UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAMILA ZORZETTO CARNIEL HENRIQUE

**Fatores de risco no desenvolvimento da linguagem de crianças menores de
dois anos atendidas em serviço especializado**

Ribeirão Preto

2017

CAMILA ZORZETTO CARNIEL HENRIQUE

**Fatores de risco no desenvolvimento da linguagem de crianças menores de dois anos
atendidas em serviço especializado**

“Versão corrigida”

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida de
Carvalho Furtado

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Carniel-Henrique, Camila Zorzetto.

Fatores de risco no desenvolvimento da linguagem de crianças menores de dois anos atendidas em serviço especializado / Camila Zorzetto Carniel Henrique; orientadora, Maria Cândida de Carvalho Furtado. - 2017

69 p. : il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017

Versão original

1. Linguagem Infantil. 2. Fatores de Risco. 3. Prematuro. 4. Intervenção Precoce (Educação).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: CARNIEL-HENRIQUE, Camila Zorzetto

Título: Fatores de risco no desenvolvimento da linguagem de crianças menores de dois anos atendidas em serviço especializado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todas as oportunidades que me proporcionou nessa caminhada, por ter colocado pessoas tão especiais em meu caminho, e por permitir que eu concretizasse esse trabalho.

À orientadora Prof^a Dr^a Maria Cândida de Carvalho Furtado pelo acolhimento, apoio, auxílio e todo o conhecimento repassado no decorrer de todo o mestrado.

Ao meu marido e toda minha família, que sempre me incentivaram e apoiaram durante minha trajetória.

À Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, pelas inúmeras oportunidades e ambientes de aprendizado.

Às profissionais do Serviço de Estimulação Precoce Roberta Zucoloto de Abreu, Rosa Maria Tarozzo, Sylvia Elaine Terenciane Rodrigues Cardia, Maria Cecília Ignatti Massei e Regina Celia Granato Firmino Cerveira pelo acolhimento e auxílio antes e durante toda a coleta de dados do trabalho.

A todos os professores que colaboraram com o seu conhecimento para a pós-graduação.

Enfim, agradeço a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

CARNIEL-HENRIQUE, Camila Zorzetto. **Fatores de risco no desenvolvimento da linguagem de crianças menores de dois anos atendidas em serviço especializado**. 2017. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudo exploratório, transversal que objetivou identificar os fatores de risco para o desenvolvimento associados às alterações de linguagem em crianças aos 18 meses acompanhadas em um serviço especializado de um município paulista. Participaram crianças atendidas no Serviço de Estimulação Precoce entre 01 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015. Os dados foram obtidos através dos prontuários do serviço. As variáveis estudadas foram: peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, ocorrências clínicas (pré-natal, parto e pós-parto) e anomalias congênitas. Na fase descritiva, caracterizou-se os participantes, a partir das variáveis de interesse, sendo calculadas frequências e porcentagens das variáveis. Na fase analítica, buscou-se associações entre a variável dependente (atraso no desenvolvimento) e as demais variáveis, utilizou-se ainda modelos de regressão logística multinomial para estimar a chance de ocorrência das variáveis categóricas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE 61587916.0.0000.5393; Ofício CEP-EERP-USP nº373/2016), após anuência da Secretaria Municipal de Saúde. Nos três anos elencados para o estudo observou-se que 78 prontuários (56,9%) eram de crianças que deram entrada no serviço no ano de 2013, 49 (35,8%) em 2014, e 10 (7,3%) no ano de 2015. A maioria das crianças era do sexo masculino, com nascimentos distribuídos em sua maioria, entre os hospitais 1 e 2 e grande parte foi identificada com mais de um risco ao nascimento. A média da idade materna foi de 28 anos, com registros que indicavam, em sua maioria, mais de uma intercorrência durante a gestação, parto e pós-parto. Após a caracterização inicial das variáveis, as crianças foram divididas em três grupos: G1 - detectadas com atrasos no desenvolvimento da linguagem, encaminhadas para terapia fonoaudiológica aos 18 meses; G2 – crianças que passaram pelo retorno aos 18 meses e foram reagendadas para retorno aos dois anos, devido a dúvida quanto ao atraso ou não nas habilidades esperadas, recebendo alta neste; G3 - encaminhadas antes dos 18 meses para terapia, devido atraso significativo no desenvolvimento global. A partir dessa distribuição, buscou-se verificar associação entre os grupos e as variáveis mencionadas. O teste exato de Fisher indicou associação significativa ($p < 0,001$) entre os grupos em relação à variável anomalias congênitas. A análise de regressão logística indicou que crianças sem registros de intercorrências durante a

gestação e no parto e nascimento, tiveram menores chances de evoluir com atrasos no desenvolvimento da linguagem. Aquelas nascidas prematuras apresentaram chance 8,51 vezes maior de terem, como desfecho, atraso na linguagem do que as crianças nascidas a termo e pós-termo. Crianças com valores de Apgar inferior a 4 no primeiro minuto e 7 no 5º minuto tiveram maior chance de apresentar atrasos; o baixo peso ao nascer também aumentou as chances deste desfecho. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade da pronta detecção e encaminhamento precoce dessas crianças para serviços especializados, visando minimizar e/ou até evitar agravos futuros.

Palavras-chave: Linguagem Infantil. Fatores de Risco. Recém-nascido Prematuro. Intervenção Precoce (Educação)

SUMMARY

CARNIEL-HENRIQUE, Camila Zorzetto. **Risk factors in language development of children under two years of age at a specialized service**. 2017. 69 p. Thesis (MS) – School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This exploratory, cross-sectional study aimed at identifying the developmental risk factors associated with language changes in children at 18 months followed at a specialized service in a city of São Paulo. Participants were children attending the Early Stimulation Service between January 1, 2013 and December 31, 2015. Data were obtained from the service charts. The variables studied were birth weight, gestational age, Apgar score, clinical occurrences (prenatal, delivery and postpartum) and congenital anomalies. In the descriptive phase, the participants were characterized by the variables of interest, and the frequencies and percentages were calculated. In the analytical phase, we sought associations between the dependent variable (developmental delay) and the other variables, and multinomial logistic regression models were used to estimate the chance of occurrence of the categorical variables. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing (CAAE 61587916.0.0000.5393; CEP-EERP-USP no. 373/2016), after consent of the Municipal Health Department. In the three years listed for the study, it was observed that 78 medical records (56.9%) belonged to the children who entered the service in 2013, 49 (35.8%) in 2014, and 10 (7.3%), in the year 2015. Most of the children were male, with births mostly distributed between hospitals 1 and 2, and most of them were identified as having more than one birth risk. The mean of maternal age was 28 years, with records indicating, for the most part, more than one intercurrentence during pregnancy, delivery and postpartum. After the initial characterization of the variables, children were divided into three groups: G1 – children who were detected with delays in language development, referred for speech therapy at 18 months. G2 was related to children who returned for appointment at 18 months of age, and were rescheduled for return with two years, due to doubts related to delay or due they had no expected abilities; those children received discharge at two years old; and G3 was for children who was referred before 18 months for therapy, due to significant delay in overall development. From this distribution, we sought to verify association between the groups and the mentioned variables. The Fisher exact test indicated a significant association ($p < 0.001$) between the groups in relation to the variable congenital anomalies. Logistic regression analysis indicated that children with no records of intercurrentences during gestation, delivery and childbirth were less likely to evolve with delays in language development. Those children born premature presented

an 8.51 times greater chance of having, as an outcome, delay in language than children born at term and post-term. Children with Apgar values less than 4 in the first minute and 7 in the fifth minute had a greater chance of delays; low birth weight also increased the odds of this outcome. The results of this study point to the need for prompt detection and early referral of these children to specialized services, in order to minimize and / or avoid future disorders.

Keywords: Child Language. Risk Factors. Preterm Infant. Early Intervention (Education).

RESUMEN

CARNIEL-HENRIQUE, Camila Zorzetto. **Factores de riesgo en el desarrollo del lenguaje de niños menores de dos años en un servicio especializado**. 2017. 69 f. Tesis (MS) – Escuela de Enfermería de La Univerdad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudio exploratorio y transversal buscó identificar los factores de riesgo de desarrollo asociados con los cambios de lenguaje en niños a los 18 meses, seguidos en un servicio especializado en una ciudad de São Paulo. Los participantes fueron niños atendidos en el Servicio de Estimulación Temprana entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015. Los datos se obtuvieron de registros del servicio. Las variables estudiadas fueron peso al nacer, edad gestacional, puntaje de Apgar, ocurrencias clínicas (prenatal, parto y posparto) y anomalías congénitas. En la fase descriptiva, los participantes fueron caracterizados por las variables de interés, y se calcularon las frecuencias y los porcentajes. En la fase analítica, buscamos asociaciones entre la variable dependiente (retraso del desarrollo) y las otras variables, y se utilizó el modelo de regresión logística multinomial para estimar la probabilidad de ocurrencia de las variables categóricas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (CAAE 61587916.0.0000.5393; CEP-EERP-USP N° 373/2016), con el consentimiento del Departamento Municipal de Salud. En los tres años enumerados para el estudio, se observó que 78 registros médicos (56,9%) pertenecían a los niños que ingresaron al servicio en 2013, 49 (35,8%) en 2014 y 10 (7,3%) en el año 2015. La mayoría de los niños eran hombres, con partos en su mayoría distribuidos entre los hospitales 1 y 2, y la mayoría de ellos se identificaron con más de un riesgo de nacimiento. El promedio de edad materna fue de 28 años, con registros que indican, en su mayor parte, más de una interurrencia durante el embarazo, parto y posparto. Después de la caracterización inicial de las variables, los niños fueron divididos en tres grupos: G1 - niños detectados con retrasos en el desarrollo del lenguaje, encaminados a la terapia a los 18 meses. El G2 estaba relacionado con niños que regresaron a la atención a los 18 meses de edad, y fueron reprogramados para regresar con dos años, debido a dudas relacionadas con la demora en presentar las habilidades esperadas; esos niños recibieron el alta a los dos años; y G3 fue para niños que fueron encaminados a la terapia antes de los 18 meses, debido a un retraso significativo en el desarrollo general. Desde esta distribución, hemos buscado comprobar la asociación entre los grupos y las variables mencionadas. El prueba exacta de Fisher determinó la asociación ($p < 0.001$) entre los grupos en relación con la variable anomalía congénita. El análisis de regresión logística indicó que niños sin registros de interurrencias durante la

gestación y en el parto y nacimiento, tuvieron menores posibilidades de evolucionar con retrasos en el desarrollo del lenguaje. Aquellos niños que nacieron prematuros presentaron 8.51 veces más posibilidades de tener, como resultado, retraso en el lenguaje que los niños nacidos a término y después del término. Los niños con valores de Apgar menores que 4 en el primer minuto y 7 en el quinto minuto han tenido una mayor probabilidad de retrasos; el bajo peso al nacer también aumentó las probabilidades de este resultado. Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de la pronta detección y encaminamiento precoz de estos niños para servicios especializados, buscando minimizar y / o hasta evitar agravios futuros.

Palabras clave: Lenguaje Infantil. Factores de Riesgo. Recien Nacido Prematuro. Intervención Precoz (Educación)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis relacionadas às crianças. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	38
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis relacionadas aos dados maternos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	39
Tabela 3 -	Associação entre os grupos e as variáveis relacionadas à criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	41
Tabela 4 -	Associação entre os grupos e intercorrências na gestação, parto e pós-parto. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	42
Tabela 5 -	Associação entre a idade materna e os riscos apresentados pelas crianças ao nascimento. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	42
Tabela 6 -	Associações entre grupos de crianças atendidas em serviço especializado e variáveis maternas e da criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.....	43

LISTA DE SIGLAS

RN	Recém-nascido
NV	Nascidos vivos
IG	Idade gestacional
UTI	Unidade de terapia intensiva
MFC	Malformações congênitas
UNICEF	Fundo das nações unidas para a infância
BP	Baixo peso
SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
EP	Estimulação Precoce
SP	São Paulo
NADEF	Núcleo de atenção ao deficiente
PEP	Prontuário eletrônico do paciente
OMS	Organização mundial da saúde
SDR	Síndrome do desconforto respiratório

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Atenção à criança e as políticas públicas de saúde	16
1.2 Riscos para o desenvolvimento da criança.....	17
1.3 O desenvolvimento da linguagem	23
1.4 Intervenção precoce	27
 2 OBJETIVOS.....	 29
2.1 Objetivo Geral.....	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
 3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	 31
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local do estudo.....	32
3.3 Participantes.....	33
3.4 Procedimento de coleta e registro dos dados	33
3.5 Aspectos éticos.....	34
3.6 Análise dos dados.....	35
 4 RESULTADOS.....	 36
 5 DISCUSSÃO.....	 45
 6 CONCLUSÕES	 52
 7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	 54
 REFERÊNCIAS.....	 56
 APÊNDICES.....	 66
 ANEXOS.....	 68

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da atenção à criança de risco no que se refere ao desenvolvimento da linguagem. Para discorrer sobre este tema, faz-se importante apontar o acompanhamento da criança dentro das políticas públicas de atenção à saúde, as crianças que apresentam risco para desenvolvimento e o desenvolvimento da linguagem nas crianças.

1.1 Atenção à criança e as políticas públicas de saúde

A saúde da criança foi tratada de diferentes formas ao longo dos anos. No século XI a criança era percebida como uma miniatura do adulto, sem características particulares ou necessidades especiais. Seu espaço, no âmbito social, teve início no século XVII, momento em que a sociedade percebe que a família a reconhece como centro das atenções. Os primeiros registros da linguagem infantil são identificados a essa época (ARAÚJO et al., 2014).

Nos séculos seguintes, a criança passa a ser considerada como sujeito social possuidora de características particulares, com repercussão no modo de cuidado. Toda essa evolução gradual nas políticas públicas ao longo do tempo foi traduzida em queda da mortalidade infantil e redução da morbidade por agravos perinatais e causas evitáveis (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1930 e 1940 foram lançados os primeiros programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, a partir da criação do Departamento Nacional da Criança (PEREIRA, 1999). Na década de 70 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que visava reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Para tanto, concentrava recursos financeiros, de modo a investir na infraestrutura de saúde, e com isso melhorar a qualidade da informação, além de desenvolver ações para estímulo ao aleitamento materno, garantia da suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição dessa população, ampliação e melhoria da qualidade das ações ofertadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal, e à criança até os cinco anos (BRASIL, 2011a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, elaborado em 1983, incluiu ações para assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; assistência ao parto e puerpério; crescimento e desenvolvimento da criança e atenção ao recém-nascido (RN) com riscos. A partir da década de 1990, houve ampliação dos programas com abrangência de diversos aspectos do cuidado e promoção da saúde do RN e atenção ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

Nos anos 2000, cuidados com a saúde infantil se reforçam entre as ações essenciais do Ministério da Saúde brasileiro. Os programas desenvolvidos buscam oferecer uma rede de

assistência pública integral, qualificada e humanizada à criança. A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência objetivam reduzir as mortes nessa faixa etária, com o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, oferecer condições para que ela cresça e desenvolva todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

Dessa forma, desde a concepção, passando pelo nascimento e acompanhamento de sua saúde, a criança tem sido foco de políticas públicas que visam aprimorar a atenção ofertada, resultando em aumento da sobrevida, com qualidade, o que se traduz em benefícios no decorrer de sua vida (BRASIL, 2012a). Tais benefícios podem ser compreendidos a partir da identificação de problemas ou patologias ocorridas nessa fase da vida e que mediante intervenção precoce, tenham reflexo positivo sobre a constituição do ser humano no futuro (BRASIL, 2012a).

Visando o aumento da sobrevida, com qualidade, as políticas públicas têm por objetivo aprimorar a atenção ofertada; assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015).

Durante os três primeiros anos de vida, a criança apresenta maior plasticidade cerebral, neste período ocorrem aquisições importantes em diversas áreas, motora, cognitiva, social e principalmente, a aquisição e domínio da linguagem; daí o interesse de estudiosos por esta faixa etária. (MARIA-MENGEL, LINHARES, 2007; SANDRI, MENEGHETTI, GOMES, 2009; WIETHAN, MOTA, MORAES, 2016; FERREIRA et al., 2016).

1.2 Riscos para o desenvolvimento da criança

Os fatores de risco para o desenvolvimento da criança podem estar relacionados aos *riscos biológicos* pré, peri e pós-natais como prematuridade, pós-maturidade, índice de Apgar, baixo peso (BP) ao nascer e complicações durante a gravidez e o parto (RIBEIRÃO PRETO, 2007; CUSTÓDIO, CREPALDI, CRUZ, 2011; CARNIEL et al., 2017). *Fatores ambientais* se relacionam ao baixo nível sócio econômico, como também com a escolaridade, além de ter a influência de vínculos familiares fragilizados (RIBEIRO; PEDROSA; PADOVANI, 2014; CARNIEL et al., 2017; ZAGO et al., 2017).

O Ministério da Saúde brasileiro considera, como crianças de risco aquelas que apresentam, pelo menos, um dos critérios: residência em área de risco; baixo peso ao nascer (<

2.500g); RN com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG); asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida); internamento ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN; ser filho de mãe adolescente (< 18 anos); ser RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo) e haver história de morte de crianças menores de cinco anos na família (BRASIL, 2004). O enfoque do presente trabalho relacionou-se aos fatores de risco biológicos.

O baixo peso ao nascer (< 2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. É maior nos extremos de idade da mãe e está em torno de 8% no Brasil: 7,9% em 1996, 8,2% em 2007 e 8,4% em 2010. A prevalência é maior na região Sudeste (9,2%) e na região Sul (8,7%), o que pode estar associado a maiores taxas de cesariana. Crianças de muito baixo peso ao nascer (< 1.500g) representam de 1% (Norte) a 1,4% (Sudeste) dos nascidos vivos. Embora essa prevalência não seja alta, o peso < 1.500g representou 27,9% e 42,1% dos óbitos infantis nas regiões Norte e Sul, respectivamente, o que reforça a importância da organização do sistema de assistência de saúde à gestante e ao RN de risco (BRASIL, 2012a).

O baixo peso do bebê ao nascer pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento infantil, com reflexos desde o início do desenvolvimento da linguagem até problemas de aprendizagem mais adiante (RIBEIRÃO PRETO, 2007; SQUARZA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2017).

A prematuridade, como um dos mais importantes determinantes da mortalidade infantil, tem sido preocupação no Brasil. Dados indicam que, no ano de 2010, 7,2% dos nascidos vivos (NV) foram pré-termo, com as regiões Norte e Sudeste, respectivamente, respondendo por 5,6% e 8,2% (BRASIL, 2012a).

A prematuridade, em muitos casos, se associa a sequelas neurológicas, isto porque pode se apresentar devido à ocorrência de infecções bacterianas maternas, ou a malformações uterinas; a gemelaridade também tem potencial para a ocorrência de partos prematuros, assim como a placenta prévia e malformações fetais. Apesar de as crianças prematuras ou com baixo peso ao nascer nem sempre apresentarem atrasos ou desvios no desenvolvimento, algumas podem ser significativamente afetadas. (RIBEIRÃO PRETO, 2007; STENE-LARSEN et al., 2014).

Nobre et al. (2009) avaliaram o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo e os resultados mostraram que aquelas nascidas com menor peso e IG e que tiveram maior tempo de hospitalização, apresentaram mais problemas de desenvolvimento. Com relação à linguagem, foco de interesse do presente estudo, autores ressaltam o efeito negativo da prematuridade no decorrer do seu desenvolvimento (LAMÔNICA, CARLINO,

ALVARENGA, 2010; HOWARD, 2011; FASOLO, 2010; SILVA, COUTO, MOLINI-AVEJONAS, 2013; RECHIA et al., 2016).

Em um desses estudos, verificou-se que crianças prematuras demonstraram significativo prejuízo nas áreas auditiva expressiva, auditiva receptiva e visual, ao serem comparadas com crianças nascidas a termo (LAMÔNICA; CARLINO; ALVARENGA, 2010). Outra investigação indicou que pouco mais de um terço dos prematuros avaliados nas habilidades receptivas e expressivas da linguagem oral tiveram desempenho alterado em testes padronizados, indicando que o nascimento prematuro é um risco para alterações durante o desenvolvimento da linguagem (MONTEIRO-LUPERI et al., 2016).

Ao avaliar o desempenho de crianças prematuras relacionados à cognição, linguagem receptiva e expressiva, processamento fonológico e memória de trabalho, Goes et al. (2015) verificaram atrasos para o grupo de prematuros.

Além de prejuízos no desenvolvimento infantil, Caravale, Tozzi e Albino (2005) destacam evidências de que a prematuridade pode estar associada com morbidade neuropsicológica a longo prazo, não só na infância, mas perdurando até a adolescência.

Farooqi et al. (2016) avaliaram aspectos cognitivos, função executiva e habilidades relacionadas à aprendizagem de crianças nascidas pré-termo e a termo na faixa etária de 10 a 15 anos, e verificaram déficits significativos no grupo de crianças com histórico de prematuridade para as tarefas de raciocínio, memória de trabalho, velocidade de processamento e capacidade de planejamento, quando comparadas as crianças nascidas a termo.

Para o nascimento pós-termo, Marroun et al. (2012) apontam que as consequências a longo prazo ainda são pouco conhecidas. Os resultados de seu estudo indicaram, para prematuros e crianças pós-termo, pontuações mais altas em problemas comportamentais e emocionais do que RN a termo. Além de maior risco para problemas de comportamento, as crianças pós-termo apresentaram quase duas vezes e meia mais propensão ao déficit de atenção/hiperatividade (MARROUN et al., 2012).

Outro indicador biológico amplamente investigado é o índice (ou escala) de Apgar. Este indicador oportuniza a avaliação da adaptação do neonato à vida extrauterina, mediante suas respostas imediatas depois do nascimento, até o quinto minuto de vida. Ao avaliar cada um dos itens, é possível a detecção de situações que demandem cuidados específicos ao bebê (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Estudo realizado por Salustiano et al. (2012) que avaliou a associação entre índice de Apgar menor que sete no 5º minuto, fatores pré-natais e resultados pós-natais identificou que

desacelerações tardias e período expulsivo prolongado se associaram com Apgar menor que sete no 5º minuto. Assim como com insuficiência respiratória ao nascimento, intubação traqueal, necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica. Tais achados representaram forte associação com alterações no desenvolvimento (SALUSTIANO et al., 2012).

Razaz et al. (2016) também estudaram a influência dos valores de Apgar sobre o desenvolvimento infantil e observaram que quanto menor o valor apresentado pela criança ao nascimento, maior o risco de problemas futuros no desenvolvimento. Além disso, Dieeven et al. (2013), com o objetivo de avaliar a relação dos fatores de risco perinatais com o desenvolvimento posterior de DEL (distúrbio específico de linguagem), verificaram que dentre os fatores perinatais identificados, apenas os valores Apgar associaram-se ao desenvolvimento posterior de DEL nas crianças.

Os índices de Apgar, peso ao nascer e IG possuem forte associação com a sobrevivência do bebê; em conjunto estimam seu bem-estar, bem como o êxito em resposta à reanimação, e também o tamanho e a maturidade do neonato (OLIVEIRA et al., 2012). Estudo de Fraga et al. (2008) demonstrou que a IG, o peso ao nascimento e o Apgar constituem condição de risco para a criança. Tais fatores estão relacionados aos riscos de mortalidade infantil e de desenvolvimento e crescimento; possuem, ainda, relação entre si, como por exemplo, RN com baixo peso pode ser derivado de prematuridade; logo, a avaliação da vitalidade não será satisfatória (BRASIL, 2012b; OLIVEIRA et al, 2012, KROPIWIEC, FRANCO, AMARAL, 2017).

O Sistema de Informação da Nascidos Vivos (SINASC) constitui-se em base de dados populacional com informações importantes sobre as crianças nascidas no Brasil. No ano de 2010, 0,8% dos NV foram registrados como portadores de MFC e as maiores ocorrências relacionaram-se ao aparelho osteomuscular (43,0%), ao sistema nervoso (11,3%) e aos órgãos genitais (9,8%) (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 303 000 RN morrem por ano devido às anomalias congênitas e seus agravos. Embora grande parte das anomalias congênitas não possam ser vinculadas a uma causa específica, sabe-se que fatores genéticos, como consanguinidade, ou determinadas comunidades; fatores socioeconômicos e demográficos, como baixa renda, idade materna e fatores ambientais como a exposição a pesticidas, produtos químicos, tabaco, álcool, e radiação durante a gravidez, aumentam o risco do neonato ser afetado por alguma anomalia.

Estudo que objetivou identificar a prevalência de anomalias congênitas em recém-nascidos no município de São Paulo verificou que no período de 2007 a 2011 cerca de 1,2% dos nascidos vivos apresentaram alguma malformação. Dentre elas, as mais encontradas foram: polidactilia, Síndrome de Down, Comunicação Interatrial, dedo(s) da mão supranumerário(s) e má formação não especificada do coração (MENDES et al., 2015).

Há tempos já se discute, como preocupante, a identificação precoce de crianças expostas a fatores biológicos, cognitivos ou sensórios considerados de risco para o desenvolvimento (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; SILVA, COUTO, MOLINI-AVEJONAS, 2013). Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012a), as crianças de risco (ao nascimento ou associados/adquiridos) devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de cinco anos e segundo protocolos específicos (atenção ao desnutrido, criança com asma, etc.), além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais.

Ao ser disponibilizado em rede, o cuidado integral da criança deve se compor-se de forma regionalizada e permitir que ela tenha acesso aos serviços e às ações em saúde, e consequentemente, à qualidade de vida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

Nos primeiros anos de vida, devido complicações intrínsecas à sua classificação de risco, crianças de risco apresentam chances mais elevadas de alterações relacionadas tanto ao crescimento quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. Tais ocorrências tem potencial para interferir de modo negativo ocasionando problemas de saúde que percorrerão a infância e podem chegar à vida adulta. O acompanhamento e a intervenção precoces frente às intercorrências em situação de risco, fundamentam-se no oferecimento de condições para o crescimento e desenvolvimento apropriados. Acresce-se, ainda, a atenção voltada à família, empoderando-a para o cuidado da criança (SASSÁ et al., 2011).

Sendo assim, a intervenção precoce mediante a identificação de fatores de risco, é considerada como um fator de proteção. Esses são descritos como “recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco”. Mais difícil do que identificar a relação entre risco e desenvolvimento é a identificação e a descrição de como atuam os mecanismos de proteção nesta relação. Os fatores protetores podem atuar como “um escudo para favorecer o desenvolvimento humano. Desse modo, o suporte social pode servir de proteção contra esses

fatores de risco (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005; MARINI; LOURENÇO; BARBA, 2017).

A identificação de como e em que fase do desenvolvimento atuam os mecanismos protetores é fundamental para a organização de intervenções efetivas para a redução de problemas de comportamento (YUNES, SZYMANSKI, 2001; SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; CHEN et al., 2014).

A UNICEF destaca que a identificação e a intervenção precoces são particularmente importantes. Avaliar o desenvolvimento da criança permite que deficiências sejam identificadas. Ao detectar crianças em risco, elas devem ser encaminhadas para outras avaliações e, caso necessário, para intervenções; a família deve ser considerada, recebendo informações adequadas. Essas avaliações incluem exames oftálmicos e auditivos, além de análises da evolução da criança dentro dos marcos de desenvolvimento (UNICEF, 2013).

Com o apoio familiar e da comunidade desde os primeiros dias de vida, crianças com deficiência possuem condições de apresentar seu melhor desempenho durante o período escolar e de preparar-se para a vida adulta (UNICEF, 2013).

Muitos dos riscos associados a fatores que prejudicam o desenvolvimento da criança têm potencial para serem minimizados mediante ações de prevenção, implantadas em programas específicos (GARCIA et al., 2011; CUSTÓDIO; CREPALDI; CRUZ, 2011; CHEN et al., 2014). Identificar precocemente os riscos é uma das medidas de prevenção de agravos futuros. Ademais, proporcionar à criança, acompanhamento em serviço especializado em tempo oportuno, com estimulação adequada e cientificamente embasada, atua de modo favorável sobre o sistema nervoso, uma vez que este ainda se encontra plástico e passível de ser moldado (RIBEIRÃO PRETO, 2007; BRASIL, 2016; MARINI; LOURENÇO; BARBA, 2017). Para desenvolvê-la de modo global, há que se considerar em que momento da vida da criança teve início a estimulação, bem como ponderar a qualidade das primeiras experiências (RIBEIRÃO PRETO, 2007; GARCIA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2011; SCOPEL, SOUZA, LEMOS, 2012).

Bebês considerados de risco, como discutido acima, necessitam de um seguimento evolutivo sistemático e cuidadoso, pois dadas as circunstâncias adversas pelas quais passaram, tais crianças apresentam potencial para problemas de linguagem (ZORZI, 2005; RIBEIRO; PEDROSA; PADOVANI, 2014; CALDAS et al., 2014; MONTEIRO-LUPERI et al., 2016). Nesse sentido, o encaminhamento para serviço especializado se justifica, uma vez que devem ser disponibilizadas ações com intervenções precoces para evitar ou minimizar danos no

desenvolvimento infantil (GARCIA et al., 2011; CUSTÓDIO et al., 2011; SHAPIRO-MENDOZA et al., 2013; RIBEIRO; PEDROSA; PADOVANI, 2014; MANIRI, LOURENÇO, BARBA, 2017).

1.3 O desenvolvimento da linguagem

No que se refere ao desenvolvimento normal da linguagem, em torno do primeiro ano de vida, as crianças iniciam o ensaio das primeiras palavras. Contudo, previamente à fase verbal da linguagem, há o desenvolvimento de diversas habilidades cognitivas em um plano não-verbal pré-linguístico, essenciais para o desenvolvimento normal da linguagem (ZORZI, 2005).

A aquisição e desenvolvimento da linguagem bem-sucedidos é multifatorial, depende da integridade e bom desenvolvimento das estruturas cerebrais, ausência de intercorrências no período pré, peri e pós-parto e da interação social desde a sua concepção (MOUSINHO et al., 2008).

Em um primeiro nível de desenvolvimento, a comunicação é considerada não intencional, composta apenas por comportamentos reativos (ZORZI, 2005). Dentro do primeiro mês de vida o bebê apresenta esquemas reflexos, que são desencadeados a partir de determinados estímulos, como a estimulação de qualquer ponto de zona bucal do bebê, ação que elicia o reflexo de sucção (CAVICCHIA, 2010).

Por volta dos dois a três meses de vida, as ações do bebê envolvem o movimento do corpo, a capacidade de olhar para o ambiente e para as pessoas, com interesse nelas e nos objetos à sua volta. A criança apresenta vocalização, choro, é capaz de segurar objetos quando colocados em sua mão e, mediante sons e vozes familiares, reage a estes, apresenta esquemas e gestos cada vez mais complexos com o aumento da idade (ZORZI, 2005; FLABIANO, BÜHLER, LIMONGI, 2010). Neste período já é possível observar princípios de comunicação não verbal, como as modificações do tônus muscular (contração/descontração) entre a mãe e o bebê, o contato olho no olho e as expressões faciais diferenciadas (MOUSINHO et al., 2008). A interação com o bebê nesta fase assume importante papel no desenvolvimento cognitivo e social inicial (FANTASIA et al., 2014).

Entre o quarto e o quinto mês de vida, a criança passa a reconhecer o próprio nome, os “jogos vocais” ou “auto-balbucio” se fazem presentes e a criança brinca com os sons emitidos por ela. O sexto e sétimos meses marcam a interação da criança com quem cuida dela; desse modo, ela se faz mais ativa na relação com o outro mediante expressões faciais, risos,

movimentação do corpo e agora, a vocalização ocorre com maior regularidade. A imitação de sons e o balbucio se diferenciam, a criança inicia manifestação de sua vontade a partir do olhar para o que quer, e também da indicação, apontando para os objetos. (ZORZI, HAGE, 2004; PEDROSO et al., 2009; MACHADO et al., 2013; FATTORE et al., 2017).

Nesse período, segundo o modelo proposto por Warlaumont e Finnegan (2016), a evolução do balbucio ocorre devido à plasticidade neural modulada por recompensas, após a emissão dos primeiros sons caracterizados pela fase do balbucio, a recompensa (como o estímulo e reforço dos pais por exemplo), aumentam os níveis de dopamina, permitindo a aprendizagem e fazendo com que o bebê torne a repetir o ato motor, assim ocorre a aprendizagem cortical motora da emissão das vocalizações silábicas. Tanto a capacidade intrínseca como a resposta social têm papel fundamental nesta fase do desenvolvimento (WARLAUMONT; FINNEGAN, 2016).

Dos dois aos oito meses, há uma maior iniciativa da criança, com interesse gradual sobre o que acontece à sua volta e o que está próximo a ela, demonstrando vontade de alcançar e pegar o objeto. Aumenta o interesse voltado aos objetos e às pessoas; contudo, a criança ainda não consegue se comunicar de modo intencional e organizado (ZORZI, 2005; MACHADO et al., 2013; FATTORE et al., 2017).

Com início no oitavo mês de vida até cerca de um ano de idade, a criança comunica-se de modo pré-verbal, com surgimento de condutas comunicativas, que indicam intenção. Isso significa que nessa fase ela revela a alguém aquilo que deseja por meio da comunicação. A criança interage, e busca nessa interação, responder aos estímulos de comunicação emitidos pelo outro (ZORZI, 2002; PEDROSO et al., 2009; AQUINO; SALOMÃO, 2011).

No final do primeiro ano de vida (entre 10 e 12 meses), a criança tem participação mais ativa nos diálogos, mediante uso de jargões que se fazem pela articulação de vogais e consoantes com entonação da língua materna; podem surgir, ainda, particularidades na fala, com repetição de palavras emitidas por outras pessoas; porém, sem manter o mesmo modelo fonológico (ZORZI; HAGE, 2004; MOUSINHO et al., 2008).

Nesse período do desenvolvimento cognitivo, a criança passa a coordenar esquemas e aplicá-los às situações novas e a principal novidade é a busca por objetos. Tal coordenação se faz presente quando a criança demonstra interesse em atingir determinado objetivo, como a ação de esconder um objeto para depois encontrá-lo (BÜHLER et al., 2007; CAVICCHIA, 2010; PAPALIA, FELDMAN, 2013).

No final do primeiro ano, aumenta-se o uso da atividade lúdica, com experimentação de objetos a fim de conhecê-los, através de ações repetidas que envolvem alcançar, pegar, soltar, erguer, balançar. Há a descoberta da atuação sobre os objetos por meio de intermediários e se inicia o reconhecimento de que os objetos podem causar fenômenos independentemente de sua ação, bem como o domínio sobre objetos que foram ocultos sob anteparos. A criança, por exemplo, utiliza estruturas de apoio para alcançar objetos ou algum utensílio/instrumento por meio do qual conseguirá pegar o que deseja (MOORE; MELTZOFF, 2008; CAVICCHIA, 2010).

Essa fase é marcada pelo aspecto da convencionalidade, surgem condutas comunicativas de uso comum entre as pessoas. Muitas crianças iniciam a primeira etapa do desenvolvimento linguístico propriamente dito neste período, mas com a linguagem ligada à situação presente (ZORZI, 2005). O gesto de apontar começa a ser usado sistematicamente, balançar a cabeça para expressar negação, movimentar a cabeça como afirmação, e acenar para dizer “oi” e “tchau”. A criança aumenta comportamentos imitativos, para tudo o que vem (ZORZI, 2002; MOUSINHO et al., 2008; AQUINO; SALOMÃO, 2011).

Segundo Scheuer, Befi-Lopes e Wertzner (2003), nesse período há um rápido aumento da compreensão expressão compreensão e expressão, a criança passa a nomear objetos e pessoas. No início, emite palavras isoladas, ou fala formulaica (em blocos), além de onomatopeias e palavras idiossincráticas. Antes de completar dois anos de vida, a criança é capaz de falar aproximadamente 20 palavras e compreender 50 palavras (ZORZI; HAGE, 2004; MOUSINHO et al., 2008).

Estudo que investigou o desenvolvimento fonológico e lexical de crianças com idades entre 1 e 2 anos observou aumento da produção de fonemas aos 18 meses, quanto ao desenvolvimento lexical, antes desse período, observou-se um lento aumento no número de itens lexicais, até que, por volta dos 18 aos 24 meses de idade, ocorreu um crescimento acelerado, alcançando um número de 50 vocábulos. Dessa forma, as autoras inferiram que o crescimento do vocabulário está estreitamente relacionado ao desenvolvimento fonológico (WIETHAN; NÓRO; MOTA, 2014).

Entre 18 e 24 meses, manifestam-se também condutas representativas, uma nova capacidade conhecida como função simbólica ou representativa. Nela, a criança passa a lidar com realidades ausentes, representando-as a partir de condutas comunicativas, na maneira de brincar ou manusear objetos e também pela forma como produz imitações (ZORZI, 2005; ORR, GEVA, 2015). Tal habilidade repercute significativamente no desenvolvimento da

comunicação da criança, com utilização da linguagem na descrição de ações que pratica ou que apreende a partir do que acontece à sua volta (ZORZI, 2005; FREITAS, 2010).

Da faixa etária que vai de dois a cinco anos, a criança evolui da utilização de algumas palavras para a produção de estruturas frasais complexas; há expansão do vocabulário, aumento da atividade dialógica, início da produção de verbos e advérbios partindo de emissões rudimentares para formas mais complexas, passa a compreender conceitos abstratos e expande seu inventário fonético e lexical (SCHEUER, BEFI-LOPES, WERTZNER, 2003; BEFI-LOPES; CÁCERES; ARAÚJO, 2007; MOUSINHO et al., 2008; BEFI-LOPES; CÁCERES, 2009). Entretanto, fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à criança podem interferir no processo do desenvolvimento normal da linguagem, como descrito anteriormente.

No que concerne ao RN de risco, existem grandes chances de este apresentar problemas durante tal processo. E essa problemática tem sido alvo de estudo (SCHUYMER, 2011; CRESTANI, MORAES, SOUZA, 2015).

Crestani, Moraes e Souza (2015) investigaram associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala na faixa de 13 a 16 meses de idade, por meio dos Índices de risco ao desenvolvimento infantil, relatos das mães e observação do comportamento das crianças. Do nascimento até os 18 meses, mãe e filho foram submetidos a quatro avaliações. Houve correlação entre aquisição da linguagem e presença de riscos ao desenvolvimento, em todas as avaliações, com crianças de risco elaborando menos palavras (CRESTANI, MORAES, SOUZA, 2015).

Schuymmer et al. (2011) analisaram habilidades pré-verbais e verbais em prematuros e em crianças a termo, a fim de investigar se o estado de nascimento afeta o desenvolvimento da linguagem. Crianças pré-termo mostraram atrasos aos seis e aos 14 meses. Aos 30 meses, tiveram pontuação significativamente menor para a linguagem receptiva e expressiva quando comparadas às crianças a termo, confirmando a hipótese de que o status nascimento afeta o desenvolvimento da linguagem desde as habilidades pré-verbais (SCHUYMER et al., 2011).

Ribeiro et al. (2017) compararam o desempenho de 150 crianças nascidas prematuras de baixo peso e muito baixo peso (grupo experimental) com crianças nascidas a termo (grupo comparativo) na faixa etária de um a três anos, quanto ao desenvolvimento infantil, nos domínios motor grosso; motor fino adaptativo; pessoal-social e linguagem. O desempenho de crianças nascidas prematuras e com baixo peso foi inferior quando comparado ao desempenho de crianças nascidas a termo em todos os domínios avaliados (RIBEIRO et al., 2017).

1.4 Intervenção Precoce no risco para desenvolvimento

Apesar dessas crianças estarem expostas a riscos para o desenvolvimento, sabe-se que sistemas de proteção podem operar para garantir seu desenvolvimento. Fatores de proteção referem-se a influências que modificam, melhoram ou alteram as respostas dos indivíduos a determinados riscos (YUNES, SZYMANSKI, 2001; COSTA; BIGRAS, 2007).

Dentre os principais mecanismos de proteção estão: a redução do impacto dos riscos; a redução das reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco, o estabelecimento de relações de apego seguras e a criação de oportunidades para seu desenvolvimento completo (YUNES, SZYMANSKI, 2001; COSTA; BIGRAS, 2007). Neste sentido, a estimulação precoce (EP) pode atuar como um mecanismo de proteção para o desenvolvimento dessas crianças.

Diante disso, é evidente a necessidade de acompanhamento especializado para essas crianças que apresentam algum risco para o desenvolvimento. Monteiro-Luperi et al. (2016) indicam a necessidade de identificação precoce de crianças que podem apresentar dificuldades de linguagem, para redução ou eliminação do impacto no desenvolvimento delas.

Estudo de Valdés et al. (2013) concebeu um programa de estimulação para prevenção e tratamento precoce de desordens de linguagem de crianças com fatores de risco perinatais. Das 142 crianças que participaram do programa, 134 (94%) tiveram um desenvolvimento normal; seis (4%) tiveram atraso entre idade e nível de desenvolvimento e duas (1%) apresentaram atraso maior. Os autores revelam a eficácia da estimulação precoce sobre o desenvolvimento de crianças de risco a partir da alta porcentagem de crianças que atingiram o desenvolvimento normal da linguagem após intervenção (VALDÉS et al., 2013).

Outro estudo avaliou a eficácia de um programa de intervenção, com e sem treinamento das mães, no desenvolvimento de bebês pré-termo. Os participantes do grupo intervenção obtiveram significativamente mais benefícios em relação ao desenvolvimento quando comparado aos bebês do grupo controle (DUSING et al., 2013).

Para a criança no início de sua vida, Gomes (2010) destaca como desafio a garantia de acesso ao cuidado adequado e oportuno. A busca por tal garantia tem mobilizado gestores, profissionais e pesquisadores, que precisam por sua vez, compreender a dependência de uma cadeia de setores e serviços para atendimento das necessidades que se fazem presentes nessa fase da vida (GOMES, 2010).

Assim, seguindo diretrizes de atenção propostas em políticas públicas federais, municípios têm organizado suas ações em saúde a partir de necessidades de saúde locais e disponibilidade de recursos, a fim de atingir metas já destacadas por documentos nacionais e internacionais relativos à atenção integral à criança.

O município de Ribeirão Preto, SP possui um programa de atenção à saúde do RN (Programa Floresce uma Vida) que envolve setores e serviços de saúde para promover atenção qualificada, em especial à população de risco (FURTADO et al., 2010). Crianças identificadas, ainda na maternidade, com risco para o desenvolvimento são encaminhadas para o Serviço de Estimulação Precoce, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RP) (FURTADO et al., 2010), onde são acompanhadas nos primeiros anos de vida (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Esse programa de atenção ao RN caminha ao encontro das políticas públicas de atenção à saúde da criança por permitir o encaminhamento para serviço especializado, e com isso a oportunidade de ter sua necessidade atendida.

Considerando a importância de assistir a criança de modo integral, em todas as suas necessidades, e diante do impacto dos fatores de risco sobre seu desenvolvimento, justificam-se estudos que contribuam para o conhecimento a partir da avaliação da predominância desses fatores perante as alterações e atrasos no desenvolvimento da linguagem.

Tem-se como pressuposto que o peso ao nascer, a Idade Gestacional, o índice de Apgar e intercorrências no pré, peri e pós-parto influenciam no desenvolvimento da linguagem das crianças e que o atendimento precoce e qualificado dessas crianças contribui para que ela se desenvolva adequadamente. A relevância de estudos nessa temática se reforça, uma vez que a linguagem é uma das aquisições essenciais para o desenvolvimento completo do ser humano, que alterações e atrasos podem ser identificados precocemente e que, mediante atendimento oportuno e qualificado, seja possível evitar e/ou minimizar riscos futuros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem associados às alterações de linguagem em crianças aos 18 meses acompanhadas em um serviço especializado de atenção à criança com risco.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as crianças atendidas em um serviço especializado, segundo dados de nascimento: Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, ocorrências clínicas no pré-natal, parto e no período pós-parto, anomalias congênitas e indicação para atendimento no serviço (critério de risco);
- Identificar os fatores de risco apresentados pelas crianças encaminhadas ao serviço especializado que, apresentaram alterações no desenvolvimento da linguagem até os 18 meses;
- Verificar associação entre fatores de risco e atraso no desenvolvimento da linguagem de crianças atendidas em um serviço especializado.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório de delineamento transversal. Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica (BASTOS, DUQUIA, 2007).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Estimulação Precoce, vinculado à SMS-RP. Esse serviço tem por objetivo acompanhar o desenvolvimento das crianças, mantendo uma comunicação com as unidades da rede básica de saúde, onde essas crianças são atendidas e acompanhadas, com o intuito de proporcionar atendimento amplo e integral, tendo como eixo de cuidado o crescimento e o desenvolvimento (RIBEIRÃO PRETO, 2007; FURTADO et al., 2010).

Os atendimentos são realizados por fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e as crianças chegam para o primeiro atendimento por volta de um a dois meses de idade. Elas passam, então, por uma avaliação dos profissionais de saúde (triagem) e são inseridas em grupos de atendimento, com acompanhamento bimestral até 12 meses de vida. A partir dessa idade, as crianças são acompanhadas trimestralmente até completarem 18 meses. O atendimento passa a ser semanal, caso ainda sejam observados atrasos e/ou alterações. Também ocorrem encaminhamentos para outras especialidades da saúde, quando necessário. A criança, caso apresente alguma alteração na linguagem, após 18 meses, permanece em atendimento no referido serviço para tratamento (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Quando os profissionais do serviço, durante as avaliações bimestrais, identificam que a criança apresenta desempenho muito aquém do esperado para a faixa etária avaliada, é realizado encaminhamento para terapia semanal, antes mesmo dos 18 meses seja por atraso motor significativo ou por atraso no desenvolvimento da linguagem. Vale ressaltar que a criança pode apresentar apenas o atraso motor significativo e, mesmo assim, ser encaminhada para terapia semanal com fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Esse é um critério do serviço, com vistas a otimizar as visitas da criança ao Serviço de Estimulação Precoce.

3.3 Participantes

Participaram do estudo, crianças atendidas no Serviço de Estimulação Precoce no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015. Foram incluídas aquelas identificadas com atraso no desenvolvimento da linguagem até 18 meses.

Inicialmente, junto com os profissionais do serviço, buscou-se dentro do período citado, as crianças que não tiveram alta aos 18 meses (como é o critério caso ela tenha atingido todas as habilidades relacionadas ao desenvolvimento da linguagem com um ano e meio). Após o levantamento, obteve-se um total de 163 crianças, listadas com seu respectivo número Hygia¹ e ano em que iniciaram o atendimento. A partir dessa lista, procedeu-se à busca dos prontuários.

3.4 Procedimento de coleta e registro dos dados

A coleta dos dados nos prontuários teve início em janeiro de 2017. Na primeira semana, a pesquisadora foi orientada e treinada por profissionais responsáveis pela organização dos prontuários.

Esses se encontravam em diferentes salas e arquivos do serviço. Os prontuários mais recentes (2014 e 2015), em uma sala de “arquivos ativos”, correspondentes aos pacientes que estavam em constante atendimento no serviço, principalmente em terapia semanal. Os prontuários antigos (2013 e início de 2014 – entre fevereiro e março), em outro local, armazenados em armários, onde ficavam os “arquivos inativos”, de usuários que não eram mais acompanhados pelo serviço. Havia, ainda, um arquivo separado para os prontuários de usuários “semi-ativos”, que passavam pelo serviço esporadicamente.

Durante as orientações em relação à procura dos prontuários, a pesquisadora foi informada que poderia encontrar dificuldade na busca daqueles do início de 2013. Isso porque, antes desse período, o atendimento do Serviço de Estimulação Precoce acontecia em outra unidade de saúde. A partir de 2013, por determinação da Secretaria Municipal de Saúde, o serviço passou a funcionar no Núcleo de Atenção ao Deficiente (NADEF) e durante a mudança, alguns prontuários foram perdidos. Dessa forma, caso não fossem encontrados nos arquivos físicos, a pesquisadora poderia consultar o sistema Hygia em busca de informações, junto com um profissional cadastrado para acessar esse sistema.

---

¹ Sistema de gerenciamento das atividades de saúde que interliga setores e serviços (Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Farmácias, Laboratórios, entre outros) automatizando suas atividades administrativas e gerencias.

Após as orientações e treinamento, a pesquisadora buscou e consultou os prontuários em uma sala indicada pelos profissionais do serviço. Foram discutidos com os profissionais os períodos em que a pesquisadora faria a coleta, visto que a sala cedida para o manuseio dos prontuários também era utilizada por outros profissionais durante a semana. Foram acordados quatro períodos de coleta, semanais.

As informações retiradas dos prontuários foram transcritas em um roteiro elaborado (APÊNDICE 1), com dados que buscaram responder aos objetivos do presente estudo. O roteiro continha dados sociodemográficos da criança e família, bem como informações acerca da gestação, nascimento, encaminhamento para o serviço especializado e resultados das avaliações realizadas pelos profissionais a cada encontro dos grupos de acompanhamento.

Logo na segunda semana de coleta, o serviço iniciou obras de reforma e pintura e, assim, houve necessidade de adequações quanto às salas de atendimentos dos pacientes, sendo que a sala cedida para coleta dos dados passou a ser utilizada com mais frequência pelos profissionais do serviço. Nesse período, a pesquisadora mantinha contato com os profissionais e, nos poucos períodos em que a sala não estava sendo utilizada para atendimento dos pacientes ou elaboração de relatórios, a pesquisadora foi autorizada a dar continuidade à coleta. Após a reforma, que durou cerca de 20 dias, o serviço se organizou novamente.

Inicialmente foram analisados os prontuários “ativos”, posteriormente os “inativos” e “semi-ativos”. A coleta estendeu-se até abril de 2017, como previsto no cronograma da pesquisa.

No intuito de atender ao terceiro objetivo específico, atraso no desenvolvimento da linguagem foi considerada a variável dependente. A partir das considerações realizadas dos estudos apresentados anteriormente, destacou-se a necessidade de se classificar como variáveis independentes: peso ao nascer, IG, índice de Apgar, ocorrências clínicas no pré-natal e no período pós-parto e anomalias congênitas.

3.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE 61587916.0.0000.5393; Ofício CEP-EERP-USP nº373/2016), após anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto ao Comitê de Ética, visto que os dados obtidos no presente estudo eram provenientes de prontuários, não

havendo participação presencial das crianças. Mesmo assim, havia riscos de identificação dos participantes; desse modo, o manuseio dos prontuários ocorreu com sigilo e respeito ao anonimato das crianças, seguindo as diretrizes que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Para tanto, a coleta foi realizada no serviço de saúde, e os prontuários foram manuseados em sala reservada, sendo devolvidos ao responsável pelo serviço, no final de cada dia de coleta.

3.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados, mediante dupla digitação em planilhas do programa software Excel, validados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Inicialmente foi realizada uma pré-análise dos dados, dividida em duas fases. Na fase descritiva, caracterizou-se os participantes, a partir das variáveis de interesse, sendo calculadas frequências e porcentagens das variáveis. Na fase analítica, verificou-se possíveis associações entre a variável dependente (atraso no desenvolvimento) e as variáveis independentes peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, ocorrências clínicas (pré-natal e pós-parto) e anomalias congênitas por meio do teste qui-quadrado (programa IBM SPSS Statistics versão 24) ou pelo teste exato de Fisher (R i386 versão 3.4.0), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Os dados também foram analisados por meio da aplicação do Teste exato de Fisher (Pagano e Gauvreau, 2004), para verificar a associação estatística das variáveis categóricas com os grupos. Nestas análises considerou-se um nível de significância de 5% e os ajustes foram obtidos no software SAS (versão 9.2) utilizando a PROC FREQ.

Utilizou-se ainda modelos de regressão logística multinomial (Hosmer et. al, 2013), quando a variável dependente tem mais de duas categorias. Ou seja, o modelo logístico é estendido quando para uma variável resposta qualitativa que possui mais do que duas categorias, mensurando a chance de ocorrência por meio da medida ODDS RATIO. Nestas análises considerou-se um nível de significância de 5% e os ajustes foram obtidos no software SAS (versão 9.2) utilizando a PROC CATMOD.

4 RESULTADOS

Pelo levantamento inicial de todas as crianças atendidas no Serviço de Estimulação Precoce de 2013 a 2015, que não tiveram alta aos 18 meses, foram identificadas 163 crianças. Após busca exaustiva dos dados (prontuários físicos e eletrônicos), apesar de não terem recebido alta aos 18 meses 12 crianças não foram identificadas com atrasos relacionados ao desenvolvimento da linguagem, sendo encaminhadas apenas para fisioterapia e/ou terapia ocupacional (devido outros atrasos no desenvolvimento); 11 crianças foram consideradas desistentes do serviço, por não terem frequentado os grupos de atendimento até os 18 meses e/ou três tiveram alta antes dos 18 meses.

Os prontuários físicos que não foram encontrados (principalmente os do primeiro semestre de 2013), foram buscados via sistema digital pelo número do Hygia da criança; porém, nesse período estava sendo realizada a transição de registros nos prontuários físicos para o sistema informatizado e parte dos profissionais não realizava o registro digital nesse período inicial.

Ao final das buscas dos prontuários, obteve-se um total de 137 crianças que foram incluídas no estudo.

Nos três anos elencados para o estudo observou-se que 78 prontuários (56,9%) eram de crianças que deram entrada no serviço no ano de 2013, 49 (35,8%) em 2014, e 10 (7,3%) no ano de 2015. Os dados não encontrados durante a consulta nos prontuários são apresentados nas tabelas, a seguir, como “sem registro”.

Os locais de nascimento das crianças se distribuíram em Hospital 1, hospital universitário de nível terciário que presta assistência de alto risco para gestantes e RN, referência para municípios da região; Hospital 2, maternidade que assiste às gestantes, parturientes e puérperas de baixo risco; Hospital 3, instituição de saúde que oferece atendimento, de baixo risco, conveniado e particular, além do SUS e Hospital 4, que atende usuários do SUS e possui convênio próprio, assiste nascimentos de baixo e médio risco.

Quanto à caracterização das crianças (tabela 1), a maioria era do sexo masculino; com o local de nascimento distribuído entre Hospital 1, 2 e 3.

Grande parte foi identificada com mais de um risco ao nascimento, sendo que quase metade apresentou baixo peso associado à prematuridade e um quinto teve ocorrências clínicas no pós-parto.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas às crianças. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

Variável	n (137)	%
Hospital		
1	48	35,0
2	44	32,1
3	40	29,2
4	2	1,5
Outra cidade	3	2,2
Sexo		
Feminino	56	40,9
Masculino	73	53,3
Sem Registro	8	5,8
Risco		
Apgar	13	9,5
Baixo peso	14	10,2
Prematuridade	9	6,6
Pós-maturidade	2	1,5
Ocorrências clínicas pós-parto	28	20,4
Anomalias congênitas	5	3,6
Risco associados	66	48,2

Quanto aos dados maternos, a média da idade materna foi de 28,58 anos; a maioria das mães vivia com o companheiro. Em grande parte dos casos, a concepção da criança não foi planejada e a maioria das mães realizou acompanhamento pré-natal. Houve prevalência de registros de intercorrências durante a gestação e no pós-parto. Cerca de um quarto dos prontuários indicava intercorrências no parto/nascimento (tabela 2).

As intercorrências apresentadas na gestação e pós-parto foram categorizadas, para melhor apresentação e análise dos dados.

As ocorrências apresentadas durante a gestação foram agrupadas em intercorrências decorrentes de *processos fisiológicos*, como contrações antecipadas, perda de líquido amniótico, gravidez ectópica, pré-eclâmpsia; intercorrências relacionadas às *condições clínicas da mulher*, como infecção urinária, hipertensão e diabetes (prévias à gestação), obesidade; *comportamentos de risco* apresentados pela gestante, como o uso de álcool e drogas; e *condições clínicas do feto*, como microcefalia. Os registros nos prontuários indicavam mais de uma intercorrência durante a gestação, seguido de um grande número de intercorrências relacionadas às condições clínicas da mulher.

No período de parto / nascimento, a maioria dos registros nos prontuários se distribuíram entre: aspiração de água do parto e /ou mecônio e bolsa rota.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas aos dados maternos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

Variável	n (137)	%
Idade		
< 20 anos	11	8,0
20 < 35 anos	73	53,3
> 35 anos	31	22,6
Sem registro	22	16,1
Estado civil		
Com companheiro	88	64,2
Sem companheiro	29	21,2
Sem registro	20	14,6
Concepção		
Planejada	53	38,7
Não planejada	68	49,6
Sem registro	16	11,7
Consultas pré-natal		
Não realizou	5	3,6
Realizou	123	89,8
Sem registro	9	6,6
Intercorrências na gestação		
Processo fisiológico	2	2,7
Condição clínica da mulher	27	36,5
Comportamento de risco	7	9,5
Condição clínica do feto	1	1,3
Mais de uma ocorrência	35	47,3
Outro	2	2,7
Intercorrências parto / nascimento		
Aspiração de mecônio	6	16,6
Não chorou / aspirou água do parto	11	30,6
Uso de fórceps	2	5,6
Sufrimento fetal	3	8,3
Bolsa Rota	6	16,7
Sinais de cianose	1	2,8
Intercorrências associadas	7	19,4
Intercorrências pós-parto		
Respiratórias	16	17,6
Malformação	1	1,1
Infecção	3	3,3
Condições clínica / fisiológicas	31	34,1
Intercorrências associadas	40	43,9

As intercorrências no pós-parto foram agrupadas em: *respiratórias*, como desconforto respiratório ou necessidade do uso de oxigênio; relacionadas a *alterações ou comprometimentos neurológicos*, como convulsão e hemiparesia; *malformações*, como sopro cardíaco, imperfuração anal ou fístulas; *infecções adquiridas* após o nascimento, como sepse tardia, pneumonia, meningite; e relacionadas a *condições clínicas/fisiológicas*, como icterícia, dificuldade de amamentação, refluxo gastroesofágico. Na maioria dos casos, identificou-se duas ou mais intercorrências nesse período, sendo que, dessas, a maioria das crianças apresentou a tríade desconforto respiratório, icterícia e dificuldade de amamentação.

Após a caracterização das variáveis relacionadas ao bebê e à mãe, as crianças foram divididas em três grupos, de acordo com o motivo do encaminhamento até os 18 meses, a saber:

- **Grupo 1 (G1):** composto por crianças detectadas com atrasos no desenvolvimento da linguagem, encaminhadas para terapia fonoaudiológica aos 18 meses;
- **Grupo 2 (G2):** composto por crianças que passaram pelo retorno aos 18 meses e, após avaliação multiprofissional, houve dúvida quanto ao atraso ou não nas habilidades esperadas para a faixa etária avaliada, sendo agendado retorno aos dois anos. Na avaliação desse retorno, verificou-se que a criança atingiu o desempenho esperado, recebendo alta;
- **Grupo 3 (G3):** composto por crianças encaminhadas antes dos 18 meses para terapia, devido atraso significativo no desenvolvimento global.

Buscou-se verificar associação entre os grupos acima descritos e as variáveis: riscos, sexo, IG, Apgar, peso ao nascimento e anomalias congênitas (tabela 3); intercorrências na gestação, parto e pós-parto (tabela 4). E a associação entre a idade materna e os riscos apresentados pelas crianças ao nascimento (tabela 5). O teste exato de Fisher indicou associação significativa entre os grupos em relação à variável anomalias congênitas.

Tabela 3. Associação entre os grupos e as variáveis relacionadas à criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

Variável	G1		G2		G3		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Risco							0,087*
Apgar	3	23,1	10	76,9	0	0,0	
Baixo peso	2	15,4	8	61,5	3	23,1	
Prematuridade	3	33,3	4	44,4	2	22,2	
Pós-maturidade	1	50,0	1	50,0	0	0,0	
Ocorrências clínicas pós-parto	7	26,9	13	50,0	6	23,1	
Anomalias congênitas	0	0,0	1	20,0	4	80,0	
Risco associados	9	14,1	42	65,6	13	20,3	
Sexo							0,330**
Feminino	7	12,7	36	65,5	12	21,8	
Masculino	16	22,5	39	54,9	16	22,5	
Idade gestacional							0,199*
<37 semanas	10	19,2	35	67,3	7	13,5	
≥37sem e <41sem	13	18,3	37	52,1	21	29,6	
> 42 semanas	0	0,0	2	100,0	0	0,0	
Apgar 1º minuto							
≤ 4	6	22,2	18	66,7	3	11,1	0,231*
> 4	15	16,1	54	58,1	24	25,8	
Apgar 5º minuto							0,354*
< 7	2	40,0	2	40,0	1	20,0	
≥ 7	19	16,5	70	60,9	26	22,6	
Peso							0,350**
< 2500g	11	22,4	30	61,2	8	16,3	
≥ 2500g	12	15,8	44	57,9	20	26,3	
Anomalias Congênitas							<0,001*
Não	23	20,4	71	62,8	19	16,8	
Sim	0	0,0	3	25,0	9	75,0	

* Teste exato de Fisher

** Qui-Quadrado

Tabela 4. Associação entre os grupos e intercorrências na gestação, parto e pós-parto. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

Variável	G1		G2		G3		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Intercorrência gestação							0,817*
Não	10	19,6	31	60,8	10	19,6	
Sim	13	17,6	43	58,1	18	24,3	
Intercorrência parto							0,773*
Não	15	16,9	54	60,7	20	22,5	
Sim	8	22,2	20	55,6	8	22,2	
Intercorrência pós-parto							0,415*
Não	7	20,6	22	64,7	5	14,7	
Sim	15	16,9	51	57,3	23	25,8	

* Qui-Quadrado

Tabela 5. Associação entre idade materna e riscos apresentados pelas crianças ao nascimento. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

	Idade materna						Valor de p
	< 20 anos		20 < 35		> 35 anos		
	n	%	n	%	n	%	
Riscos							0,420*
Apgar	3	30,0	6	60,0	1	10,0	
Baixo peso	1	14,3	5	71,4	1	14,3	
Prematuridade	0	0,0	7	77,8	2	22,2	
Pós-maturidade	0	0,0	2	100	0	0,0	
Ocorrências clínicas pós-parto	2	7,7	19	73,1	5	19,2	
Anomalias congênicas	0	0,0	1	25,0	3	75,0	
Risco associados	7	10,8	39	60,0	19	29,2	

* Teste exato de Fisher

A tabela 6 apresenta as associações entre os grupos e as variáveis estudadas, analisadas por meio de regressão logística. Ao comparar os Grupos 1 e 2, observou-se que as crianças sem registros de intercorrências durante a gestação e no parto e nascimento, tiveram menores chances de evoluir com atrasos no desenvolvimento da linguagem.

Tabela 6. Associações entre grupos de crianças atendidas em serviço especializado e variáveis maternas e da criança. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017.

	G1 / G2			G1 / G3		
		IC (95%)			IC (95%)	
	Odds Ratio	LI	LS	Odds Ratio	LI	LS
Intercorrências						
gestação						
Não	0,976	0,576	1,655	1,10	0,57	2,14
Sim	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Intercorrências						
parto/nascimento						
Não	0,868	0,467	1,611	1,31	0,62	2,80
Sim	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Intercorrências						
pós-parto						
Não	1,109	0,643	1,915	1,90	0,85	4,22
Sim	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Idade Gestacional						
<37 semanas	8,516	2,712	26,736	N.C.	N.C.	N.C.
≥37sem e <41sem	5,741	1,655	19,916	9,97	0,00	Inf.
>42 semanas	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Apgar 1º minuto						
≤ 4	0,861	0,438	1,695	1,77	0,70	4,48
> 4	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Apgar 5º minuto						
< 7	1,894	0,622	5,769	1,05	0,26	4,22
≥ 7	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Peso						
< 2500g	1,042	0,597	1,820	0,91	0,45	1,86
≥ 2500g	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Anomalias Congênicas						
Não	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Sim						

IC = Intervalo de confiança; LI = Limite inferior; LS = Limite superior; Ref. = Referência; N.C = Não calculado.

Para G1 e G3 observou-se que crianças que não apresentaram registros de intercorrências na gestação, parto e nascimento, tiveram maior chance de apresentarem atrasos no desenvolvimento da linguagem apenas aos 18 meses, e não antes desse período, como é o caso do G3, composto por crianças identificadas com um atraso geral do desenvolvimento e encaminhadas para terapia imediatamente, ou seja, as crianças do G3 (grupo identificado com atraso global do desenvolvimento antes dos 18 meses) tiveram maior chance de terem sofrido intercorrências na gestação e parto / nascimento.

Quanto à IG, as crianças prematuras apresentaram chance 8,51 vezes maior de terem, como desfecho, atraso na linguagem do que as crianças nascidas a termo e pós-termo.

Com relação aos valores de Apgar, ao comparar G1 e G2 tem-se que as crianças que não apresentaram Apgar menor ou igual a 4 no 1º minuto tiveram menos chances de terem atrasos no desenvolvimento da linguagem. Para G1 e G3, as crianças que apresentaram Apgar maior que 4 no 1º minuto tiveram maiores chances de apresentar atrasos no desenvolvimento da linguagem. Das crianças analisadas, aquelas com Apgar menor que 7 no 5º minuto têm maior chance de apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem do que crianças com Apgar maior que 7 no 5º minuto em ambas as comparações.

Crianças com baixo peso ao nascimento tiveram chance 1,04 vezes maior de apresentar atrasos no desenvolvimento da linguagem (G1 x G2). Ao comparar as crianças identificadas com atraso de linguagem aos 18 meses (G1) e crianças identificadas com atraso em vários aspectos do desenvolvimento antes dos 18 meses (G3), aquelas que nasceram com baixo peso tiveram chance menor de atrasos no desenvolvimento da linguagem aos 18 meses, e maiores chances de apresentar um atraso global antes desse período.

5 DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados para a presente investigação, identificou-se número considerável de prontuários com ausência de informações. Essa falta de registro fragiliza a análise dos dados e também não permite que as informações acerca da criança, importantes para a tomada de decisão na assistência, sejam utilizadas pelos próprios profissionais do serviço de saúde. Cabe ressaltar que alguns dados são provenientes do cartão da gestante, da Caderneta de Saúde da Criança, de relatório médico de alta hospitalar após o nascimento ou até mesmo da própria mãe, entrevistada no primeiro atendimento no Serviço de Estimulação Precoce (triagem).

O registro de pacientes em prontuário é apontado como um indicador de qualidade da atenção prestada à população. Além disso, pode-se dizer que tem como base o princípio da integralidade do atendimento. Prado e Fujimori (2006), analisando registros de prontuários em diferentes unidades de saúde, constataram que na unidade em que os registros foram mais sistemáticos, houve melhor compreensão do processo saúde-doença, o que facilita a integração entre os distintos profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas junto às crianças atendidas e possibilita o acompanhamento sistemático da criança, ou seja, promovendo a continuidade da assistência.

Apesar dessa importância, no Brasil, autores vêm apontando baixa qualidade do registro em saúde (ALVES, et al., 2015; MOREIRA, GAÍVA, 2013; PELISSARI, PALHARES, 2015; PRADO, FUJIMORI, 2006; REIS et al., 2015; VASCONCELLOS, GRIBEL, MORAES, 2008). No presente estudo, notam-se prontuários com ausência de informações, referidas como “sem registro” nas tabelas apresentadas, e alguns prontuários não encontrados, devido à mudança no local de funcionamento do serviço. Essas lacunas também foram verificadas ao serem analisados os atendimentos de vários profissionais de saúde entre eles médicos (ALVES et al., 2015; REIS et al., 2015), enfermeiros (MOREIRA, GAÍVA, 2015; NETTO et al., 2015), terapeutas ocupacionais (PELISSARI, PALHARES, 2015), ou equipe multiprofissional (BRASIL et al., 2015; VERSIANI et al., 2015), tanto em hospitais quanto na atenção básica. Os autores, em comum, indicam que a ausência de sistematização dos registros, ou a precariedade no preenchimento das informações, prejudicam o planejamento das intervenções em saúde e a troca de informações adequadas para a continuidade do cuidado. Recomendam a formação permanente dos profissionais para registrar as ações que realizam e facilitar, assim, que tais dados permitam aprimorar a assistência.

Uma alternativa que tem sido discutida, visando a melhora do registro em saúde, é a implantação de prontuários eletrônicos. Devido à grande quantidade de informações

proporcionadas pelas tecnologias de informação, autores apontam para a necessidade de aperfeiçoamentos na área de informação da saúde (BEZERRA, 2009; CÂNEO, RONDINA, 2014; RONDINA, CÂNEO, CAMPOS, 2016).

Um estudo realizado com profissionais da área da saúde avaliou a percepção destes em relação ao prontuário eletrônico. Os resultados mostraram que esta tecnologia é percebida como um mecanismo que contribui com a gestão e a assistência hospitalar mediante mecanismos de controle, porém, os respondentes com maior domínio de informática concordam mais do que aqueles com menor domínio a respeito do impacto desse prontuário no respectivo desempenho (FARIAS, et al., 2011). Tais resultados apontam não só para a necessidade de implantação de sistemas eletrônicos, mas também para o treinamento das equipes de saúde.

No serviço de saúde onde foi realizado o presente estudo, o sistema de prontuário eletrônico do paciente foi recentemente implantado e, tal medida favoreceu a integralidade do atendimento, o melhor acompanhamento da evolução do paciente e tem potencial para diminuir a ausência de registros. Contudo, é preciso que os profissionais responsáveis pelos registros dos atendimentos tenham em mente a real contribuição das informações por eles inseridas no sistema.

Com relação ao risco apresentado ao nascimento, o presente estudo mostrou que a maioria das crianças em risco para o desenvolvimento era do sexo masculino corroborando os resultados de Goes et al. (2015), que avaliou o desenvolvimento motor, linguagem e cognitivo em prematuros e fatores perinatais, neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento anormal. Em seus achados, o sexo masculino indicou risco aumentado de escores anormais em testes padronizados de avaliação do desenvolvimento (GOES et al., 2015). Outro estudo que comparou o desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes nascidos pré-termo e a termo verificou piores desempenhos em crianças do sexo masculino na idade entre 6 e 12 meses (EICKMANN; MALKES; LIMA, 2012). Com o objetivo de investigar o efeito de fatores de risco neonatal em diferentes aspectos da linguagem, Abou-Elsaad et al. (2017) avaliaram 103 crianças; dessas, a maioria também era do sexo masculino.

Mais de um risco ao nascimento foi identificado, sendo que, a prematuridade, em grande parte dos casos, esteve associada ao baixo peso, dado que caminha ao encontro de Ribeiro et al. (2017), que identificaram as duas condições associadas e seu impacto sobre o desenvolvimento da linguagem. Ao compararem o desempenho de crianças nascidas prematuras de baixo peso com crianças nascidas a termo na faixa etária de um a três anos, quanto ao desenvolvimento infantil, nos domínios motor grosso; motor fino adaptativo;

peçoal-social; e linguagem, verificaram desempenho inferior em todas as áreas avaliadas para o grupo de crianças nascidas prematuras e com baixo peso (RIBEIRO et al., 2017). A prematuridade associada a outras variáveis de risco, como o baixo peso, também foram descritas por Soares, Silva e Zuanetti (2017), Caldas (2014) e Silveira (2012) como fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem.

Com relação aos dados maternos, a idade média e o acompanhamento pré-natal foram semelhantes ao estudo de Guimarães et al. (2017), que estimou a prevalência de fatores associados a prematuridade em um município de Minas Gerais, o qual demonstrou que a prematuridade esteve associada à realização de menos de sete consultas pré-natal e à menor idade materna (GUIMARÃES et al., 2017).

A maioria dos prontuários indicava que, a gestação não tinha sido planejada e em grande parte, que as mães não residiam com o parceiro; dados semelhantes aos de Parcerio et al. (2017).

Apesar de a maioria das mães ter realizado o pré-natal, cabe ressaltar que uma pequena porcentagem não realizou o acompanhamento. Dentro dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais constituem uma etapa importante, por oferecer promoção da saúde, além de rastreio, diagnóstico e prevenção das doenças. Nesse intuito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um guia com recomendações de cuidados pré-natais importantes para a mãe e o bebê (OMS, 2016).

O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência; porém, o número ideal de consultas ainda é controverso. Quanto mais cedo se inicia o pré-natal, melhor a disponibilização de ações em saúde que visem assistência adequada; contudo, ainda se faz, de certo modo polêmico, a quantidade ideal de visitas nesse período. Para a OMS, o número adequado deve ser igual ou superior a seis (OMS, 2016).

Com relação às ocorrências na gestação, parto, nascimento e pós-parto, na maioria dos registros observou-se mais de uma intercorrência durante a gestação, sendo que grande parte estava relacionada às condições clínicas da mulher.

Estudo que analisou a influência de intercorrências durante a gestação sobre os sintomas de trabalho de parto prematuro e parto prematuro também verificou que muitas intercorrências relatadas estavam relacionadas à saúde da mulher, dentre elas, as infecções contraídas nesse período, e outras complicações como pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas, descolamento da placenta e estresse materno. Os resultados mostraram que esses fatores, na maioria das vezes, podem estar associados, corroborando o presente estudo (KIM; CHO; CHOI, 2017).

Cabe ressaltar que, com o acompanhamento pré-natal, é possível evitar agravos decorrentes de intercorrências durante a gestação, conforme orienta a OMS (2016). Nesse sentido, o número inferior de encontros entre gestante e profissionais de saúde podem ter repercussões negativas no parto, no nascimento e, conseqüentemente, na saúde do bebê.

No que se refere às intercorrências no parto e nascimento, observou-se nos prontuários que a maioria dos bebês aspirou líquido amniótico e/ou mecônio, e no pós-parto, na maioria dos casos houve associação de duas ou mais intercorrências, sendo que, dessas, o desconforto respiratório, icterícia e dificuldade de amamentação estavam presentes em um grande número de registros.

Chalfun et al. (2009) apontam para uma associação entre riscos apresentados ao nascimento, como baixo peso e prematuridade, e dificuldades respiratórias neonatais e até mesmo morbidades respiratórias no decorrer do primeiro ano de vida.

Segundo a OMS, ao nascer, o bebê inicia sua respiração e para tanto, seu pulmão aumenta o fluxo sanguíneo deixando de ser um órgão preenchido com líquido e torna-se preenchido de ar. Para que este processo tenha condições de acontecer, faz-se importante a presença da função cardiopulmonar adequada. Nesse período, algumas afecções respiratórias podem surgir, entre elas a síndrome do desconforto respiratório (SDR) ou a hipertensão pulmonar persistente, devido imaturidade pulmonar, como também a síndrome de aspiração de mecônio, por intercorrências no processo de nascimento. Também podem ocorrer alterações do desenvolvimento pulmonar do bebê relacionadas a malformações (BRASIL, 2011b).

Das situações acima elencadas, a de maior ocorrência é a SDR que acomete RN prematuros abaixo de 28 semanas de IG; é frequente em crianças de mães diabéticas, masculinas, e que tiveram episódios de anóxia ao nascer (BRASIL, 2011b).

A icterícia neonatal é um processo fisiológico que acomete cerca de 60% dos RN a termo e 80% dos nascidos prematuros (DURÁN; GARCÍA; SÁNCHEZ, 2015) e está associada à alta produção de bilirrubina e dificuldade em metabolizá-la ou de eliminá-la nos primeiros dias de vida. A prematuridade se mostra como fator de risco para sua ocorrência, com piores repercussões para a saúde, como a neurotoxicidade (CORREA-VALENZUELA; GARCÍA-CAMPOS, 2015). Como fator de prevenção ao surgimento da icterícia está a amamentação, iniciada de modo precoce, o facilita a eliminação rápida de mecônio (GOUVEIA; ÓRFÃO, 2009).

Contudo, há que se considerar que em RN prematuros, de baixo peso, com valores de Apgar baixos, que passaram por intercorrências no parto e/ou pós-parto ou que nasceram com

alguma anomalia congênita, é possível que ocorra certa dificuldade em iniciar a amamentação, devido ao quadro neurológico imaturo apresentado ou decorrentes de outras complicações próprias da prematuridade, o que pode explicar a associação da dificuldade com a amamentação, com o desconforto respiratório (outro sinal de imaturidade) e a icterícia.

Silva, Tavares e Gomes (2014) caracterizaram a prática do aleitamento materno em lactentes prematuros e identificaram dificuldades, em um terço deles, quanto à abertura da boca e pouco mais da metade na manutenção da pega da mama materna. Mais de 90% não coordenaram sucção, deglutição e respiração (SILVA; TAVAVES; GOMES, 2014). O desconforto respiratório foi apresentado como um dos fatores que impediram aleitamento materno precoce em estudo de Belo et al. (2014); no presente estudo, a dificuldade respiratória esteve, em grande parte dos casos, associada à dificuldade de amamentação.

Após a divisão dos grupos para melhor interpretação dos resultados, foram realizadas análises estatísticas para verificar associações entre as variáveis, com associação significativa entre os grupos em relação à variável anomalias congênitas.

Ao verificar a prevalência de anomalias congênitas e possíveis fatores associados em nascidos em uma maternidade de São Paulo, Cosme; Lima; Barbosa (2017) indicaram que 1,6% dos bebês nascidos entre 2010 e 2014 tiveram algum tipo de anomalia. Idade materna acima de 40 ano, múltiplas gestações, baixo peso ao nascer apresentaram associação com anomalias congênitas; sexo feminino foi fator de proteção (COSME; LIMA; BARBOSA, 2017).

No que se refere à análise de regressão logística, a ausência de intercorrências nos períodos da gestação e parto / nascimento atuou como fator de proteção para o desfecho atraso de linguagem ao comparar G1 e G2. Já na comparação dos grupos de crianças identificadas com atraso na linguagem aos 18 meses (G1) e de crianças identificadas com atraso global do desenvolvimento antes dos 18 meses (G3), as intercorrências nesse período aumentaram as chances de a criança apresentar atrasos globais no desenvolvimento antes dos 18 meses.

Alguns fatores de risco maternos podem levar à intercorrências durante a gestação e, terem como desfecho, o parto prematuro e/ou a necessidade de cuidados em UTI neonatal, como o controle inadequado do pré-natal, a ocorrência de pré-eclâmpsia e de infecções intra-parto (COSTA et al., 2014).

Giachetta et al. (2010), ao estudarem a influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento do RN pré-termo, avaliando dois grupos de bebês com internação ≤ 34 dias e >34 dias, verificaram que os RN que permaneceram mais tempo hospitalizados mostraram atrasos no desenvolvimento.

A exposição a condições de alto risco no período perinatal, em estudo com crianças entre dois e três anos, indicou que a maioria (66%) apresentou atraso no desenvolvimento da linguagem na faixa etária avaliada. O nascimento prematuro aumentou o risco de atraso em 3,9 vezes, e a presença de outros fatores de risco perinatais como hipoglicemia, hipóxia e dificuldade respiratória aumentou uma vez mais a chance de atraso (ABOU-ELSAAD et al., 2017).

O presente estudo demonstrou que crianças prematuras tiveram maior chance de apresentarem atrasos no desenvolvimento da linguagem aos 18 meses. Além disso, o baixo peso ao nascer aumentou em 1,04 vezes a chance de a criança evoluir com atraso aos 18 meses (G1) e, quando este grupo foi comparado com G3, o baixo peso aumentou a chance de atraso no desenvolvimento global antes dos 18 meses.

Investigação que considerou o desenvolvimento de crianças prematuras longitudinalmente (até a idade escolar), revelou fatores que influenciaram no desenvolvimento cognitivo das crianças, entre eles o baixo peso ao nascer (OR 2,5) e a prematuridade extrema (OR 1,19) (VOSS et al., 2016).

Nesse trabalho, constatou-se que os valores de Apgar podem influenciar no desenvolvimento da linguagem, uma vez que crianças que apresentaram valores menores de Apgar tiveram maiores chances de evoluírem com atraso no desenvolvimento da linguagem.

Razaz et al. (2016) examinaram a relação entre o valor de Apgar no 5º minuto e a vulnerabilidade no desenvolvimento aos cinco anos de idade. Os achados demonstraram que o risco de vulnerabilidade aos cinco anos de idade foi inversamente associado com os valores de Apgar no 5º minuto, e essa relação se estendeu em toda a faixa de pontuação. Crianças com pontuação <4 apresentaram probabilidades de vulnerabilidade 2,71 vezes superiores no domínio da linguagem em comparação com crianças com valor de Apgar de 10 (OR 2,71, IC 95%: 1,22 a 6,01) (RAZAZ et al., 2016).

Diante dos riscos a que as crianças do presente estudo estiveram expostas, cabe ressaltar a importância da estimulação precoce para o desenvolvimento destas, na medida que, a partir do momento em que é identificado o atraso no desenvolvimento (antes dos 18 meses), esta criança é encaminhada imediatamente para o acompanhamento e terapia individual nas áreas de defasagem. Além do acompanhamento e avaliações periódicas, este serviço especializado fornece orientações sobre procedimentos de estimulação do desenvolvimento para as mães, capacitando-as para atuarem como mecanismos de proteção para o desenvolvimento das crianças, reduzindo, assim, impactos negativos futuros.

6 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram identificar fatores de risco que podem repercutir negativamente no desenvolvimento da linguagem infantil. Na população estudada, notou-se a associação de mais de um fator de risco ao nascimento. As variáveis intercorrências na gestação, parto e pós-parto, idade gestacional, Apgar e baixo peso ao nascer influenciaram o desenvolvimento normal da linguagem, aumentando as chances de atrasos durante esse processo.

Sabendo-se da influência desses fatores sobre o desenvolvimento e tratando-se de uma clientela que apresenta possibilidades para progredir com todo o seu potencial, torna-se fundamental a implementação de programas de identificação e estimulação precoces, que atuam de forma preventiva, com intuito de minimizar ou até evitar agravos que possam perdurar até a fase escolar dessas crianças.

Nesse sentido, o serviço de estimulação precoce atua como fator de proteção, com avaliações periódicas e orientações às mães acerca do desenvolvimento infantil, reduzindo a necessidade de atendimentos ou intervenções futuras.

Como fragilidade do estudo, destacam-se as ausências de informações nos prontuários das crianças, que podem ser provenientes tanto de lacunas em documentos fornecidos pela rede de saúde, como de relatos dos acompanhantes das crianças e até mesmo do próprio registro dos profissionais. O preenchimento adequado dos prontuários favorece o atendimento integral e contínuo da criança, em consonância com as diretrizes governamentais.

Conclui-se que há necessidade de acompanhamento e intervenção multiprofissional precoce para essas crianças de risco, intentando o melhor desenvolvimento possível, bem como de ampliar a visibilidade desses serviços que atuam de forma preventiva na saúde da criança.

Sugere-se que os profissionais que atendem as crianças nos diversos setores e serviços de saúde sejam, constantemente, orientados e treinados a fim de identificar crianças em risco para o desenvolvimento, bem como conheçam o fluxo para encaminhá-las aos serviços especializados. Para tanto, ressalta-se a importância de um bom funcionamento da rede de saúde em todos os seus pontos de articulação para garantir o acesso dessas crianças ao atendimento especializado, em tempo oportuno.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os benefícios do presente estudo estão relacionados à atenção à saúde da criança e seus resultados contribuem para a atuação dos profissionais de forma preventiva. Destaca-se a importância de avaliações sistemáticas do desenvolvimento de crianças em risco. Essas observações devem servir de alerta aos profissionais de saúde, para que encaminhem essas crianças oportunamente para o atendimento especializado, podendo assim minimizar ou evitar maiores danos.

Para a Fonoaudiologia, destaca-se serviços como o que atende a criança nessa investigação, enquanto um campo de trabalho importante. Constitui, ainda, a base do desenvolvimento futuro desse indivíduo que se inicia nos primeiros anos de sua vida, período em que ele apresenta maior capacidade de aprender.

O fonoaudiólogo tem o papel de, além de identificar, atuar de modo a favorecer o desenvolvimento global da criança. Sua ação preventiva permite que a criança de risco tenha oportunidade de crescer e evoluir da melhor maneira possível, atendendo às recomendações de organismos nacionais e internacionais que procuram indicar os caminhos para atenção integral voltada a essa clientela.

REFERÊNCIAS

ABOU-ELSAAD, T.; ABDEL-HADY, H.; BAZ, H.; ELSHABRAWI, D. Language and cognitive outcome for high-risk neonates at the age of 2-3 years - experience from an Arab Country. **World J Clin Pediatr.**, v.6, n.1, p.24-33, 2017.

ALVES, M.A.; SZPILMAN, A.R.M.; POTON, W.L. Avaliação do registro médico nos prontuários de um ambulatório de ensino, Vila Velha, ES. **Rev. Bras, Pesq. Saúde**, v.17, n.3, p.69-77, 2015.

AQUINO, F.S.B.; SALOMÃO, N.M.R. Habilidades sociocomunicativas de bebês no primeiro ano de vida: um estudo longitudinal. **Pandéia**, v.21, n.50, p.335-44, 2011.

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET, N.; NEVES, L.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v.67, n.6, p.1000-07, 2014.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v.17, n.4, p.229-32, 2007.

BEFI-LOPES, D.M.; CÁCERES, A.M.; ARAÚJO, K. Aquisição de verbos em pré-escolares falantes do português brasileiro. **Rev. CEFAC**, v.9, n.4, p.444-52, 2007.

BEFI-LOPES, D.M.; CÁCERES, A.M. Verificação da morfologia verbal em pré-escolares falantes do Português Brasileiro. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.14, n.4, p.470-5, 2009.

BELO, M.N.M.; AZEVEDO, P.T.A.C.C.; BELO, M.P.M.; SERVA, V.M.S.B.; BATISTA FILHO, M.; FIGUEROA, J.N. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.14, n.1, p.65-72, 2014.

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, v.1, n.1, p.73-82, 2009.

BRASIL, A.M.F.E.; MEDEIROS, C.R.G.; SALDANHA, O.M.F.L. Estratégia Saúde da Família: análise dos registros em prontuários. **Cad. Pedag.**, v.12, n.1, p.265-76, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. PORTARIA Nº 1.130 do Ministério da Saúde, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BÜHLER, K.E.B.; FLABIANO, F.C.; MENDES, A.E.; LIMONGI, S.C.O. Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. **Rev. CEFAC**, v.9, n.3, p.300-7, 2007.

CALDAS, C.S.O.; TAKANO, O.A.; MELLO, P.R.B.; SOUZA, S.C.; ZAVALA, A.A.Z. Desempenho nas habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras e com baixo peso e fatores associados. **Audiol Commun Res.**, v.19, n.2, p.158-166, 2014.

CÂNEO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **J. Health Inform.** v.6, n.2, p.67-71, 2014.

CARAVALE, B.; TOZZI, C.; ALBINO, G. Cognitive development in low risk preterm infants at 3-4 years of life. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**; v.90, n.6, p.474-79, 2005.

CARNIEL, C.Z.; FURTADO, M.C.C.; VICENTE, J.B.; ABREU, R.Z.; TAROZZO, R.M.; CARDIA, S.E.T.R. et al. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. **Rev. CEFAC**, v.19, n.1, p.109-18, 2017.

CAVICCHIA, D.C. O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. **Psicologia do desenvolvimento**. Unesp. 2010.

CHALFUN, G.; MELLO, R.R.; DUTRA, M.V.P.; ANDREOZZI, V.L.; SILVA, K.S. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Cad. Saúde Pública**; v.25, n.6, p.1399-1408, 2009.

CHEN, G.F.; ZHANG, Y.F.; CHEN, M.Q.; WANG, X.L.; LONG, Q.; KONG, Q. et al. Early multi-disciplinary intervention reduces neurological disability in premature infants. **Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi**. v.16, n.1, p.35-9, 2014.

CORREA-VALENZUELA, S.E.; GARCÍA-CAMPOS, M.L. Proceso enfermero a recién nacido con hiperbilirrubinemia basado en el modelo de adaptación de Roy. **Enfermería Universitaria**, v. 2, n.4, p.226-34, 2015.

COSME, H.W.; LIMA, L.S.; BARBOSA, L.G. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.35, n.1, p.33-8, 2017.

COSTA, A.R.L.L.; ARAÚJO JÚNIOR, E.; LIMA, J.W.O.; COSTA, F.S. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.36, n.1, p.29-34, 2014.

COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.5, p.1101-9, 2007.

CRESTANI, A.H.; MORAES, A.B.; SOUZA, A.P.R. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. **Rev. CEFAC**; v.17, n.1, p.1-6. 2015.

CUSTÓDIO, Z.A.O.; CREPALDI, M.A.; CRUZ, R.M. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo Teste de Denver II: revisão da produção científica brasileira. **Psicologia: Refl. Crítica**, v.25, n.2, p. 400-06, 2011.

DIEPEVEEN, F.B.; DE KROON, M.L.; DUSSELDORP, E.; SNIK, A.F. Among perinatal factors, only the Apgar score is associated with specific language impairment. **Dev Med Child Neurol.**, v.55, n.7, p.631-5, 2013.

DURÁN, M.; GARCÍA, J.A.; SÁNCHEZ, A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. **Enfermería Universitaria**, v.12, n.1, p.41-5, 2015.

DUSING, S.C.; LOBO, M.A.; LEE, H.M.; GALLOWAY, J.C. Intervention in the first weeks of life for infants born late preterm: a case series. **Pediatr Phys Ther.**, v.25, n.2, p.194-203, 2013.

EICKMANN, S.H.; MALKES, N.F.A.; LIMA, M.C. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. **São Paulo Med. J.**, v.130, n.5, p.299-306, 2012.

FANTASIA, V.; FASULO, A.; COSTALL, A.; LÓPEZ, B. Changing the game: exploring infants' participation in early play routines. **Front Psychol.**, v.4, n.522, p.1-9, 2014.

FARIAS, J.S.; GUIMARÃES, T.A.; VARGAS, E.R.; ALBUQUERQUE, P.H.M. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.45, n.5, p.1303-26, 2011.

FAROOQI, A.; ADAMSSON, M.; SERENIOUS, F.; HÄGGLÖF, B. Executive functioning and learning skills of adolescent children born at fewer than 26 weeks of gestation. **PLoS One**, v.11, n.3, p.1-20, 2016.

FASOLO, M.; D'ODORICO, L.; CONSTANTINI, A.; CASSIBBA, R. The influence of biological, social, and developmental factors on language acquisition in pre-term born children. **Int J Speech Lang Pathol.**, v.12, n.6, p.461-71, 2010.

FATTORE, I.M.; UHDE, R.M.; OLIVERIA, L.D.; ROTH, A.M.; SOUZA, A.P.R. Análise comparativa das vocalizações iniciais de bebês prematuros e a termo, com e sem risco ao desenvolvimento. **CoDAS**, v.29, n.4, p.1-9, 2017.

FERREIRA, P.R.; LUCENA, A.M.; MACHADO-NASCIMENTO, N.; ALVES, R.O.; SOUZA, V.C.A.; CARVALHO, S.A.S et al. Estratégias de percepção da língua materna: do nascimento até um ano de vida. **Rev. CEFAC**, v.18, n.4, p.982-91, 2016.

FLABIANO, F.C.; BÜHLER, K.E.B.; LIMONGI, S.C.O. Desenvolvimento cognitivo e da linguagem expressiva: diversidade e complexidade das produções infantis. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v.22, n.4, p.525-30, 2010.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p. 335-44, 2008.

FREITAS, M.L.L.U. A evolução do jogo simbólico na criança. **Ciências & Cognição**, v.15, n.3, p.145-63, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Relatório Mundial da Infância – 2013: **Crianças com deficiências**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf. Acesso em 18 ago 2015.

FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F.; PARADA, C.M.G.L.; PINTO, I.C.; REIS, M.C.G.; SCOCHI, C.G.S. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.4, p. 640-6, 2010.

GARCIA, P.A.; VIEIRA, M.E.B.; FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M. Influência de fatores de risco no desenvolvimento neuromotor de lactentes pré-termo no primeiro ano de vida. **Rev. Movimenta**, v.4, n.2, p.83-98, 2011.

GIACHETTA, L.; NICOLAU, C.M.; COSTA, A.P.B.M.; ZUANA, A.D. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.17, n.1, p.24-9, 2010.

GOES, F.V.; MÉIO, M.D.B.B.; MELLO, R.R.; MORSCH, D. Evaluation of neurodevelopment of preterm infants using Bayley III scale. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.15, n.1, p.47-55, 2015.

GOMES, M.A.S.M. As políticas públicas na área da saúde da criança. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, n.2, p.328-36, 2010.

GOUVEIA, C.; ÓRFÃO, A. Problemas comuns da amamentação. **Rev Port Clin Geral**, v.25, p.370-75, 2009.

GUIMARÃES, E.A.A.; VIEIRA, C.S.; NUNES, F.D.D.; JANUÁRIO, G.C.; OLIVEIRA, V.C.; TIBÚRCIO, J.D. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.26, n.1, p.91-8, 2017.

HOWARD, K.; ROBERTS, G.; LIM J.; LEE, K.J.; BARRE, N.; TREYVAUD, K. et al. Biological and environmental factors as predictors of language skills in very preterm children at 5 years of age. **J Dev Behav Pediatr.**, v.32 n.3, p.239-49, 2011.

KIM, J.; CHO, M.; CHOI, G. Multiple factors in the second trimester of pregnancy on preterm labor symptoms and preterm birth. **J Korean Acad Nurs.** v. 47, n. 3, p. 357-366, 2017.

KROPIWIEC, M.V.; FRANCO, S.C.; AMARAL, A.R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Rev. paul. Pediatr.** p. 2-8, 2017.

LAMÔNICA, D.A.C.; CARLINO, F.C.; ALVARENGA, K.T. Avaliação da função auditiva receptiva, expressiva e visual em crianças prematuras. **Pro Fono;** v. 22, n. 1, p. 19-24, 2010.

MACHADO, N.P.; ALVES, R.O.; NASCIMENTO, C.R.; LUCENA, A.M.; FERREIRA, P.R.; PARLATO-OLIVEIRA, E. et al. Investigação do reconhecimento do próprio nome em bebês de 4 a 5 meses: estudo piloto. **Rev. CEFAC,** v.15, n.5, p.1080-7, 2013.

MARIA-MENGEL, M.R.S.; LINHARES, M.B.M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.15, n.esp., p.837-42, 2007.

MARINI, P.B.R.; LOURENÇO, M.C.; BARBA, P.C.Z.D. Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no brasil. **Rev. Paul. Pediatr.** p.1-8, 2017.

MARROUN, H.E.; ZEEGERS, M.; STEEGERS, E.A.P.; VEN DER ENDE, J.; SCHENK, J.J.; HOFMAN, A. et al. Post-term birth and the risk of behavioural and emotional problems in early childhood. **Int. J. Epidemiol.,** v.41, n.3, p.773-81, 2012.

MENDES, C.Q.S.; AVENA, M.J.; MANDETTA, M.A.; BALIEIRO, M.M.F.G. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.,** v.15, n.1, p.7-12, 2015.

MONTEIRO-LUPERI, T.I.; BEFI-LOPES, D.M.; DINIZ, E.M.A.; KREBS, V.L.; CARVALHO, W.B. Linguistic performance in 2 years old preterm, considering chronological age and corrected age. **CoDAS.** v.28, n.2, p.118-22, 2016.

MOORE, M.K.; MELTZOFF, A.N. Factors affecting infants' manual search for occluded objects and the genesis of object permanence. **Infant Behav Dev.,** v.31, n.2, p.168-80, 2008.

MOREIRA, M.D.S.; GAÍVA, M.A.M. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental.,** v.5, n.2, p.3757-66, 2013.

MOUSINHO, R.; SCHMID, E.; PEREIRA, J.; LYRA, L.; MENDES, L., NÓBREGA, V. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. **Rev. Psicopedag.,** v.25, n.78, p.297-306, 2008.

NOBRE, F.D.A.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicologia: Refl. Crítica,** v.22, n.3, p. 362-69, 2009.

OLIVEIRA, T.G.; FREIRE, P.V.; MOREIRA, F.T.; MORAES, J.S.B.; ARRELARO, R.C.; ROSSI, S. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v.10, n.1, p.22-8, 2012.

ORR, E.; GEVA, R. Symbolic play and language development. **Infant Behav Dev.**, v.38, p.147-61, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>. Acesso em: 26 jul 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Anomalias congênitas. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>. Acesso em: 15 nov 2017.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. São Paulo: AMGH editora, 2013. p. 173-200.

PARCERO, S.M.J.; COELHO, E.A.C.; ALMEIDA, M.S.; ALMEIDA, M.S.; NASCIMENTO, E.R. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. baiana enferm.**, v.31, n.1, p.1-9, 2017.

PEDROSO, F.S.; ROTTA, N.T.; DANESI, M.C.; AVILA, L.N.; SAVIO, C.B. Evolução das manifestações pré-linguísticas em crianças normais no primeiro ano de vida. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** v.14, n.1, p.22-5, 2009.

PELISSARI, D.C.; PALHARES, M.S. O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional de um ambulatório infanto-juvenil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.23, n.4, p.711-22, 2015.

PEREIRA, A.R. A criança no estado novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

PRADO, S.R.L.A.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 67-71, 2006.

RAZAZ, N.; BOYCE, W.T.; BROWNELL, M.; JUTTE, D.; TREMLETT, H.; MARRIE, R.A. et al. Five-minute Apgar score as a marker for developmental vulnerability at 5 years of age. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.**, v. 101, n. 2, p. 114–120, 2016.

RECHIA, I.C.; OLIVEIRA, L.D.; CRESTANI, A.H.; BIAGGIO, E.P.V.; SOUZA, A.P.R. Efeitos da prematuridade na aquisição da linguagem e na maturação auditiva: revisão sistemática. **CoDAS**, v.28, n.6, p.843-54, 2016.

REIS, Z.S.M.; AGUIAR, R.A.L.P.; FERREIRA, A.A.T.; VIEGAS, A.C.; ANCHIETA, L.M. Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência: uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.25, n.4, p.476-83, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atuação do Serviço de Estimulação do Desenvolvimento Infantil**. 2007. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/projeto.pdf>. Acesso em: 13 jul 2015.

RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.19, n.1, p.215-26, 2014.

RIBEIRO, C.C.; PACHELLI, M.R.O.; AMARAL, N.C.O.; LAMÔNICA, D.A.C. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. **CoDAS**. v.29, n.1, p.1-6, 2017.

RONDINA, J. M.; CANÊO, P. K.; CAMPOS, M. S. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de São José do Rio Preto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 43-52, 2016.

SALUSTIANO, E.M.A.; CAMPOS, J.A.B.D.; IBIDI, S.M.; RUANO, R.; ZUGAIB, M. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.58, n.5, p.587-93, 2012.

SANDRI, M.A.; MENEGHETTI, S.L.; GOMES, E. Perfil comunicativo de crianças entre 1 e 3 anos com desenvolvimento normal de linguagem. **Rev. CEFAC**, v.11, n.1, p.34-41, 2009.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.2, p.209-16, 2005.

SASSÁ, A.H.; HIGARASHI, I.H.; BERCINI, L.O.; ARRUDA, D.C.; MARCON, S.S. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.4, p.541-49, 2011.

SCHEUER, C.I.; BEFI-LOPES, D.M.; WERTZNER H.F. Desenvolvimento da linguagem: uma introdução. In: LIMONGI S.C.O. **Fonoaudiologia informação para formação**. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 1-18, 2013.

DE SCHUYMER, L.; DE GROOTE, I.; BEYERS, W.; STRIANO, T.; ROYERS, H. Preverbal skills as mediators for language outcome in preterm and full term children. **Early Hum Dev.**, v.87, n.4, p.265-72, 2011.

SCOPEL, R.R.; SOUZA, V.C.; LEMOS, S.M.A. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. **CEFAC**, v.14, n.4, p.732-41, 2012.

SILVA, G.M.D.; COUTO, M.I.V.; MOLINI-AVEJONAS, D.R. Risk factors identification in children with speech disorders: pilot study. **CoDAS**, v.25, n.5, p.456-62, 2013.

SILVA, L.M.; TAVARES, L.A.M., GOMES, C.F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrb Comun**, v.26, n.1, p.50-9, 2014.

SILVEIRA, K.A.; ENUMO, S.R.F. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. **Paidéia**, v.22, n.53, p.335-45, 2012.

SOARES, A.C.C.; SILVA, K.; ZUANETTI, P.A. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. **Audiol., Commun. Res.**, v.22, e1745, 2017.

SQUARZA, C.; PICCIOLINI, O.; GARDON, L.; GIANNI, M.L.; MURRU, A.; GANGI, S. et al. Learning disabilities in extremely low birth weight children and neurodevelopmental profiles at preschool age. **Frontiers in Psychology**, v.7, article 998, 2016.

STENE-LARSEN, K.; BRANDLISTUEN, R.E.; LANG, A.M.; LANDOLT, M.A.; LATAL, B.; VOLLRATH, M.E. Communication impairments in early term and late preterm children: a prospective cohort study following children to age 36 months. **J Pediatr.**, v.165, n.6, p.1123-28, 2014.

VALDÉS, L.C.; LOPÉZ, B.M.; FERNÁNDEZ, P.C.L.; OLIVEIRA, H.M.M.; CASTILLO, S.D. Resultados de la aplicación de un programa de estimulación del prelenguaje en niños con factores de riesgo perinatales. **Rev. cienc. med.**, v.17, n.6, p.74-86, 2013.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 173-82, 2008.

VERSIANI, C.M.C.; OHARA, C.V.S.; SAPAROLLI, E.C.L.; SILVA, P.L.N.; AMARA, E.O.; SIQUEIRA, L.G. Avaliação da qualidade dos registros das fichas “C” de crianças menores de um ano das equipes de saúde da família de Montes Claros/MG. **Rev. APS**, v.18, n.1, p.6-15, 2015.

VOSS, W.; HOBBIEBRUNKEN, E.; UNGERMANN, U.; WAGNER, M.; DAMM, G. The development of extremely premature infants. **Dtsch Arztebl Int.**, v.113, p.871–8, 2016.

WARLAUMONT, A.S.; FINNEGAN, M.K. Learning to produce syllabic speech sounds via reward-modulated neural plasticity. **PLoS One**, v.11, n.1, p.1-30, 2016.

WIETHAN, F.M.; MOTA, H.B.; MORAES, A.B. Correlações entre a produção de classes fonêmicas e classes gramaticais no Português Brasileiro. **Audiol., Commun. Res.**, v.21, p.1-9, 2016.

WIETHAN, F.M.; NÓRO, L.A; MOTA, H.B. Aquisição fonológica e lexical inicial e suas inter-relações. **CoDAS**, v.26, n.4, p.260-4, 2014.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noções, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42.

ZAGO, J.T.C.; PINTO, P.A.F.; LEITE, H.R.; SANTOS, J.N.; MORAIS, R.L.S. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. **Rev. CEFAC**, v.19, n.3, p.320-9, 2017.

ZORZI, J.L. O desenvolvimento da comunicação pré-verbal. In: ZORZI, J.L. **A intervenção fonoaudiológica nas alterações de linguagem infantil**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 15-23.

ZORZI J.L.; HAGE S.R.V. **Protocolo de observação comportamental**. São José dos Campos: Pulso, 2004. p. 51-70.

ZORZI, J.L. Alterações da linguagem infantil: considerações sobre o desenvolvimento. Avaliação e diagnóstico. In: FILHO, O.L. (Org). **Tratado de Fonoaudiologia**. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005. p. 615-635.

APÊNDICES

Roteiro de coleta dos dados Criança Nº _____

Data da coleta: ____/____/____

Dados da mãe

(Idm) Idade da mãe: _____

(EstCiv) Estado civil:

(1) vive com companheiro

(2) vive sem companheiro

Dados da criança

(Conc) Concepção:

(1) planejada

(2) não planejada

(IntGest) Intercorrências clínicas na gestação:

(1) não

(2) sim

(IntGestQ) Qual(is): _____

(ConsPN) Consultas Pré-natal:

(1) não realizou

(2) realizou

Condições do nascimento

(DatNasc) Data do nascimento: ____/____/____

(Sexo) Sexo:

(1) feminino

(2) masculino

(IG) Idade Gestacional (Semanas): _____

(IntPósPart) Intercorrências clínicas no pós-parto:

(1) não

(2) sim

(IntPósPartQ) Qual(is): _____

Apgar (Apgar)

1º minuto: _____

5º minuto: _____

(PNasc) Peso ao nascimento (g): _____

(AnCong):

(1) não

(2) sim

(AnCongQ) Qual(is): _____

(IntPaNasc) Intercorrências clínicas parto/nascimento:

(1) não

(2) sim

(IntPaNascQ) Qual(is): _____

Atendimento no serviço especializado

(EncEP) Encaminhamento para Serviço de Estimulação Precoce:

(1) FUV

(2) Unidade de Saúde

(3) livre demanda

(4) outro (inserir nº a cada novo dado) _____

(DatPriAt) Data do Primeiro Atendimento: ____/____/____

(PrimAtQ): Tipo do Primeiro Atendimento

(1) Triagem

(2) Encaminhamento Direto para Grupo

Avaliação fonoaudiológica do desenvolvimento da linguagem em cada atendimento
(Etapas do desenvolvimento esperadas e encontradas/apresentadas pela criança)

(Enc1) Encontro 1: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc1): ____/____/____

(Aval2-3) Avaliação 2º e 3º meses

Movimenta-se para localizar estímulos	1
Emite sons	2
Movimenta braços em direção a objetos	3
Outro (Preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc2) Encontro 2: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc2): ____/____/____

(Aval4-5) Avaliação 4º e 5º meses

Acompanha objetos rapidamente	1
Localiza sons	2
Atende pelo nome	3
Pega brinquedos-desejo por objetos	4
Emite sons	5
Outro (Preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc3) Encontro 3: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc3): ____/____/____

(Aval6-7) Avaliação 6º e 7º meses

Exploração de objetos (leva à boca)	1
Vira sem erro para o lado do som	2
Começa a falar as primeiras sílabas	3
Inicia imitação	4
Início da socialização- interação	5
Outro (preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc4) Encontro 4: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc4): ____/____/____

(Aval8-9) Avaliação 8º e 9º meses

Comunicação gestual (oi, tchau) - atitudes intencionais	1
Reconhece o nome	2
Imita sons mais complexos (mama, dada)	3
Outro (preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc5) Encontro 5: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc5): ____/____/____

(Aval10-11) Avaliação 10º e 11º meses

Joga beijo (atitudes convencionais)	1
Percebe ausência de objetos	2
Compreende ordens simples	3
Outro (preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc6) Encontro 6: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc6): ____/____/____

(Aval12) Avaliação 12º mês

Emite palavras com significado	1
Dirige atenção a quem fala	2
Reconhece palavras	3
Compreende o não	4
Gosta de companhia de outras crianças	5
Outro (Preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc7) Encontro 7: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc7): ____/____/____

(Aval15) Avaliação 15º mês

Encaixa objetos	1
Reconhece o uso de vários objetos	2
Atende ordens simples	3
Emite 6 palavras	4
Imita o adulto em tarefas do dia-a-dia	5
Outro (Preencher nº correspondente)	

Observação: _____

(Enc8) Encontro 8: (1) compareceu (2) faltou

(DatEnc8): ____/____/____

(Aval18) Avaliação 18º mês

Brinca concent./fantasiosa/(jogo simb.)	1
Reconhece o uso de vários objetos	2
Empilha objetos	3
Tem consciência de si próprio	4
Identifica partes do corpo	5
Identifica obj. familiares pela nomeação	6
Compreende verbos-ações concretas	7
(dá, quer) linguagem ligada ao presente	
Grande aumento do vocabulário (+15pal)	8
Inicia frase simples	9
Repete palavras familiares	10
Outro (Preencher nº correspondente)	

Observação: _____

ANEXOS

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 2888-2016

DBSJ/dbsj

Ribeirão Preto, 19 de julho de 2016.

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informo que a coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) e a gerência do Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF) manifestaram concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa *"Desenvolvimento da linguagem em crianças de risco menores de dois anos: Influência de fatores de risco e contribuição do serviço especializado"* seja realizada neste serviço da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do referido projeto de pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora CAMILA ZORZETTO CARNIEL (EERP-USP).

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssimo(a) Senhor(a)

Camila Zorzetto Carniel

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 373/2016, de 17.11.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 219ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de novembro de 2016.

Protocolo CAAE: 61587916.0.0000.5393

Projeto: DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM EM CRIANÇAS DE RISCO MENORES DE DOIS ANOS: INFLUÊNCIA DE FATORES DE RISCO E CONTRIBUIÇÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO

Pesquisadores: Camila Zorzetto Carniel

Maria Cândida de Carvalho Furtado (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP