

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE UMA CRECHE ATRAVÉS DA ESCALA DE DENVER II

CHILDREN DEVELOPMENT EVALUATION IN A CHILD DAY-CARE CENTER VIA THE DENVER II SCALE

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE NIÑOS DE UNA GUARDERÍA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE DENVER II

Júlia Martins Carneiro¹
Ana Paula Bueno de Brito²
Márcia Elena Andrade Santos³

RESUMO

O objetivo com este estudo foi avaliar o desenvolvimento pessoal-social, motor fino adaptativo, linguístico, motor grosseiro de crianças de até 2 anos, presentes no Centro Estudantil Creche Presbiteriana, que foi realizado em março de 2008, no município de Coronel Fabriciano, pertencente à região metropolitana do Vale do Aço-MG. Trata-se de estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa dos dados. Para sua realização, foi utilizada a Escala de Denver II, adaptada completa, como instrumento de coleta de dados para análise do desenvolvimento infantil. O determinado teste de triagem foi aplicado a 25 crianças presentes no berçário e no maternal da citada instituição. As respostas das crianças ao teste foram confirmadas mediante informações fornecidas pelos pais e funcionárias da creche. A classificação de desenvolvimento como anormal, normal ou suspeito foi feita segundo Frankenburg *et al.*,⁹ citado por Sulkes.³ Os resultados demonstraram que 22 (88%) crianças apresentaram resultado "Normal"; 3 (12%) apresentaram desenvolvimento "Suspeito ou duvidoso" e nenhuma apresentou "Anormal" no setor da linguagem. Conclui-se que os resultados encontrados neste estudo, apesar de não terem revelado nenhum caso de atraso, serviu de alerta para pais, funcionários e profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico precoce e da estimulação simples e oportuna como instrumentos de prevenção e recuperação dos desvios do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Enfermagem; Creches; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

This study aims to assess the social and personal development, fine-motor adaptive skills, language and gross motor skills in children between 0 to 2 years old in the Presbyterian Nursery Student Center. The study was carried out in March 2008 in the city of Coronel Fabriciano, Vale do Aço, in the state of Minas Gerais. It is a descriptive study with a quantitative data analysis. Data was collected via a complete although adapted Denver II Scale. The test was applied to 25 children from the above institution. Children's responses to the test were confirmed by information provided by parents and nursery staff. Their development was classified as abnormal, normal or suspect according to Frankenburg *et al.*,⁹ cited by Sulkes.³ 22 (88%) of the children were classified as "Normal"; 3 (12%) presented a "suspect or uncertain" developmental delay, none were classified as "abnormal" in the language area. Although the study's results revealed no developmental delays, the research functioned as a warning sign to parents, nursery personnel and healthcare professionals about the importance of an early diagnosis and basic stimulation for the prevention and recovery from a development disorder.

Key words: Nursing; Child Day Care Centers; Child Development.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el desarrollo personal y social, el área motora fina, el área de lenguaje y el área motora gruesa de niños de hasta 2 años del Centro Estudiantil Guardería Presbiteriana. Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa llevada a cabo en marzo de 2008 en la ciudad de Coronel Fabriciano, región metropolitana del Vale do Aço, Estado de Minas Gerais. La recogida de datos para analizar el desarrollo infantil fue realizada mediante la escala de Denver II adaptada. La prueba de clasificación se aplicó a 25 niños de la guardería y maternal de dicho instituto. Las respuestas de los niños a la prueba fueron confirmadas por información suministrada por los padres y por el personal de la guardería. Las clasificaciones de desarrollo anormal, normal o sospechoso se efectuaron según Frankenburg *et al.*,⁹ citado por Sulkes.³ Los resultados mostraron que 22 (88%) niños presentaron resultado "normal"; 3 (12%) desarrollo "sospechoso o incierto" y no hubo ninguno "anormal" en el área del lenguaje. Se concluye que los resultados de este estudio, a pesar de no haber revelado ningún caso de retraso, sirvieron de advertencia a los padres, empleados y profesionales de la salud para la importancia del diagnóstico precoz y de la estimulación sencilla y oportuna como herramientas de prevención y recuperación de las desviaciones del desarrollo infantil.

Palabras clave: Enfermería; Guarderías; Desarrollo infantil.

¹ Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste-MG).

² Enfermeira pelo Unileste-MG.

³ Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Ipatinga Docente do Unileste-MG. E-mail: marciaelenaenf@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência – Rua Joaquim Vicente Bonfim, n. 238, Belvedere, Coronel Fabriciano-MG – CEP: 35170-187. (31) 8877 6377.

E-mail: julymc@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A infância é a fase da vida que requer maior atenção nos aspectos emocional, pedagógico e de saúde, visto que, com o desenvolvimento adequado nessa idade, a criança terá maiores chances de progressão no futuro.

No século XX, a sobrevivência infantil era uma das principais questões não resolvidas. Desse modo, o objetivo primordial neste século deve ser garantir o crescimento e o desenvolvimento saudável a todas as crianças nos primeiros anos de vida.¹

A avaliação do desenvolvimento infantil é uma etapa essencial para uma visão integral do estado de saúde de uma criança.² O conhecimento do padrão normal de crescimento e de desenvolvimento esperados para a criança em cada etapa de sua vida é de suma importância para a prevenção e detecção precoce de quadros patológicos.³

Para isso, deve-se ter em mente o conceito claro de desenvolvimento infantil, que não é tão simples de ser traçado, uma vez que varia de acordo com o referencial teórico e os aspectos que se queira abordar. Por exemplo, para a pediatria, tem-se a definição que “desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas”.¹ Assim, para cada ciência há variações de conceitos.

Desenvolvimento é um conceito amplo que representa todas as ações reflexas, voluntárias, espontâneas e aprendidas pelo indivíduo, ou seja, uma transformação contínua, dinâmica e progressiva. Do ponto de vista da maturação, vale destacar que o desenvolvimento neurológico segue as direções cefalocaudal e próximo-distal, ou seja, inicia-se na cabeça e estende-se por todo corpo e se direciona das partes centrais para as periféricas.^{4,5}

É, então, um processo que vai desde a concepção, englobando o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança, tendo como produto final tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.¹

As áreas do desenvolvimento se dispõem em quatro grupos: desenvolvimento motor, que compreende o controle dos movimentos corporais grosseiros e finos e evolui sequencialmente na criança (controlar a cabeça, o tórax, voltar-se sobre si, sentar-se, levantar-se e outros); desenvolvimento adaptativo, que são as ações de ajustamento para novas atividades mais complexas, com base em experiências anteriores (habilidades motoras mais complexas que avançam por meio da coordenação, sensação, percepção, como passar um objeto de uma mão para outra); desenvolvimento linguístico, compreendendo todos os meios de comunicação, sejam gestos, vocalizações ou palavras, que se manifestam desde o nascer, pelo choro e progridem em sons guturais, risos, gritos até a fala inteligível; e o desenvolvimento pessoal-social, representando a interação da criança com o meio sociocultural onde está inserida, que se inicia com

a capacidade de tornar-se independente para atividades como alimentar-se, tomar banho, e, posteriormente, ser capaz de construir sua independência a nível familiar e depois social (escolas, parentes).^{3,6}

São muitas as variantes que afetam o desenvolvimento da criança. Tanto fatores macrossistêmicos, como renda familiar, grau de instrução dos pais e profissão, quanto microssistêmicos, como qualidade das interações e relações entre os membros familiares e pessoas próximas, associam-se na promoção de um desenvolvimento adequado e saudável da criança.^{1,7}

A maioria dos estudos classifica os fatores de riscos para os problemas de desenvolvimento infantil em biológicos e ambientais. Os riscos biológicos são eventos pré-, peri- e pós-natais que resultam em danos e que podem aumentar a probabilidade de prejuízo no desenvolvimento. Dentre esses riscos estão: prematuridade, hipoxia cerebral grave, *kernicterus*, meningite, encefalite, os erros inatos do metabolismo, as malformações congênitas e as síndromes genéticas.¹ Os fatores ambientais concentram-se nas dificuldades relacionadas com uma estrutura familiar deficiente, características socioeconômicas desfavoráveis e cuidados de saúde inadequados.^{1,2}

Já as incapacidades do desenvolvimento são determinadas por síndromes clínicas diversas relacionadas com disfunção neurológica crônica. Quanto à classificação, são apresentadas, nas categorias amplas de paralisia cerebral, retardamento mental e distúrbios da comunicação.⁸

O diagnóstico precoce dos déficits de desenvolvimento resulta em recuperação satisfatória de 80% a 90% dos casos, por meio da estimulação simples, adequada e oportuna da criança. Portanto, a equipe de saúde deve ser capacitada para reconhecer o desenvolvimento normal e suas variações, orientar a família e identificar corretamente a necessidade de encaminhamento para diagnóstico e intervenção precoce.⁴

Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância no acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa. Várias são as propostas e modelos para esse acompanhamento – por exemplo, a divergência na aplicação de testes ou escalas, exames e outros procedimentos.¹

A rotina dessa avaliação deve ser simples, de fácil execução, aplicável por não especialistas e em um tempo relativamente curto, de forma a, por si só, propiciar um momento importante para equipe de saúde relacionar com mais intimidade com a criança e sua família.⁴

Os procedimentos de triagem são designados para identificar, de forma rápida e fidedigna, aquelas crianças cujo nível de desenvolvimento está abaixo do aceito como normal para sua idade e que, portanto, necessitam de investigação adicional. Esses testes também proporcionam uma forma de registrar medidas objetivas do desenvolvimento atual para referência futura. Além disso, apresentam como vantagem a possibilidade de serem administrados em vários ambientes, como em

casa, na escola, na creche, no hospital, no consultório ou na clínica.³

O teste de triagem do desenvolvimento mais utilizado para crianças menores é o desenvolvido pelo Dr. William Frankenburg e seus colegas em Denver, Colorado, em 1960.^{2,9} O mais conhecido e antigo, o Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver (TTDD) e sua revisão, o TTDD-R, foram novamente revistos, repadronizados e redesignados Denver II em 1990.^{2,9}

Após a nova revisão, o TTDD II tem como grande vantagem, em relação aos outros testes, a sua praticidade na aplicação.¹⁰ “Os itens a serem avaliados são apresentados em forma de gráfico, e em cada marco do desenvolvimento, podemos observar os respectivos limites mínimo e máximo da idade de aparecimento.”¹⁰

Neste estudo, foi utilizado o TTDD II adaptado ao português, aplicável a crianças desde o nascimento até 6 anos de idade incompletos, cujos valores de referência para a avaliação são os percentis 25 e 90.⁴ Os números referentes a esses percentis significam a idade em que 25% e 90% das crianças já adquiriram a habilidade testada. Nesse caso, se a idade da criança testada for menor que a idade mínima para a execução da atividade, abaixo do percentil 25, esta é considerada precoce no comportamento. Se estiver entre o percentil 25 e 90, é adequada e se estiver após o percentil 90 é considerada um atraso.^{4,11} Dessa forma, os critérios de passagem no teste são estabelecidos em baixo nível, no intuito de reduzir a chance de classificar crianças normais como anormais, o que também pode resultar na ausência de identificação de crianças com problemas leves, porém significativos, do desenvolvimento.³ Existem, ainda, várias denominações para esses achados,^{3,12} porém as utilizadas neste estudo foram baseadas em Sulkes.³

É importante a presença dos pais ou responsáveis durante a aplicação do teste para relatar marcos testados que a criança pode não apresentar, ou, em decorrência da não estimulação anterior, eventuais dificuldades na relação examinador/criança, sono, fome, medo do ambiente e outros. Em relação às possíveis discrepâncias observadas entre um item e outro, faz-se necessário reavaliar a criança em outros momentos e ambientes. Se permanecer o atraso, deve-se recorrer a outros exames e métodos mais específicos.⁴

A escala de Denver representa um teste de triagem, e não um teste diagnóstico. Não tem como objetivo a determinação de testes de quociente intelectual (QI).^{4,11} Avalia o desenvolvimento das crianças do nascimento aos 6 anos com itens nas seguintes categorias: pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosseiro.

Os dados obtidos com a aplicação do teste são utilizados para determinar se a criança está evoluindo conforme esperado para sua idade cronológica e maturidade, assim como para o planejamento da atuação com a criança e orientação dos pais.¹³ “Também possibilitam o acompanhamento do desenvolvimento da criança e sua comparação com idades posteriores.”¹³

Dentre as ações diretas que competem ao enfermeiro, destaca-se o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, que foi estabelecido como uma das cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia e é considerada prioritária pelo Ministério da Saúde em 1984.¹³

Portanto, estudar o desenvolvimento de crianças que frequentam creches é relevante para todos os que atuam nelas, sejam os profissionais da educação, da saúde, sejam os coordenadores de instituições de ensino ou até mesmo os pais, para o aprimoramento do cuidado estimulador, a fim de evitar desvios ou atrasos nessa fase da vida.

É importante frisar que o desenvolvimento integral da infância é fundamental para o desenvolvimento humano e para a construção do capital social, elementos considerados necessários pela Organização Pan-Americana de Saúde para romper o ciclo de pobreza e reduzir as brechas da iniquidade.¹ Diante desse pressuposto, tornou-se oportuno apontar como pergunta norteadora deste estudo: Como se caracteriza o desenvolvimento de crianças até 2 anos do Centro Estudantil Creche Presbiteriana em Coronel Fabriciano mediante a aplicação do TTDD II?. O objetivo foi avaliar o desenvolvimento pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguístico e motor grosseiro de crianças até 2 anos de idade, matriculadas no Centro Estudantil Creche Presbiteriana.

A escolha dessa referida creche para a realização de tal pesquisa deu-se por se tratar de uma instituição que atende a uma população de classe baixa em condições sanitárias e socioeconômicas precárias, principalmente oriunda dos bairros Monte Carmelo, Nazaré e Todos os Santos, áreas que apresentam características sociodemográficas consideradas de risco para o desenvolvimento integral da população infantil¹ e por albergar crianças com as peculiaridades selecionadas para o critério de inclusão na população a ser estudada.

METODOLOGIA

Este estudo tem caráter descritivo com abordagem e análise quantitativa dos dados. Foi realizado no Centro Estudantil Creche Presbiteriana, localizado no município de Coronel Fabriciano, pertencente à região metropolitana do Vale do Aço-MG. A população referente à pesquisa teve a abrangência de 28 crianças até 2 anos, matriculadas no berçário e no maternal da referida creche, sendo que a idade de 2 anos compreende as crianças que tinham 2 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Foram excluídas do estudo três crianças (10,71%) por não se encontrarem na creche durante os dias visitados pelas pesquisadoras por motivos de desemprego da mãe e licença-maternidade. O universo estudado constitui-se, portanto, de 25 crianças (89,3%) até 2 anos, nascidas a termo.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário de registro, previamente elaborado, composto do teste de triagem do desenvolvimento infantil, Escala de Denver II Adaptada.^{3,4} Ele foi aplicado

às crianças durante dez dias letivos no mês de março, no turno matutino, pelas acadêmicas pesquisadoras.

As pesquisadoras foram previamente treinadas pela coordenadora do projeto para a aplicação do teste, porém não houve teste piloto. Além disso, foi feito um *kit* com os objetos necessários para a realização de cada item analisado, tais como boneca, chocalho, colher e copo, bola e outros. O material utilizado para a administração do teste foi reproduzido de acordo com as orientações do manual de instruções de Frankenburg.^{3,9}

Para a aplicação desse teste, calcula-se a idade da criança em anos, meses e dias, e é feita uma linha vertical no formulário, que corresponde à idade. Os itens que passam pela linha são pesquisados, assim como outros três à esquerda, para verificar se a criança apresenta algum atraso. Para tanto, as crianças foram observadas, questionadas e estimuladas a fim de detectar os 127 itens contemplados na escala completa, sendo 27 itens para avaliar o comportamento pessoal-social, 29 para o motor fino, 32 para o motor grosseiro e 39 para o linguístico.

Em alguns itens da escala, quando a criança avaliada não desempenhava a atividade investigada, as pesquisadoras solicitavam informações adicionais aos pais/responsáveis e às monitoras da creche sobre o cumprimento, ou não, daquele item pela criança. As respostas obtidas foram consideradas na classificação do desenvolvimento da criança na área avaliada, e essas informações foram colhidas nos momentos em que os pais levavam e buscavam seus filhos na creche.⁴

Além disso, 20% da população foi revisitada, com a finalidade de verificar a veracidade do resultado do teste, já que, depois dos primeiros encontros, houve aumento da afinidade das crianças com os pesquisadores, descartando-se, portanto, a possibilidade de que elas não se manifestassem em algum marco do desenvolvimento por causa da timidez ou do medo.

No percurso do estudo, foram encontradas dificuldades na distinção das escalas e suas respectivas classificações. O TTDD II completo apresentou-se um meio mais aprofundado e fidedigno em comparação ao teste abreviado e marcos do Cartão da Criança¹⁴ para o alcance do objetivo proposto.

A ausência dos pais no momento da observação dos marcos atrasou a coleta dos dados, mas foi possível resgatar informações a respeito do desenvolvimento das crianças por meio de conversas posteriores com eles, em caso de dúvida ou não verificação de algum item citado na escala.

Para a classificação do desenvolvimento das crianças estudadas, foram utilizados os conceitos de estudiosos americanos,^{3,9} que definem como desenvolvimento anormal a criança que apresentar dois ou mais atrasos (fracasso num item em que passa 90% das crianças daquela idade) em duas ou mais categorias ou dois ou mais atrasos numa categoria com outra categoria apresentando um atraso e uma linha de idade que não corta um item pelo qual a criança passa. "Dá-se um

escore 'suspeito' ou 'duvidoso' se uma categoria tiver dois ou mais atrasos ou se uma ou mais categorias tiverem um atraso e na mesma categoria a linha da idade não cortar um item no qual a criança passa".³ O escore normal é dado às crianças que não obtiveram erros em nenhuma habilidade testada. Neste trabalho, não foram consideradas crianças com resultado de precocidade, ou seja, crianças que cumpriram itens anteriores ao percentil 25, visto que os critérios de passagem no teste são determinados em nível baixo, o que pode superestimar a capacidade de crianças em desenvolvimento normal.³

Após a coleta dos dados, estes foram lançados em uma planilha do Excel (versão 2003), para a construção de tabelas e gráficos. Para a análise desses dados foram utilizadas estatísticas descritivas, sendo determinadas as frequências absolutas e relativas de cada variável importante para cumprir os objetivos do estudo.

A permissão para iniciar o trabalho na creche foi concedida pela diretora, que assinou o Termo de Autorização à Pesquisa, e o acesso às crianças se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁵ pelos seus pais ou responsáveis. Este estudo seguiu a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.¹⁶ Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Unileste-MG, cujo Protocolo teve o nº 10.45.07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população

Das 25 crianças avaliadas, 12 (48%) pertenciam à classe do berçário e maternal I e 13 (52%) pertenciam à classe do maternal II, sendo que suas idades variavam entre o valor máximo de 34 meses e o mínimo de 7 meses. A moda foi de 17 e 31 meses; a média, de 20,5 meses; a mediana, de 23 meses; e o desvio-padrão, 4,94. Em relação ao sexo das crianças, 11 (44%) eram do gênero feminino e 14 (56%) do masculino (TAB. 1).

TABELA 1 – Distribuição das crianças, segundo idade e sexo – Coronel Fabriciano-MG, 2008

VARIÁVEIS	N	%
Idade em mês		
6 a 10	4	16
11 a 15	2	8
16 a 20	5	20
21 a 25	5	20
26 a 30	4	16
31 a 35	5	20
Total	25	100
Sexo		
Masculino	14	56
Feminino	11	44
Total	25	100

Resultados da avaliação do desenvolvimento das crianças pelo TTDD II adaptado

Os resultados encontrados após a aplicação do Teste Triagem do Desenvolvimento de Denver II entre as crianças estudadas foram classificados, segundo Frankenburg,⁹ em normal, suspeito ou duvidoso e anormal. Do universo de 25 crianças, 22 crianças (88%) apresentaram resultados normais, 3 crianças (12%) apresentaram resultados suspeito ou duvidoso e nenhuma (0%) apresentou resultado anormal, como mostra o GRÁF. 1.

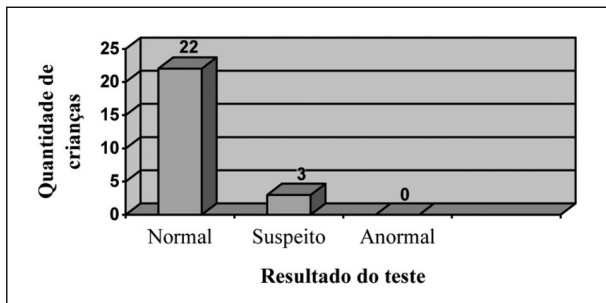


GRÁFICO 1 – Distribuição das crianças avaliadas, segundo o resultado do TTDD II adaptado – Coronel Fabriciano-MG, 2008

O GRÁF. 2 mostra a distribuição das crianças de acordo com os resultados encontrados no teste e os grupos etários. Das 12 crianças até 1 ano, 83,3% (10) apresentaram resultado normal; 16,6% (2), suspeito ou duvidoso; e (0%) nenhuma anormal. Todas elas estavam matriculadas no berçário. No maternal, das 13 crianças entre 1 e 2 anos, 92,3% (12) apresentaram resultado normal, 7,6% (1) apresentaram resultado suspeito ou duvidoso e 0% anormal.

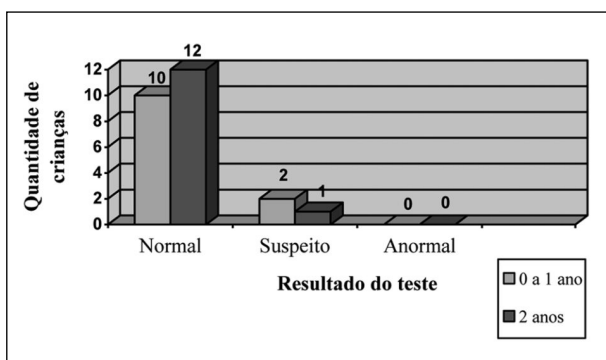


GRÁFICO 2 – Classificação das crianças segundo o resultado do TTDD II adaptado por faixa etária – Coronel Fabriciano-MG, 2008

Quanto ao resultado das crianças por setor do desenvolvimento, a linguagem foi a única a apresentar resultado suspeito ou duvidoso, sendo que 3 crianças, da população (12%) tiveram essa classificação. Outro estudo, realizado em creche pública da cidade de São Paulo, mostrou como as crianças estavam sendo atingidas na área de linguagem.¹⁷

Os outros setores tiveram achados normais (GRÁF. 3).

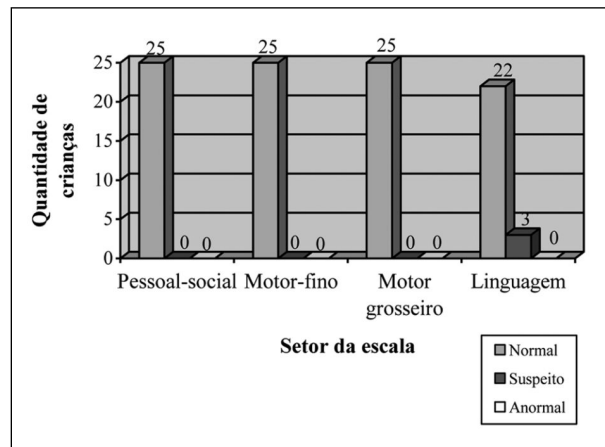


GRÁFICO 3 – Classificação das crianças de acordo com os resultados do TTDD II adaptado por setores avaliados – Coronel Fabriciano-MG, 2008

Os principais tipos de risco para atrasos no desenvolvimento são: risco biológico, geralmente relacionado às condições de gestação e nascimento; risco ambiental, que concentra as dificuldades relacionadas com uma estrutura familiar deficiente, características socioeconômicas desfavoráveis e cuidados de saúde inadequados; e aqueles com diagnóstico estabelecido. “Estes grupos não são excludentes, definindo a característica multifatorial dos atrasos do desenvolvimento infantil”.^{1,12} Dessa forma, as crianças de baixa renda concentram a maioria das possíveis causas que levam a um atraso do desenvolvimento. Sendo esse o contexto das crianças pesquisadas, o achado de apenas suspeito no desenvolvimento da linguagem de somente três crianças é considerado positivo.

O percentual de resultado suspeito de acordo com o sexo da criança não mostrou diferença representativa, sendo dois meninos e uma menina.

Em relação ao setor mais afetado, “a melhor medida isolada do desenvolvimento cognitivo na lactância e segunda infância é o desenvolvimento da linguagem”.⁸ Pesquisas recentes realçam a maior incidência de alterações nessa área em diversos contextos, mesmo em escolas públicas.¹³

Os achados suspeitos na linguagem em três crianças avaliadas podem ser decorrentes da falta de estimulação por parte dos pais e dos cuidadores, problemas auditivos e outros, como distúrbios da linguagem. Em relação à falta de estimulação por parte dos pais, um estudo revela que crianças cujos pais têm hábito de leitura e de dialogar com elas começam a falar mais cedo, formam frases mais complexas e aprendem a ler mais facilmente.¹³

Além disso, os lactentes com um grau mais leve de comprometimento linguístico podem não ter um atraso franco, do contrário, suas anormalidades se refletem como “aquisição desviada ou atípica dos marcos”, que pode se manifestar como dissociação entre o desenvolvimento das linguagens receptivas e

expressivas.⁸ Em contrapartida, como “manifestações mais sutis de atraso ou desvio na linguagem indicam risco de incapacidade do aprendizado na idade escolar e realização acadêmica geral deficiente”,⁸ as três crianças foram encaminhadas a uma fonoaudióloga voluntária.

O resultado suspeito ou duvidoso encontrado no setor de linguagem entre as crianças até 1 ano e de 1 a 2 anos, não se configura como desvio, mas como alerta para a introdução de práticas de estimulação, orientações para os pais e os cuidadores, buscando o retorno ao ritmo normal de desenvolvimento dessas crianças.¹⁸

As estatísticas dizem que, “em 2003, 766.914 crianças brasileiras até a idade de três anos eram ajudadas em creches. O aumento com relação a 2002 é 7.02%”.¹⁹ Com base nesse dado, pode-se inferir a importância da presença dessas instituições na vida de centenas de famílias, especialmente das crianças. O desenvolvimento delas está muito condicionado às situações vivenciadas na creche, já que permanecem ali cerca de dez horas diárias durante cinco dias na semana. Na habilidade linguagem, bem como nas demais áreas do desenvolvimento, “as crianças dependem das oportunidades oferecidas pelo ambiente para desenvolver plenamente sua herança genética”.¹⁷

De todos os itens avaliados na escala de Denver II, o item sentir “Ansiedade da separação materna” (que está contido no setor de avaliação do desenvolvimento pessoal-social) foi o mais comum, sendo a ocorrência em 40% das crianças. De acordo com Gessel,²⁰ a criança de até mesmo 2 anos e meio pode não estar perfeitamente apta para ter uma curta experiência de grupo de uma hora por semana na escola-creche e, dessa forma, vivenciá-la com ansiedade. Portanto, a resposta encontrada neste item é classificada como uma reação normal no grupo etário da população pesquisada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, pôde-se visionar a dimensão da importância crescente que instituições como creches representam na sociedade. Vale a atenção dos poderes públicos para maior investimento nos setores de infraestrutura, pedagogia e saúde. A enfermagem, tendo a formação em Saúde da Criança, deve promover e prevenir atrasos, principalmente na vida dos menores que estão mais susceptíveis aos agravos à saúde e numa fase de intensificação na aquisição de novas capacidades.

Os resultados encontrados contribuíram para que a direção da creche pudesse refletir sobre os pontos deficientes nos cuidados prestados às crianças e para o conhecimento do perfil de desenvolvimento de seus clientes até 2 anos de idade. Esses dados foram registrados nos próprios prontuários das crianças da creche.

Após a apresentação dos resultados, foram realizados momentos de reflexão e orientação com as cuidadoras das classes envolvidas na pesquisa. Foram momentos importantes, nos quais as alunas pesquisadoras puderam ensinar técnicas de estimulação do desenvolvimento infantil nas diversas idades. Aos pais foram comunicados os resultados da avaliação dos seus filhos e fornecidas orientações quanto à importância do desenvolvimento integral da criança.

Conclui-se que há necessidade de atenção mais efetiva ao acompanhamento integral da saúde da criança, sobretudo no que tange ao seu crescimento e desenvolvimento, em instituições educadoras públicas, particulares ou filantrópicas, por meio de políticas públicas mais eficazes que garantam ações intersetoriais e interinstitucionais fortalecedoras do vínculo entre os serviços de saúde e de educação no município estudado.

REFERÊNCIAS

1. Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana de Saúde [base de dados na Internet]. Washington: OPAS. [Citado 2007 Jun 3]. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>.
2. Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
3. Sulkes SB. Pediatria do desenvolvimento e do comportamento. In: Behrman MDRE, Kliegman MDRM, Nelson R. Princípios de Pediatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.1-49.
4. Silva CM, Corrêa EJ, Romanini MAV. Avaliação do desenvolvimento. In: Leão E, Viana MB, Corrêa EJ, Mota JAC. Pediatria ambulatorial. 3ª ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda.; 1998. p.99-113.
5. Armond LC, Vasconcelos M, Martins MD. Crescimento e desenvolvimento infantil. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Armond L. Saúde da criança. Belo Horizonte: UFMG; 2002. p.19-32.
6. Dworkin MDPH. Primeira Infância. In: Green M, Haggerty RJ. Pediatria ambulatorial/Morris Green, Robert J. Haggerty. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.100-8.
7. Silva NLP, Dessen MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. Psic Teor Pesq [periódico na Internet]. 2001 [Citado 2007 Nov 20]; 17(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722001000200005&lng=pt&nrm=iso>.
8. Palmer FB, Capute AJ. Incapacidades do desenvolvimento. In: Oski FA, Deangelis CD, Felgin RD, Warshaw JB. Princípios e prática de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. p. 637-53.
9. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, et AL. Denver: Denver Developmental Materials Incorp. 1990 [Citado 2008 Mar 10]. Disponível em: <http://www.denverii.com/home.html>.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003 [Citado 2008 Fev 27]. Educação Médica Continuada. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=322&tipo_detalhe=S>.

11. Mantovani RM. Crescimento e Desenvolvimento [homepage na Internet]. [Citado 2008 Fev 27]. Disponível em: <<http://www.infomed.hpg.ig.com.br/crescimentoedesenvolvimento.html>>.
12. 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 [Citado 2007 Nov 20];12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X19960005&lng=pt&nrm=iso>.
13. Beteli VC. Acompanhamento do desenvolvimento infantil em creches [dissertação]. São Paulo: EEUSP; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica; n.1. Série A, Normas e Manuais Técnicos. n. 173. Brasília - DF; 2002. [Citado 2008 mar. 26]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/crescimento_desenvolvimento.pdf>.
15. Bee H. A criança em desenvolvimento. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Citado 2008 Abr 02]. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>.
17. Rezende MA, Beteli VC, Santos JLF. Avaliação de habilidades de linguagem e pessoal-sociais pelo Teste de Denver II em instituições de educação infantil. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(1):56-63. [Citado 2011 Fev 9]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100008&lng=en&nrm=iso>.
18. Minas Gerais. Secretaria de Estado da saúde. Atenção à saúde da criança. Belo Horizonte: SAA/DNAS; 2004. 224p.
19. Rezende MA, Beteli VC, Santos JLF. Follow-up of the child's motor abilities in day-care centers and pre-schools. *Rev Latinoam Enferm*. 2005 Out [Citado 2008 Mar 14] ; 13(5): [619-625]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500003&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0104-11692005000500003>.
20. Gessel A. A criança do 0 aos 5 anos. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Data de submissão: 1º/12/2008

Data de aprovação: 10/2/2011