denver alterado (n)	Denver normal (n)	RC	IC95%	Valor de p
Área de formação do gestor					
Outras áreas	18	13	1,3	0,7-2,6	0,33
Educação	41	40	1,00		
Professor no berçário					
Não	22	21	0,9	0,3-2,5	0,83
Sim	37	32	1,0		
Relação berçarista/criança					
1/5	12	14	0,7	0,3-1,9	0,44
1/> 5	47	39	1,0		
Berçaristas capacitadas					
Sim	52	37	3,2	2,0-5,1	0,00
Não	7	16	1,0		
Mobiliário para as refeições					
Sim	18	13	1,3	0,7-2,6	0,33
Não	41	40	1,0		
Espaço no chão para brincar					
Sim	56	45	3,3	0,8-13,0	0,70
Não	3	8	1,0		
Banho de sol rotineiramente					
Não	40	36	0,99	0,45-2,2	0,99
Sim	19	17	1,0		
ESF acompanha CREI					
Não	50	37	2,4	1,2-4,9	0,02
Sim	9	16	1,0		

CREI: Centros de Referência em Educação Infantil. ESF: Estratégia Saúde da Família; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Em estudo semelhante, utilizando o Denver II, realizado em 37 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Vitória, Espírito Santo, com população de 101 crianças com idades entre 0 e 24 meses, a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento foi de 14,8%¹³.

Se comparado aos estudos com amostra representativa da população geral de crianças, não só com crianças inseridas em creches, observa-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam prevalências de alteração no desenvolvimento mais baixas em relação ao Nordeste.

Estudo conduzido na Região Sul do Brasil evidenciou prevalência de suspeita de atraso do desenvolvimento em 20,5% das crianças na faixa etária de 6 a 12 meses¹⁴, proporção bem inferior à verificada em outro estudo realizado em cidade do Nordeste (45,73%) com crianças entre 6 dias e 12 meses¹⁵.

A maior aproximação entre as prevalências encontradas no Nordeste pode se dever a maior

semelhança entre as populações estudadas. Ambas são usuárias de serviços públicos e provavelmente têm condições sociais, demográficas e culturais mais similares.

Em relação às áreas avaliadas pelo Denver II a área pessoal-social foi a mais comprometida, seguida da linguagem, da motricidade fina e da motricidade grossa. Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos com amostras de crianças inseridas em creches públicas, nos quais as áreas da linguagem e a pessoal social são as mais comprometidas^{16,17}.

Bradley & Vandell¹⁸ salientam que o desenvolvimento das crianças que frequentam creches é produto da interação das experiências da criança na creche com suas experiências na família e com as próprias características da criança. Compreendendo que as crianças inseridas em creches vivenciam mais estas atividades no período em que estão nestas instituições, o aumento da autonomia perante as atividades de autocui-

Tabela 5

Associação entre variáveis sociais, biológicas, maternas e da creche e alteração no desenvolvimento neuropsicomotor, expressa pela razão de chance (RC) ajustada por regressão logística e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2012.

Variáveis independentes	RC ajustada	IC95%	Valor de p
Idade da criança (meses)			
> 12	4,3	2,4-7,4	0,000
≤ 12	1,0		
Fototerapia			
Sim	7,9	1,6-38,8	0,016
Não	1,0		
Tipo de Parto			
Vaginal	4,4	1,6-11,7	0,008
Cirúrgico	1,0		
Acompanhamento do CREI pela ESF			
Não	2,9	1,3-6,7	0,015
Sim	1,0		

CREI: Centro de Referência em Educação Infantil; ESF: Estratégia Saúde da Família.

dado (higiene, alimentação e vestuário) depende, em grande parte, da estimulação ofertada pelos profissionais.

Neste sentido, é plausível supor que a grande quantidade de crianças cuidadas por apenas um auxiliar de creche, situação encontrada na maioria dos CREI, é condição prejudicial ao trabalho dos profissionais. Estes, por exemplo, ao invés de ensinarem as tarefas para as crianças, executam-nas por elas, para maior agilidade, a fim de darem conta da alimentação, higiene e vestuário de todas as crianças em um tempo compatível com as rotinas dos CREI. Somado a isto, a falta de mobiliário adequado reforça a atitude dos auxiliares de creche que se contrapõe ao incentivo da independência das crianças.

Da mesma forma ocorre com o desenvolvimento da linguagem. Estudo conduzido em creches públicas de João Pessoa constatou que os estilos linguísticos usados na interação entre educadores e crianças, no dia a dia, é predominantemente diretivo e que não se associa à promoção do desenvolvimento linguístico, comprometendo a linguagem expressiva das crianças¹⁹.

Belsky et al.²⁰, estudando os efeitos dos cuidados na primeira infância em crianças norte-americanas dos 2 aos 12 anos, concluíram que apesar da parentalidade ser mais forte e consistente preditor de desenvolvimento infantil, quando os cuidados oferecidos fora de casa têm baixa qualidade nos primeiros anos de vida, o desempenho das crianças em testes de vocabulário tem pontuações mais baixas em idades posterior-

es. Além disso, encontraram uma relação direta entre exposição à creche e problemas comportamentais nos alunos, que também influenciam a linguagem. Quanto maior a exposição mais problemas são apresentados.

Observou-se, no presente estudo, que a idade da criança, o tipo de parto, o uso de fototerapia e a presença de cuidados primários de saúde na creche tiveram associação direta com desenvolvimento infantil.

As crianças com idades maiores que 12 meses tiveram 4,3 vezes mais chances de apresentarem alteração no desenvolvimento do que crianças de até 12 meses de idade. Estudos conduzidos em diferentes locais utilizando o Denver II mostraram que a prevalência de atraso no desenvolvimento aumenta conforme aumentam as idades das crianças^{21,22}.

Uma possível explicação para estes resultados é que o desenvolvimento da criança se organiza dentro de uma situação social por meio da interação entre as capacidades da mesma, suas necessidades e desejos e as demandas e possibilidades do ambiente²³. Portanto, à medida que as crianças crescem seus repertórios neuropsicomotores como andar e manipular objetos vão se refinando²⁴ juntamente com o sentido da visão²⁵ dentre outros aspectos. Isso faz com que as crianças tenham maior interesse em explorar o mundo e conseqüentemente, demandem mais recursos materiais e maior estimulação das pessoas que convivem com as mesmas de forma a potencializar a interação com o ambiente.

Neste sentido, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) ²⁶ salienta que o desenvolvimento da criança se dá quando emerge na mesma o sentido de poder, ou seja, a sensação de conseguir influenciar acontecimentos e situações. Se esta sensação for incentivada pelas reações dos adultos, a motivação, a confiança e a competência são tendências que florescerão. Se, pelo contrário, não for reforçada ou se for ativamente desencorajada por uma reação negativa, estes aspectos essenciais do desenvolvimento psicológico poderão ficar comprometidos.

Por estes motivos o relacionamento entre os bebês e os pais ou as pessoas que lhes prestam cuidados primários é crucial para o desenvolvimento infantil. Assim, condições de restrição de estimulação ambiental podem limitar o potencial biológico da criança. Esta restrição pode estar relacionada à forma como os profissionais das creches e os familiares interagem com as crianças no cotidiano e como mediam o desenvolvimento infantil.

Na população estudada, caracterizada em sua maioria pela baixa escolaridade dos pais e baixa renda *per capita* familiar, é factível pensar que os pais têm baixa qualificação e ocupam funções no mercado de trabalho com baixas remunerações. Tal situação leva as famílias a se preocuparem com a sobrevivência dos seus membros, tendo pouca oportunidade de obter objetos que supram as necessidades do desenvolvimento das crianças, assim como pode comprometer a qualidade da interação com a criança nos momentos de convivência em casa. Neste sentido, quanto mais idade tiver a criança, maior será o tempo de exposição a fatores negativos para o desenvolvimento.

Quanto às condições de nascimento, crianças nascidas de parto vaginal tiveram 4,4 vezes mais chances de apresentarem alteração no desenvolvimento em relação às crianças nascidas de parto cirúrgico. Signore & Klebanoff ²⁷ compararam desfechos do parto cirúrgico planejado eletivo com o parto vaginal planejado e encontraram resultados que sugerem associação entre cesarianas planejadas e aumento da morbidade respiratória neonatal e lacerações, mas diminuição de lesão do sistema nervoso central e periférico nos bebês.

Cardoso et al. ²⁸ também compararam os efeitos dos tipos de parto na morbidade neonatal e materna e encontraram uma maior morbidade neonatal em recém-natos de parto por via vaginal, principalmente tocotraumatismos. No entanto, não houve diferença entre os grupos ao se tratar de afecções respiratórias e mortalidade neonatal. Já a morbidade materna foi maior em puérperas com parto cesariana.

Em contrapartida, Schoeps et al. ²⁹, em estudo caso-controle, mostraram que o tipo de parto não se associou à mortalidade neonatal e sim à ocorrência de complicações no parto, fosse este vaginal ou cirúrgico.

Neste contexto, pode-se especular que não é o parto vaginal *per se* que aumenta os riscos para o desenvolvimento infantil, mas sim as condições nas quais ocorreram os partos e possivelmente, a má condução clínica do trabalho de parto vaginal. Tal resultado denota a importância do pré-natal e a assistência ao parto e puerpério.

Outra condição que aumentou em 7,9 vezes a chance de a criança apresentar alteração no desenvolvimento foi o uso de fototerapia. Estes achados são compatíveis com a literatura quando consideramos que o uso da fototerapia na maternidade é indicado para tratar a maioria dos casos de hiperbilirrubinemia/icterícia e que os altos níveis de bilirrubina podem acarretar em déficits neurológicos e até a morte. A icterícia patológica pode se originar de condições como incompatibilidade sanguínea; anormalidades hepáticas, biliares ou metabólicas ou infecção ³⁰.

Estudo conduzido na Índia ³¹ evidenciou que a hiperbilirrubinemia nos dois primeiros dias de vida é preditora de desenvolvimento neuropsicomotor anormal aos seis meses de idade. Quanto maior o nível de bilirrubina no neonato, menor é o índice de desenvolvimento infantil aos seis meses ³².

Quanto aos CREI, naqueles que não tinham acompanhamento sistemático da ESF, as crianças tinham 2,9 vezes mais chance de apresentar desenvolvimento alterado, reforçando a relevância dos cuidados primários à saúde para promoção, prevenção e atenção à saúde das crianças e suas famílias.

Maciel et al. ³³ descreveram um projeto realizado dentro da concepção de Escolas Promotoras de Saúde ³⁴ e destacaram que as ações desenvolvidas foram de caráter preventivo e de cunho assistencial, como detecção de problemas de saúde e sinais de maus tratos à criança com encaminhamento para unidade básica de saúde e serviços especializados, além de palestras com alunos para incorporação de hábitos saudáveis e promoção da cultura de paz, a fim de capacitá-los a resolverem problemas pessoais e da comunidade. Concluíram que estas ações contribuem para a proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvimento.

Tais práticas parecem estar presentes também no trabalho dos profissionais da ESF nas turmas de berçário estudadas possibilitando acesso aos serviços de saúde e maior vigilância à saúde, destacando-se: monitoramento das

imunizações das crianças, prevenção de doenças bucais, orientação dos profissionais para a prevenção em saúde, atendimento aos problemas de saúde com resolução na atenção básica e encaminhamento para outros níveis de atenção quando necessário.

Por outro lado, as intervenções dos profissionais de saúde podem ter contribuído para que as famílias tivessem mais clareza a respeito do que poderiam fazer para melhorar a saúde das crianças e consequentemente o desenvolvimento das mesmas. De acordo com Silva et al.³⁵, quando a assistência dos profissionais da saúde se dá numa relação de confiança com a família pode promover a resiliência da mesma nos momentos de crises.

De modo geral, os achados desta pesquisa estão coerentes com o modelo teórico de determinação de suspeita de atraso no desenvolvimento proposto por Frankenburg et al.³⁶, que dentre vários fatores, considera as condições da criança ao nascer, morbidade na infância e a atenção à criança como fatores determinantes do desenvolvimento infantil.

Contudo, é importante salientar algumas limitações deste estudo. Embora a provisão de materiais e as atividades que compõem as rotinas dos berçários tenham sido pesquisadas, não foram avaliados os processos de interação entre cuidadores e/ou professores e crianças, assim como as formas de estimulação psicomotora adotadas. Estas informações colaborariam para uma maior explicação sobre o efeito da creche no desenvolvimento do lactente nas diferentes áreas testadas e podem ser objeto de estudos futuros. Também não foram avaliadas as condições em que ocorreram os partos para um maior esclarecimento da relação entre eles e o desenvolvimento infantil.

Em relação à validade do estudo, considerando que o mesmo tratou de um desfecho multicausal, medidas para garantir a validade interna foram tomadas: realizou-se censo da população; os pesquisadores receberam treinamento para uso dos instrumentos validados e/ou amplamente utilizados em pesquisas; o questionário foi elaborado a partir de uma vasta revisão bibliográfica. Também houve controle de confundimento em modelo ajustado, considerando a natureza multifatorial dos eventos estudados, sendo pequena a possibilidade de que as razões de chances ajustadas obtidas estejam distorcidas

por fatores de confundimento não considerados ou imprópriamente controlados.

Entretanto, apesar de a perda de amostras ter sido de apenas 5,9%, o censo se constituiu de um número pequeno de crianças, o que pode ter inviabilizado a identificação de fatores de risco de pequena magnitude e/ou baixa frequência na população. Portanto, a não detecção de associações estatisticamente significativas entre alguns fatores em estudo e a variável dependente não assegura que eles não exerçam alguma influência própria sobre o desenvolvimento infantil.

Quanto ao alcance desta pesquisa, as associações aqui encontradas têm suporte teórico nas suas relações sendo plausíveis estas interações. Considerando populações de crianças na mesma faixa etária estudada, que frequentam creches públicas no período integral e tenham semelhanças culturais e sociais, os resultados deste estudo pode se aplicar a elas. Contudo, são necessários novos estudos com abrangência maior da população infantil e desenhos longitudinais, para aprofundar a análise da relação entre os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento infantil.

Considerações finais

O desenvolvimento infantil é o reflexo das condições familiares, bem como da assistência recebida pelos serviços de educação e saúde. O atraso no desenvolvimento é um problema de saúde pública pela alta prevalência e relevância, pois compromete funções essenciais que interferem nas habilidades de aprendizado na infância e na vida adulta. O potencial perdido nem sempre é recuperável, mas pode ser evitado.

Neste sentido, políticas de saúde e educação devem considerar como grupo prioritário as crianças inseridas em creches, principalmente aquelas em piores condições socioeconômicas, com estratégias que contribuam não apenas para melhorar o acesso, mas a qualidade dos serviços ofertados por estas instituições.

Colaborar para o desenvolvimento pleno da criança é contribuir para que em idades futuras esta alcance maior autonomia para cuidar de si e de outrem, o que pode impactar tanto nos níveis de saúde da população, quanto na participação das pessoas no desenvolvimento e controle das políticas de saúde.

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de desarrollo neurológico alterado en los bebés presentes en guarderías públicas en João Pessoa, Paraíba, Brasil, y analizar los factores asociados con el desarrollo del niño. Se realizó un estudio transversal con el censo de los niños entre 6 y 18 meses de vida que se encontraban siendo cuidados en guarderías. El desarrollo se evaluó mediante la Prueba de Detección de Denver II. Variables biológicas, maternas, sociales, demográficas y relacionadas con el cuidado de niños se investigaron mediante un cuestionario. Las asociaciones se ajustaron mediante regresión logística. La prevalencia de un desarrollo anormal fue de un 52,7%. Asociado a un cambio en el desarrollo de los niños que tienen más de 12 meses de edad (OR = 4,3), parto vaginal (OR = 4,4), fototerapia (OR = 7,9) y no contar con el apoyo de una guardería en el ámbito de estrategia de salud familiar (OR = 2,9). Los resultados sugieren que el desarrollo infantil es un reflejo de las condiciones de la familia y el cuidado que recibe servicios de educación y salud.

Desarrollo Infantil; Lactante; Factores de Riesgo; Jardines Infantiles

Colaboradores

A. C. D. Silva contribuiu na concepção do manuscrito, organização das fontes de informação, redação do manuscrito. E. M. Engstrom colaborou na análise e interpretação dos resultados, e revisão crítica do manuscrito. C. T. Miranda participou na organização das tabelas, interpretação dos resultados e revisão do artigo.

Referências

1. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Bengugui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Piaget J. Psicologia e epistemologia: por uma teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Forense Editora; 1973.
3. Baltieri L, Santos DCC, Gibim NC, Souza CT, Battistella ACT, Tolocka RE. Desempenho motor de lactentes frequentadores de berçários em creches públicas. *Rev Paul Pediatr* 2010; 28:283-9.
4. Murta AMG, Lessa AC, Santos AS, Murta NMG, Cambraia RP. Cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização no desenvolvimento de crianças em creche. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2011; 21:220-9.
5. Santos MM, Corsi C, Marques LAP, Rocha NACF. Comparison of motor and cognitive performance of children attending public and private day care centers. *Braz J Phys Ther* 2013; 17:579-87.
6. Bernardino LF, Kamers M. A creche e o brincar: alternativas para a educação no primeiro ano de vida. *Estilos Clin* 2003; 8: 48-57.
7. Bogus CM, Nogueira-Martins MCF, Moraes DEB, Taddei JAAC. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. *Rev Nutr* 2007; 20:499-514.
8. Melchiori LE, Biasoli-Alves ZM. Crenças de educadoras de creche sobre temperamento e desenvolvimento de bebês. *Psicol Teor Pesqui* 2001; 17: 285-92.
9. Frankenburg KW, Dodds J, editors. Denver II: technical manual and training manual. Denver: Denver Developmental Materials Incorporation; 1990.
10. Halpern R, Barros FC, Horta BL, Victora CG. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 1:S73-8.
11. Volpi SCP, Rugolo LMSS, Peraçoli JC, Corrente JE. Aquisição de habilidades motoras até a marcha independente em prematuros de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)* 2010; 86:143-8.
12. World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Division of mental health. Geneva: World Health Organization; 1994.
13. Aguiar LCV, Reis LL, Furieri N, Nascimento RC, Neves Jr. JAS, Salles FLP, et al. Prevalência de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 06 a 24 meses. In: Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-graduação da Univap. http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00909_01O.pdf (acessado em 20/Mai/2013).
14. Veleza AA, Soares MCE, César-Vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32:79-85.

15. Cunha HL, Melo AN. Avaliação de riscos ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças: triagem utilizando-se o teste de Denver II e identificação de fatores maternos de risco. *Acta Cir Bras* 2005; 20:42-6.
16. Biscegli TS, Polis LB, Santos LM, Vicentin M. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. *Rev Paul Pediatr* 2007; 25:337-42.
17. Rezende MA, Costa OS, Pontes PB. Follow-up of the child's motor abilities in day-care centers and pre-schools. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 13: 348-55.
18. Bradley RH, Vandell DL. Child care and the well-being of children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:669-76.
19. Ramos DD, Salomão NMR. Interação educadora-criança em creches públicas: estilos linguísticos. *Psicol Estud* 2012; 17:15-25.
20. Belsky J, Vandell DL, Burhinal M, Clarke-Stewart KA, McCartney K, Owen MT. Are there long-term effects of early child care? *Child Dev* 2007; 78: 681-701.
21. Xie ZH, Bo SY, Zhang XT, Liu M, Zhang ZX, Yang XL, et al. Sampling survey on intellectual disability in 0-6 year-old children in China. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52:1029-38.
22. Brito CML, Vieira GO, Costa COM, Oliveira NE. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1403-14.
23. Vygotsky LS. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1987.
24. Coriat LF. *Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança*. São Paulo: Editora Centauro; 2001.
25. Prado TFA. Intervenção Visomotora na paralisia cerebral. In: Cury VCR, Brandão MB, organizadores. *Reabilitação em paralisia cerebral*. Rio de Janeiro: Medbook Editora; 2011. p. 81-94.
26. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *A transição dos cuidados na primeira infância*. Florença: Centro de Pesquisa Innocenti, Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2008. (Innocenti Report Card 8).
27. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008; 35:361-71.
28. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:27-35.
29. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França-Jr I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:1013-22.
30. Almeida MFB, Draque CM. Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas. Documento Científico. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. http://www.sbp.com.br/pdfs/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf (acessado em 15/Jul/2013).
31. Babu TA, Bhat BV. Predictors of abnormal neurodevelopment at 6 months in term babies with early neonatal hyperbilirubinemia. A prospective cohort study from South India. *Curr Pediatr Res* 2011; 15:93-5.
32. Babu TA, Bhat BV, Joseph NM. Association between peak serum bilirubin and neurodevelopmental outcomes in term babies with hyperbilirubinemia. *Indian J Pediatr* 2012; 79:202-6.
33. Maciel ELN, Oliveira CB, Frechiani JM, Sales CMM, Brotto LDA, Araújo MD. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:389-96.
34. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2007; 6 dez.
35. Silva MRS, Lacharité C, Silva PA, Lunardi VL, Lunardi-Filho WD. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18:92-9.
36. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro M, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89:91-7.

Recebido em 08/Jul/2014

Versão final reapresentada em 06/Fev/2015

Aprovado em 02/Mar/2015