



RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL SEGUNDO A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

RISK FOR CHILD DEVELOPMENT ACCORDING TO THE INTEGRATED ATTENTION STRATEGY TO THE PREVALENT ILLNESSES IN CHILDHOOD

RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO SEGÚN LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN LA INFANCIA

Isis Vanessa Nazareth¹, Inês Maria Meneses dos Santos², Ana Paula Oliveira Gonçalves³, Ester Sena Souza⁴

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores de risco socioeconômicos e ambientais para o desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos. **Método:** estudo descritivo, realizado em comunidade ribeirinha de Belém/PA/Brasil, com as mães e 50 crianças de 0 a 2 anos, com observação do ambiente e o emprego de formulário e ficha de avaliação do desenvolvimento infantil de acordo com critérios da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV/PA aprovou a pesquisa, protocolo nº 007/2009. **Resultados:** verificou-se que 34(68%) crianças apresentaram riscos relacionados à educação materna, 49(98%) estavam expostas a riscos relacionados a fatores ambientais, 40(80%) encontravam-se vulneráveis a riscos relacionados à condição precária de saúde, 15(30%) estavam suscetíveis a riscos relacionados às práticas inadequadas de cuidado e 7(14%) apresentavam manifestações clínicas de atraso no desenvolvimento. **Conclusão:** as crianças estão expostas a diversos fatores de risco, exacerbando a vulnerabilidade. **Descritores:** Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Objective: to examine the socio-economic and environmental risk factors for the development of children aged 0-2 years old. **Method:** a descriptive study done with a riverine community of Belém/Pará/Brazil, with mothers and 50 children aged 0 to 2 years old, with observation of the environment and the use of form and evaluation form of child development according to criteria of Integrated Diseases of Childhood. The Research Ethics Committee of FHCGV/PA approved the research protocol number 007/2009. **Results:** it was found that 34(68%) children had risks related to maternal education, 49(98%) were exposed to risks related to environmental factors, 40(80%) were vulnerable to risks related to the precarious condition of health, 15(30%) were susceptible to risks related to inadequate practices of care and 7(14%) had clinical signs of developmental delay. **Conclusion:** children are exposed to several risk factors, exacerbating the vulnerability. **Descriptors:** Child Health; Pediatric Nursing; Integrated Management of Childhood Illness; Child Development.

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores de riesgo para el desarrollo socio-económico y ambiental de los niños de 0-2 años. **Método:** se realizó un estudio descriptivo en la comunidad ribereña de Belém/PA /Brasil, con las madres y 50 niños y niñas de 0 a 2 años, con la observación del medio ambiente y el uso de la forma y el formulario de evaluación del desarrollo del niño de acuerdo a criterios de Integrated Enfermedades de la Infancia. El Comité Ético de Investigación de FHCGV/PA aprobó el protocolo de investigación número 007/2009. **Resultados:** se encontró que 34(68%) niños presentaron riesgos relacionados con la educación de la madre, 49(98%) fueron expuestos a riesgos relacionados con factores ambientales, 40 (80%) eran vulnerables a los riesgos relacionados con la precaria condición de salud, 15(30%) fueron susceptibles a los riesgos relacionados con las prácticas inadecuadas de cuidado y 7(14%) presentaron signos clínicos de retraso en el desarrollo. **Conclusión:** los niños están expuestos a varios factores de riesgo, lo que agrava la vulnerabilidad. **Descriptores:** Salud Infantil; Enfermería Pediátrica; Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia; Desarrollo Infantil.

¹Enfermeira, Pós-graduanda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Bolsista CAPES. E-mail: isisenfermagem@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. E-mail: inesmeneses@gmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará/UFPA. E-mail: anapaulaog@gmail.com; ⁴Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Estadual de Londrina/Uel. E-mail: estersenas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por temática “os fatores de risco socioeconômicos e ambientais para o desenvolvimento infantil em área ribeirinha da cidade de Belém-PA”.

O acompanhamento do desenvolvimento infantil, segundo a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), é um eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, pois é capaz de estabelecer condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas adequadas à cada idade, englobando questões sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais, em um processo contínuo de educação para a saúde.¹

De acordo com a Estratégia AIDPI o risco para o desenvolvimento infantil envolve diversos fatores que podem influenciar negativamente no desenvolvimento da criança. Eles são decorrentes da interação entre as características biológicas, como por exemplo, as doenças, e as experiências oferecidas pelo meio ambiente. Fatores adversos nestas duas áreas podem alterar o ritmo adequado do desenvolvimento.¹⁻²

No Brasil, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em 2010, 11% dos óbitos infantis, no primeiro ano de vida, foram ocasionados por doenças parasitárias e infecciosas. Outra informação diz respeito à situação nutricional, aproximadamente 6% das crianças menores de cinco anos estão em quadro de desnutrição, o que é preocupante. A vulnerabilidade nessa fase da vida, associada ao estado nutricional e às doenças, estão intimamente relacionada ao desenvolvimento físico-motor, definindo, assim, o estado de saúde de crianças.³⁻⁴

Dessa forma, a Estratégia AIDPI preconiza que a eficácia para um adequado desenvolvimento biopsicosocial da criança, é importante a interação do Estado, comunidade e família, caracterizando o chamado modelo ecológico para o desenvolvimento humano, onde cada esfera deste modelo possui determinantes do desenvolvimento integral da infância. O mesmo possui uma visão sistemática sobre a eficácia das diferentes situações ambientais, cada um influenciando de acordo com seus determinantes.¹

O Estado do Pará/Brasil caracteriza-se pela má distribuição dos recursos existentes e pelo baixo índice de desenvolvimento humano. A pobreza da população influencia diretamente

na qualidade de vida, a qual envolve condições de saúde, educação, habitação e saneamento. O subdesenvolvimento da região representa, segundo a AIDPI baseado no Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, um determinante de risco no desenvolvimento infantil.^{1,5}

Com respaldo na magnitude do problema e frente aos escassos estudos sobre o estado de saúde de crianças ribeirinhas no país, esta pesquisa objetiva verificar os fatores de risco socioeconômicos e ambientais para o desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos de idade.

MÉTODO

Estudo descritivo cuja amostra foi composta por mães e 50 crianças de 0 a 2 anos de idade, pertencentes às famílias moradoras de área ribeirinha da cidade de Belém/PA/Brasil.

Os critérios de inclusão adotados foram: residências onde habitassem crianças de ambos os sexos na faixa etária de 0 a 2 anos de idade, sem diagnóstico médico de doenças genéticas ou distúrbios metabólicos que comprometessem o desenvolvimento neuro-psico-motor, convivência em ambiente familiar, morador do bairro da Pratinha em Belém do Pará; os critérios de exclusão adotados foram: crianças com diagnóstico médico de doenças genéticas que comprometem o desenvolvimento neuro-psico-motor e aquelas com alterações neurológicas.

A estratégia de visita domiciliar foi utilizada para a coleta de dados em 50 domicílios, escolhidos ao acaso e condizentes com os critérios de inclusão. Utilizaram-se três (03) instrumentos de coleta de dados: o primeiro foi a observação do ambiente familiar com anotação criteriosa em um diário de campo da realidade estrutural da família. O segundo instrumento foi um formulário com perguntas dirigidas às mães para identificação sócio-ambiental, investigando a idade materna e infantil; o grau de escolaridade materna; o tipo de residência; o número de cômodos e de moradores no domicílio; saneamento básico; o tipo de água; o destino do lixo; o tipo de banheiro; a renda familiar; participação em algum programa social do governo; realização do pré-natal; o tipo de parto; presença de aleitamento materno exclusivo; atualização vacinal de seus filhos.

O terceiro instrumento foi a ficha de acompanhamento do desenvolvimento proposta pelo Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. Esta ficha propõe que a avaliação do desenvolvimento infantil deve seguir as

seguintes etapas: levantar informações com as mães ou responsáveis sobre fatores de risco para o atraso no desenvolvimento; identificar a percepção da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho; verificar a presença de alterações através do exame físico. Além disso, avaliou-se a postura, os comportamentos e reflexos, de acordo com a faixa etária da criança.¹

As crianças foram avaliadas em 32 marcos do desenvolvimento infantil, divididos por oito faixas etárias compreendendo períodos de 0 a 24 meses de vida (0-2, 4, 6, 9,12, 15, 18 e 24 meses). Durante a avaliação foram consideradas quatro áreas de observação: motora grossa, motora fina, linguagem e interação pessoal-social. A ausência no cumprimento de um só marco foi considerada desvio significativo, de acordo com a faixa etária da criança.

Os dados foram registrados em planilha do Microsoft Excel®. A análise e discussão dos dados fundamentaram-se nos conceitos da AIDPI, que tem como base o modelo ecológico do desenvolvimento humano, o qual parte da concepção ecológica de que diferentes ambientes (micro e macrosociais) interatuam. Nesta visão, os ambientes estão representados pelo Estado, a Comunidade e a Família, cada um com suas normas e valores. O Estado através de formulação de políticas. A Comunidade, através de seus modelos de organização e participação. Finalmente a Família em seu papel transcendente de proteção, cuidado e satisfação das necessidades imediatas da infância.¹

Em respeito às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas - CONEP, presentes na resolução do Conselho Nacional

de Saúde 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana-Pará (FHCGV/PA), tento parecer aprovado, sem ressalvas, sob protocolo nº 007/2009. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo ao participante.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das participantes do estudo, apresentadas na tabela 1, revelam que a maioria das crianças possuía de 19 a 24 meses de idade (34%) e a maior parte das mães encontrava-se na faixa etária de 21 a 30 anos (50%), seguida da faixa etária de 11 a 20 anos (40%).

Em relação à escolaridade, houve maior frequência de mães com baixo nível de educação escolar (62%), caracterizado pela não conclusão do ensino fundamental, sendo 6% analfabetas. Observa-se que todas as famílias enfrentam dificuldades financeiras, a maioria (70%) sobrevive com uma renda mensal inferior a um salário mínimo, 28% das famílias possui renda de um salário mínimo e apenas 2% referiu uma renda mensal maior que um salário mínimo. Ressalta-se que as famílias com rendimento mensal inferior a um salário mínimo, recebem complementação através do Programa Bolsa Família do Governo Federal (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo características sócio-demográficas. Pratinha/Belém/PA, 2009

Características	n	%
Faixa etária das crianças (meses)		
0 a 6 meses	16	32
7 a 12 meses	10	20
13 a 18 meses	7	14
19 a 24 meses	17	34
Total	50	100
Faixa etária das mães (idade)		
11 a 20	20	40
21 a 30	25	50
31 a 40	4	8
41 a 50	1	2
Total	50	100
Escolaridade das mães		
Analfabeto	3	6
Fundamental incompleto	31	62
Fundamental completo	8	16
Médio incompleto	5	10
Médio completo	3	6
Total	50	100
Renda familiar		
< 1 salário mínimo*	35	70
1 salário mínimo	14	28
> 1 salário mínimo	1	2
Total	50	100

*Renda complementada pelo Programa Bolsa Família do Governo Federal. Fonte: Formulário Pratinha - Belém - PA, 2009

Em relação às características ambientais, a maioria das famílias vive em casa de madeira (90%) dividindo um cômodo com duas a quatro pessoas (52%) e 22% das residências variam de 2 a 4 cômodos ocupados por até 7 pessoas. Destaca-se ainda, que a maior parte das

residências (74%) não possui saneamento básico, assim como ausência de banheiro interno. Quanto à água utilizada para consumo, 38% das famílias não realizava nenhum tipo de tratamento da mesma (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo características ambientais. Pratinha/Belém/PA, 2009

Características	n	%
Tipo de moradia		
Madeira	45	90
Alvenaria	5	10
Total	50	100
Nº de cômodos por moradores		
1 cômodo / 2 a 4 moradores	26	52
2 a 4 cômodos / 5 a 7 moradores	22	44
5 a 6 cômodos / 8 a 9 moradores	1	2
6 a 7 cômodos / 14 a 16 moradores	1	2
Total	50	100
Saneamento Básico		
Sim	13	26
Não	37	74
Total	50	100
Água para consumo		
Ferve	8	16
Côa	13	26
Hipoclorito	5	10
Filtra	5	10
Não trata	19	38
Total	50	100

Fonte: Formulário Pratinha. Belém (PA), 2009

A tabela 3 apresenta os dados relacionados aos acontecimentos pré-natal, natal e pós-natal. Verificou-se que houve prevalência de mães (86%) que realizaram o pré-natal e que tiveram parto vaginal (70%). A ocorrência de problemas durante a gravidez, como pré-eclâmpsia, dispnéia, dor lombar edema nas pernas, apresentou frequência de 24%.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo (AME), identificou-se que apenas 38% das

crianças permaneceram em AME até os 6 meses de idade. Casos de diarreia e vômitos nos seis primeiros meses de vida foram frequentes em 16% e 14% das crianças, respectivamente. Em relação à vacinação, 64% das crianças apresentou esquema vacinal atualizado (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição segundo o perfil materno-infantil/Pratinha/Belém/PA, 2009

Perfil	Idade (meses)				Total	
	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	n	%
Mãe realizou pré-natal	14	10	7	12	43	86
Mãe apresentou problemas gestacionais	5	1	4	2	12	24
Nasceu de parto vaginal	10	9	3	13	35	70
Permaneceu em AME*	8	5	3	3	19	38
Quadro diarreico nos 6 primeiros meses de vida	1	2	2	3	8	16
Quadro de vômitos nos 6 primeiros meses de vida	2	1	1	3	7	14
Apresenta esquema vacinal atualizado	13	7	2	10	32	64

*Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade. Fonte: Formulário Pratinha. Belém (PA), 2009

A tabela 4 demonstra os fatores de riscos para o desenvolvimento infantil, analisados de acordo com os critérios da AIDPI, que tem como base o modelo biológico do desenvolvimento humano e seus determinantes.

Dentre os riscos observados, houve prevalência de riscos ambientais (98%), riscos inerentes aos reduzidos recursos socioeconômicos (92%), riscos relacionados às condições precárias de saúde das crianças

(80%) e riscos associados ao baixo nível de escolaridade materna (68%). Durante a visita observou-se que 20% das mães demonstraram reduzido interesse nas questões que envolviam o desenvolvimento dos seus filhos, 30% delas tinham práticas inadequadas de cuidados com a criança e 34% relataram pouca ou nenhuma interação com seus filhos.

Tabela 4. Distribuição segundo os fatores de riscos observados durante a visita domiciliar - Pratinha/Belém/PA, 2009

Riscos identificados	Idade (meses)				Total	
	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	n	%
Baixo nível de escolaridade materno	14	6	5	9	34	68
Meio ambiente	9	11	15	14	49	98
Condições precárias de saúde	4	7	10	19	40	80
Práticas inadequadas de cuidado	2	3	4	6	15	30
Falta de recursos sócio-econômico	14	10	7	15	46	92
Falta de estímulos adequados	3	3	3	8	17	34
Pouco interesse materno no desenvolvimento da criança	3	3	0	4	10	20

Fonte: Formulário Pratinha. Belém (PA), 2009

A tabela 5 mostra o perfil de avaliação do desenvolvimento da criança de acordo com a ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil aplicado pelas pesquisadoras e segundo a opinião materna. A análise dos dados colhidos através da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

revelou que 14% das crianças não demonstraram um potencial pleno de desenvolvimento. No entanto, a avaliação das crianças, realizada pelas próprias mães, demonstrou que 10% destas julgaram existir algum déficit de desenvolvimento em seu filho.

Tabela 5. Distribuição segundo avaliação do desenvolvimento da criança pelo pesquisador e pela mãe, Pratinha/Belém/PA, 2009.

Avaliação	Idade (meses)				Total	
	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	n	%
Avaliação materna: criança sem pleno desenvolvimento	1	0	2	2	5	10
Avaliação materna: criança com pleno desenvolvimento	15	10	5	15	45	90
Avaliação do pesquisador: criança sem pleno desenvolvimento	1	2	1	3	7	14
Avaliação do pesquisador: criança com pleno desenvolvimento	15	8	6	14	43	86

Fonte: Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. Pratinha, Belém (PA), 2009.

DISCUSSÃO

Estudos revelam que a escolaridade materna acarreta uma situação de vulnerabilidade nas crianças na primeira infância, visto que o tempo de estudo está intimamente relacionado às habilidades cognitivas que a mãe utiliza para estimular seus filhos. Entende-se que a escolaridade das mães condiciona as chances de escolarização de seus filhos e a própria ambiência cultural da família⁶⁻⁷. O presente estudo apóia-se nesse pressuposto, onde o nível de escolaridade materno atua de maneira a afetar as práticas de cuidado e transformar o ambiente físico e social da criança, influenciando em seu desenvolvimento.⁷

Quanto renda familiar baixa, constata-se que no Brasil, em 2012, são consideradas abaixo da linha da pobreza aquelas famílias que possuem uma renda inferior a setenta reais per capita por mês. Um número significativo de famílias, no cenário estudado, possuía renda inferior a um salário mínimo (70%) e recebiam ajuda do Estado pelo do Programa Bolsa Família. Este é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de extrema pobreza em todo o País e tem como foco de atuação os

dezesseis milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a setenta reais mensais.⁸⁻⁹

Refletindo sobre essa realidade, a situação de extrema pobreza familiar pode gerar a inserção precoce de crianças no mercado de trabalho introduzindo-lhes um senso de responsabilidade fora de seu tempo.

Em relação à idade materna, uma quantidade relevante das mães (40%) possuía entre 11 e 20 anos de idade, o que nos faz pensar em início precoce da atividade sexual. Na concepção da AIDPI baseado no modelo ecológico do desenvolvimento humano, ter filhos na adolescência significa um risco social para o desenvolvimento da criança, pois mães adolescentes quando comparadas à mães adultas, interagem quantitativamente menos com seus filhos, são menos sensíveis às necessidades do bebê, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a olhar e variar as expressões faciais com menor frequência, respondem menos contingentemente ao comportamento dos filhos, mantêm laços afetivos mais tênues, são frequentemente mais inexatas em suas estimativas acerca das idades em que um bebê típico atinge os estágios comuns de

desenvolvimento, enfrentam maior estresse, são menos sensíveis, menos pacientes e comunicativas e frequentemente não interpretam bem as necessidades de seus filhos.^{1,7,10}

Percebe-se que a maioria das crianças reside em casas com apenas um cômodo (52%), dividindo o espaço com até quatro pessoas, o que favorece um cotidiano multifacetado, marcado por conflitos e circunstâncias constrangedoras. Casos como estes, cujas famílias são numerosas e que convivem em reduzidos espaços habitacionais, determinam diluição da renda e conseqüente instabilidade social. Ressalta-se ainda, que as crianças estão expostas a insalubridade, visto que a maioria dos domicílios não possui janelas, impedindo ventilação adequada e penetração da luz solar, fatores de riscos para agravos de doenças respiratórias.¹⁻²

Em relação ao saneamento básico, definido pela presença simultânea de rede geral de abastecimento de água e de esgoto, identificou-se que a maioria das famílias (74%) sobrevive sem esse serviço urbano. Além disto, a situação se torna agravante, devido ao despejo nas margens do Rio Guamá do esgoto doméstico. A contaminação das águas se soma a proliferação de insetos e roedores que atuam como vetores de doenças infecto-parasitárias, gerando situações prejudiciais à saúde e de risco ambientais iminentes ao desenvolvimento das crianças moradoras da área, segundo a AIDPI baseado no modelo ecológico do desenvolvimento humano.^{1,11}

Dentre os serviços urbanos de saneamento básico, no entanto, o esgotamento sanitário é o que apresenta os maiores problemas no que se refere à abrangência e à qualidade do atendimento em áreas ribeirinhas. Nestes locais, é comum o lançamento de esgoto doméstico diretamente em valas, rios, lagos ou no mar.^{5,11}

Verificou-se ainda que quantidade significativa das mães não realizavam nenhum tipo de tratamento da água consumida pela família (38%), o que torna a criança vulnerável à doenças de veiculação hídrica e infestação de doenças parasitárias. Durante as visitas uma mãe relatou que um de seus filhos (8 anos) teve uma “crise de verme”. No relato a mãe informou que a criança expelia vermes pela boca, nariz e ânus. Sendo o problema comum na comunidade, é cultural as mães oferecem para as crianças chá de casca da copaíba (fruto regional) para solucionar o problema.

As parasitoses intestinais representam um grave problema de saúde pública dos países subdesenvolvidos e estão intimamente

relacionadas às condições sanitárias. Sua presença está constantemente associada à carência de saneamento básico e falta de higiene. O déficit nutricional por parasitoses intestinais em crianças pode resultar em efeitos negativos no desenvolvimento normal, principalmente em relação ao aprendizado.¹²

Existem índices que apontam a diminuição de doenças parasitárias no Brasil nos últimos anos¹²⁻¹³. Surge então um questionamento: Quantos casos como o citado acima não são notificados, mascarando os índices das doenças infecto-parasitárias em crianças?

Infelizmente nenhuma das famílias participantes desse estudo recebia visita de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e somente procuravam atendimento de saúde quando ocorriam sintomas de doença, o que dificulta as orientações para promoção da saúde.

Frente essas adversidades é relevante uma rotina de educação em saúde eficiente e atuante para transferir para as mães, com linguagem acessível, informações precisas no que se refere à higiene, tratamento da água, manutenção de um ambiente adequado para a criança, orientações para prevenção dos agravos, minimizando a ocorrência de problemas de saúde altamente preveníveis.¹⁴

No estudo verificou-se que apesar da maioria das mães ter realizado pré-natal (86%), 14% delas não foram acompanhadas durante a gravidez por um profissional de saúde, caracterizando uma cobertura deficiente, fato que pode ter repercutido na quantidade de mães que desenvolveram problemas durante a gravidez. Isto indica a necessidade de pensar em formas de expandir o acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como em melhorar a qualidade das consultas, principalmente fortalecendo o acolhimento, a fim de garantir a adesão ao programa de pré-natal.¹⁵

Observou-se nesse estudo que as mães que realizaram pré-natal tiveram filhos mais saudáveis e que adoeceram menos durante os seis primeiros meses de vida. Seria consequência das informações adquiridas nas consultas de pré-natal?

Um resultado de extrema relevância mostrado no estudo diz respeito ao número reduzido de crianças que permaneceram em aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses de idade (38%). O aleitamento materno é o principal responsável pelo crescimento e desenvolvimento das crianças e a disseminação de informações em relação a esta prática deve ser sempre incentivada, pois a carência de conhecimento em relação à

mesma é uma das principais causas de desmame precoce.^{2,16}

A alimentação das crianças que não permaneceram em AME, segundo relato materno, é uma mistura de farinha de arroz e leite, numa proporção de 3 para 1 colher de sopa. Esta informação ressalta a necessidade de constantes avaliações do estado nutricional dessas crianças, pois condições em que a oferta de alimento é menor que a necessidade corporal diária da criança, pode gerar desnutrição grave com longos períodos de internação, situação que pode ser um fator de risco para o desenvolvimento infantil, devido a criança ser privada do convívio familiar e social.¹

O fato de 62% das crianças não ter permanecido em AME pode ter refletido na alta frequência de diarreia (16%) e de vômito (14%) nos primeiros seis meses de vida. Às vezes, a necessidade de economizar gás termina por submeter à criança a riscos de infecções do trato gastrointestinal, por não haver temperatura nem tempo de fervura necessários à extinção dos microorganismos patológicos presentes em resíduos do leite na mamadeira e bicos.¹⁷

No presente estudo, apesar da inquestionável importância que as vacinas têm na prevenção de doenças, muitas crianças (36%) apresentavam esquema vacinal atrasado pelos mais diferentes fatores, inclusive devido dificuldades das famílias a terem acesso aos serviços de saúde. É comum o entendimento de que basta se disponibilizar os serviços de saúde que concomitantemente o acesso aos mesmos se dá por consequência. Porém, isso nem sempre ocorre, pois o acesso a esses serviços no Brasil estão fortemente vinculados a problemas econômicos e geográficos, sendo que este último, não significa somente dificuldades topográficas naturais como a distância entre o domicílio e o local onde serviços de saúde são disponibilizados, agregam-se aqui a oferta de transportes, em suas diversas opções e horários, bem como custos e tempo de viagem.¹⁸⁻²⁰

Dentre os riscos para o desenvolvimento infantil, avaliados pela estratégia do AIDPI dentro da visão do modelo ecológico de desenvolvimento humano e seus determinantes, destacaram-se os riscos ambientais, relacionados às precárias condições de moradia e saneamento básico em que as crianças estão inseridas; os riscos relativos aos reduzidos recursos socioeconômicos, caracterizados pela baixa renda familiar; os riscos ligados às condições precárias de saúde das crianças, incluindo coriza e congestão nasal, sibilos pulmonares,

dermatoses, pediculose e prurido ocular; e os riscos relacionados ao baixo nível de escolaridade materna, fator estreitamente relacionado aos riscos que dizem respeito à falta de estímulos e práticas inadequadas de cuidado, esse último envolvendo a falta de higiene e alimentação imprópria. Ao questionar as mães sobre a reduzida oferta de estímulo aos filhos, a maioria delas desconsidera essa prática por entenderem que as crianças são muito pequenas para esse tipo de atenção.⁴

Estudos revelam que os cuidados prestados pelas mães e o carinho ofertado, são a primeira condição para que a criança se desenvolva bem nos primeiros anos de vida. Refletindo sobre isto, se percebe que a reduzida oferta de afeto da mãe para o filho poderá deixar marcas definitivas na criança, constituindo-se em um dos riscos mais importantes para o pleno desenvolvimento infantil.^{4,21}

Dessa forma, a partir dos dados analisados, se compreende que as crianças nesta comunidade ribeirinha estão expostas a múltiplos riscos para o seu desenvolvimento. Eventos de risco social e ambiental múltiplos são considerados mais adversos do que um evento simples, ou seja, há um efeito multiplicador, no qual um fator agrava o outro, formando uma rede de eventos negativos. Tanto a intensidade quanto a cronicidade dos fatores de risco são dimensões que devem ser consideradas na avaliação do seu impacto negativo no desenvolvimento de uma criança.²¹⁻²²

Dentre as crianças avaliadas segundo a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, 7 (14%) não apresentaram potencial pleno de desenvolvimento, fato que pode ser decorrente da reduzida promoção de estímulos da mãe e das precárias condições ambientais e de saúde. Diversos estudos demonstram que os fatores socioeconômicos e ambientais exercem influência significativa no desenvolvimento da criança.^{1,21,23}

A mãe geralmente é a pessoa que mais convive com a criança, portanto, é quem mais a observa, sendo capaz de reconhecer se seu filho desenvolve-se como as demais crianças. Ao solicitarmos a opinião materna sobre o desenvolvimento de seu filho, algumas mães julgaram existir algum déficit de desenvolvimento na criança. A opinião materna é uma informação fundamental, pois se a mesma revela que algo não vai bem, o cuidado com seu filho deve ser redobrado.¹⁻²

É relevante estimular a avaliação da mãe sobre o desenvolvimento da criança para que

realize uma participação ativa no processo de saúde do seu filho, tornando a mãe uma parceira junto aos profissionais da saúde, principalmente enfermeiros, na avaliação do desenvolvimento infantil.^{1-2,24}

Existem crianças que não apresentaram manifestações clínicas de atraso no desenvolvimento, devido receberem estímulos adequados e estarem aparentemente bem nutridos e sadios, porém podem não alcançar seu potencial pleno de desenvolvimento devido aos múltiplos riscos ambientais, sociais e econômicos a que estão expostas. Isto ressalta a importância de promover incentivos que gerem um ótimo desenvolvimento na primeira infância juntamente com a família, contribuindo para a geração de indivíduos com maior senso crítico, aptos a enfrentarem dificuldades e tornando-se adolescentes, jovens e adultos sadios e socialmente produtivos.^{1,21}

CONCLUSÃO

A observação direta da criança, do ambiente domiciliar e o levantamento das condições socioeconômicas e de saúde foram instrumentos fundamentais para a compreensão do perfil de desenvolvimento da criança dentro de uma comunidade ribeirinha.

Os achados mostraram que as crianças estão expostas a diversos fatores de risco, exacerbando o que a literatura apresenta como condição de vulnerabilidade. Esta variabilidade de fatores de risco presentes na vida de uma mesma pessoa não são somados, mas sim multiplicados, dessa forma, é relevante a implementação de um programa forte e ativo de vigilância do desenvolvimento infantil realizado pelo profissional enfermeiro, o qual acompanha, avalia e estimula o desenvolvimento da criança.

Propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças só podem ser estipuladas a partir do conhecimento prévio do quadro situacional do grupo ou da comunidade na qual a criança se insere, a fim de propor estratégias que possibilitem melhorias das condições de vida. Portanto salienta-se, no âmbito dos cuidados à criança, a importância da visita domiciliar pelo enfermeiro, como uma estratégia essencial e prioritária para se avaliar os riscos de desenvolvimento infantil, facilitando assim a avaliação da criança em sua situação social real, diferente do que se observa na consulta clínica de enfermagem dentro de um consultório.^{6,22,25}

Vale ressaltar a importância de estimular as mães a serem supervisoras e avaliadoras do desenvolvimento, fazendo com que

reconheçam e saibam dar estímulo adequado e atuem para evitar acidentes iminentes.

REFERÊNCIAS

1. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: Organização Pan Americana de Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: 2010 [cited 2012 July 05]. Available from: <http://datasus.gov.br>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Moura EC, Silva A. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. Cad saúde pública [Internet]. 2010 Feb [cited 2012 May 01];26(2):273-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/07.pdf>
6. Leininger MM, McFarland RM. Cultural care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2006.
7. Vieira MLF, Bicalho GG, Silva JLCP, Filho AAB. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. Rev paul pediatr [Internet]. 2007 Dec [cited 2009 July 30];25(4):343-8 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a08.pdf>
8. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011 [cited 2012 July 05]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
9. Mesquita, CS. O Programa Bolsa Família: uma análise de seu impacto e alcance social [Dissertação]. Brasília (DF): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília; 2007.
10. Vieira MLF, Bicalho GG, Silva JLCP, Filho AAB. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. Rev paul pediatr [Internet]. 2007 Dez [cited 2009 May 27];25(4):343-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a08.pdf>
11. Caliyuri ML, Santiago AF da, Camargo RA de, Moreira RFN. Estudo de indicadores de saúde

ambiental e de saneamento básico em cidade do Norte do Brasil. Eng sanit ambient [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 May 02];14(1):19-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/esa/v14n1/v14n1a03.pdf>

12. Vilela MBR, Bonfim C, Medeiros Z. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2010 May 27];8(4):455-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/11.pdf>

13. Carneiro AMMA, Patriota EF, Oliveira JSA, Gomes MGCGP, Medeiros SM de, Fernandes SMBA. Prevenção de diarreia infantil: revisão integrativa de literatura. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 May [cited 2012 June 27];6(5):1209-16. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2594>

14. Azevedo DM, Costa RKS, Holanda CSM de, Azevedo IC de. A prática da visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 May 27];6(1):179-87. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2052/pdf_773

15. Uchoa JL, Sales AAR, Joventina ES, Ximenes LB. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 May 27];4(1):209-17. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/724/pdf_313

16. Lima AP, Javorski M. Amamentação interrompida: vivência de mulheres mães. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2010 Oct 14];4(1):227-35. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/729/464>

17. Pereira WSB. O processo de amamentar o meu bebê: o que senti, aprendi e descobri. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2007 Oct/Dec [cited 2010 May 27];8(1):5-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/394-8837-1-/pdf_198

18. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML de. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Mar/Apr [cited 2011 May 27];14(2):497-506. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>

19. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2006 Dec [cited 2012 July 10];11(4):975-86. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>

20. Feijó RB, Sáfadi MAP. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. J pediatr (Rio J) [Internet]. 2006 July [cited 2009 July 17];82(3):1-3. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3s_a01.pdf

21. Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N de, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev saúde pública [Internet]. 2005 Mai [cited 2009 June 20];39(4):606-11. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25533.pdf>

22. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção, e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicol estud [Internet]. 2005 May/Aug [cited 2010 Sept 12];10(2):209-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>

23. Kappel DB. Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional. Rev bras educ [Internet]. 2007 May/Aug [cited 2009 Feb 02];12(35):232-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n35/a04v1235.pdf>

24. Soares SG, Viana IRMN, Ferreira ALC, Veríssimo RCSS, Lisboa CB. Atuação do enfermeiro na assistência a criança na Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Mar 12];6(2):370-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2194/pdf_821

25. Monteiro AI, Ferriani MGC. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. Rev latinoam enferm [Internet]. 2000 Jan [cited 2009 Feb 20];8(1):99-106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12440.pdf>

Submissão: 09/02/2012

Aceito: 05/01/2013

Publicado: 01/02/2013

Correspondência

Isis Vanessa Nazareth
Av. Antônio Luis da Fonseca, 40
Bairro Porto do Carro
CEP: 28922-000 — Cabo Frio (RJ), Brasil