



MARCELA FAVILLA

**CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E PERFIL DE DESENVOLVIMENTO DE
CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS**

CAMPINAS

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

MARCELA FAVILLA

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E PERFIL DE DESENVOLVIMENTO DE
CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção de título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. HELOISA GAGHEGGI RAVANINI GARDON
GAGLIARDO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR
MARCELA FAVILLA, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. HELOISA GAGHEGGI RAVANINI
GARDON GAGLIARDO.

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F278c Favilla, Marcela, 1986-
Características pessoais e perfil de desenvolvimento de crianças
institucionalizadas / Marcela Favilla. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Abrigo. 2. Criança institucionalizada. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Saúde
da criança. I. Gagliardo, Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon, 1958-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Personal characteristics and development profile of institutionalized children

Palavras-chave em inglês:

Shelter

Institutionalized child

Child development

Child health

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo [Orientador]

Maria de Fátima de Campos França

Fabiana Cristina Frigieri de Vitta

Data de defesa: 17-11-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARCELA FAVILLA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). HELOISA GAGHEGGI RAVANINI GARDON GAGLIARDO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). HELOISA GAGHEGGI RAVANINI GARDON GAGLIARDO 

2. PROF(A). DR(A). MARIA DE FÁTIMA DE CAMPOS FRANÇOZO 

3. PROF(A). DR(A). FABIANA CRISTINA FRIGIERI DE VITTA 

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 de novembro de 2014

RESUMO

A institucionalização é considerada uma medida de proteção às crianças que se encontram em condição de risco e vulnerabilidade social. No entanto, o afastamento da família e as condições oferecidas pelos abrigos podem interferir no desenvolvimento físico e emocional saudável. Durante a primeira infância ocorre um intenso desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos essenciais para os avanços desenvolvimentais. Considerando que nesse período, há significativa interação entre as características biológicas e as experiências ambientais, que intervirão no desenvolvimento da criança, este estudo teve por objetivo descrever o perfil de crianças institucionalizadas e o seu desenvolvimento. Para atender esse propósito, definiu-se como objetivos específicos: caracterizar as crianças; caracterizar o contexto institucional; e avaliar o desenvolvimento de crianças de 2 a 24 meses de idade. Delineou-se como estudo seccional e descritivo. Os sujeitos da pesquisa constituíram dois grupos: a) três coordenadores institucionais; b) 16 crianças na faixa etária entre 2 e 24 meses, de ambos os sexos, nascidas a termo ou pré-termo, e que estavam institucionalizadas em abrigos há mais de dois meses. Aos coordenadores institucionais foram aplicados dois questionários, elaborados especificamente para o estudo. O primeiro levantou dados referentes às características institucionais e o segundo sobre as características pessoais das crianças, complementado por consulta aos prontuários institucionais. Para avaliação do desenvolvimento infantil foi utilizado o roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade”, proposto pelo Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Os dados levantados foram registrados em planilhas do programa Microsoft Excel, cujos resultados foram apresentados em tabelas e quadros. Os resultados mostraram que em relação às características pessoais das 16 crianças participantes, a média de idade foi de 10,38 meses, 62,5% era do sexo feminino e 68,8% era da cor branca. Muitas crianças apresentaram problemas de saúde ao nascer e no momento da coleta de dados. O principal motivo de institucionalização

foi a violência doméstica (negligência) e grande parte das crianças estava institucionalizada desde o primeiro mês de vida. A maioria das crianças com problemas de saúde ao nascer eram filhas de mães usuárias de substância psicoativa durante a gestação ou prematuras. Verificou-se que todos os três abrigos eram compostos por uma equipe técnica multiprofissional e ofereciam atividades lúdicas de caráter pedagógico. O resultado da avaliação infantil apontou que 50% das crianças participantes apresentou possível atraso no desenvolvimento, sendo a linguagem a área com maior defasagem. Alerta para as crianças maiores de 12 meses, que foram as que apresentaram pior desempenho. Ao considerar o histórico pregresso e o contexto da criança institucionalizada, destaca-se a importância da qualidade do cuidado, a fim de minimizar os fatores de risco oferecidos pelo ambiente e contribuir para a promoção do seu desenvolvimento.

Palavras-chave: abrigo, criança institucionalizada, desenvolvimento infantil, saúde da criança.

ABSTRACT

Institutionalization is considered a measure of protection to children who are in a vulnerable condition, however, the separation from family and the shelter's conditions may interfere with a child's healthy development. During infancy there is intense skill development and knowledge acquisition essential to developmental advances. During this period there is a significant interaction between biological characteristics and environmental experiences that impacts child development. This study aims to describe the institutionalized children profile and their development. In order to elaborate on this topic, specific objectives were established, such as: to characterize children; to characterize the institutional context; and to evaluate the child's development between ages 2 and 24 months old. It is outlined as a cross-sectional and descriptive study. The study consists of individuals in two groups: a) three institutional directors, and b) 16 institutionalized children aged between 2 and 24 months old. The first lifted data is from institutional characteristics and the second about the children's characteristics, complemented by checking their institutional files. The script of "Child Development Vigilance from 2 Months to 2 Years Old", proposed by the Manual for Child Development Vigilance in the Context of Integrated Management of Childhood Illnesses was used to evaluate the children's development. The data collected was registered in Microsoft Excel, whose results were presented in tables and charts. The results showed that in relation to the personal characteristics of the 16 participating children, the average age was 10.38 months, 62.5% were female and 68.8% were caucasian. Many children had health problems at birth and at the time of data collection. The main reason for institutionalization was domestic violence (negligence) and most of the children were institutionalized since the first month of life. Most children with health problems at birth were children of psychoactive substance users during pregnancy or were premature. It was found that all the shelters were composed of a multidisciplinary technical team and offered ludic activities with pedagogical characteristics. The result of evaluation indicated that 50% of the participating children had possible developmental delay, with language

being the area with greatest lag. Greatest risk was shown in children older than 12 months, who exhibited the worst performance. Considering the past history and the context of institutionalized child, this study highlights the importance of quality of care in order to minimize the risk factors provided by the environment and contribute to the promotion of development.

Key-words: shelter, institutionalized child, child development, child health.

SUMÁRIO

Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Lista de tabelas.....	xix
Lista de quadros.....	xxi
Lista de figuras.....	xxiii
Lista de abreviaturas e siglas.....	xxv
1. Introdução.....	1
1.1 Violência doméstica.....	1
1.2 Instituições de abrigo.....	4
1.3 Rompimento das relações familiares.....	7
1.4 A criança em desenvolvimento: fatores biológicos, ambientais e sociais.....	9
2. Objetivos.....	13
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. Método.....	14
3.1 Delineamento do estudo.....	14
3.2 Aspectos éticos da pesquisa.....	14
3.3 Local do estudo.....	14
3.4 População alvo.....	14
3.4.1 Critérios de inclusão.....	14
3.4.2 Critérios de exclusão.....	15
3.5 Participantes do estudo.....	15
3.6 Instrumentos da pesquisa.....	15
3.7 Procedimentos para coleta de dados.....	17
3.8 Forma de análise dos resultados.....	19
4. Resultados.....	20
4.1 Caracterização pessoal das crianças institucionalizadas.....	20
4.2 Caracterização do contexto institucional.....	26

4.4 Caracterização do perfil de desenvolvimento infantil.....	29
5. Discussão.....	41
5.1 Características pessoais das crianças institucionalizadas.....	41
5.2 Contexto institucional.....	46
5.3 Perfil de desenvolvimento infantil.....	50
6. Considerações finais.....	57
Referências.....	60
Anexo I – Roteiro de avaliação.....	69
Apêndice I – TCLE.....	77
Apêndice II – Questionário.....	79
Apêndice III – Ficha de registro.....	82

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por todas as oportunidades oferecidas e
por todo carinho.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a minha vida pude contar com muitos seres iluminados que me auxiliaram e me inspiraram. Minha eterna gratidão.

Agradeço à Coordenadoria Setorial de Proteção Social de Alta Complexidade (Crianças e Adolescentes) e à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social da Prefeitura Municipal de Campinas, SP, e aos coordenadores dos abrigos institucionais, por aceitarem participar desta pesquisa e nos permitirem adentrar no universo cotidiano da infância institucionalizada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo, pessoa pela qual minha admiração foi de imediato. Obrigada por transmitir seus conhecimentos e por contribuir, de forma tão substancial, na minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

À Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos Françoze, pelos riquíssimos aprendizados. Com o seu olhar crítico e apurado, contribuiu imensamente para a minha formação acadêmica e sugeriu caminhos relevantes para essa pesquisa.

À Profa. Dra. Fabiana Cristina Frigieri de Vitta, que foi para mim um grande exemplo de profissional durante minha graduação e sem dúvidas, contribuiu para a minha formação de terapeuta ocupacional. Obrigada pelas importantes contribuições para esta pesquisa.

À Profa. Dra. Maria Inês Rubo Nobre, pela contribuição na minha qualificação e pela oportunidade de compartilhamento de conhecimentos.

À Coordenação da Pós-Graduação e às professoras do CEPRE, em especial à Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto, que também muito contribuiu nestes últimos anos para a minha formação.

Às minhas colegas de curso e “amigas do peito-cururu”, Amanda Hernandez, Gabriela Corrêa, Giuliana Crepaldi e Júlia Luísa. Foram muitas trocas produtivas, entre filosofias e gastronomias. Obrigada pela ajuda sempre que necessária, pelos conselhos e amizade.

À Taiuani Marquine, querida amiga dos tempos de graduação. Desde nosso primeiro ano, foi minha companheira dos sonhos acadêmicos. Sempre presente, fez a diferença e ainda faz.

À Verônica Luz, sempre disposta para me ajudar, foi por um período, minha conselheira cotidianamente nessa minha jornada.

Às minhas amigas queridas, cada uma, ao seu modo, foram essenciais nesse percurso.

À todos os meus familiares. Em especial aos meus pais, Sandra e Sebastião, e ao meu irmão Samuel, pelo amor e confiança.

Ao meu amor e companheiro, Daniel Tiepo. Quem primeiro me orientou em um projeto de pesquisa, embora também falasse de poesias. Obrigada pela paciência e pelos sorrisos.

“No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá
onde a criança diz: *Eu escuto a cor dos
passarinhos.*
A criança não sabe que o verbo escutar não
funciona para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um
verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz
de fazer nascimentos –
O verbo tem que pegar delírio”

Manoel de Barros

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das crianças de acordo com a idade gestacional ao nascimento e idades cronológica e corrigida no momento da avaliação.....	20
Tabela 2 Distribuição de frequências dos motivos que levaram as crianças à institucionalização.....	23
Tabela 3 Distribuição de frequências de acordo com problemas de saúde ao nascer e o uso de SPA por mães.....	24
Tabela 4 Distribuição de frequências de acordo com idade gestacional das crianças e problemas de saúde ao nascer.....	25
Tabela 5 Identificação e distribuição de frequências das atividades lúdicas oferecidas pelos três abrigos.....	27
Tabela 6 Distribuição das frequências de acordo com a idade, escolaridade e tempo de atuação dos cuidadores de dois abrigos.....	28
Tabela 7 Distribuição das frequências de respostas referente à área de interação pessoa-social.....	30
Tabela 8 Distribuição das frequências de respostas referente à área motora fina.....	31
Tabela 9 Distribuição das frequências de respostas referente à área de linguagem.....	32
Tabela 10 Distribuição das frequências de respostas referente à área motora grossa.....	33
Tabela 11 Distribuição de frequências de acordo com a classificação final do desenvolvimento infantil.....	35
Tabela 12 Distribuição de frequências de acordo com a condição de saúde atual e classificação do desenvolvimento.....	36
Tabela 13 Distribuição de frequências de acordo com idade cronológica e classificação do desenvolvimento.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição das crianças de acordo com suas características pessoais e tempo de institucionalização.....	22
Quadro 2 Caracterização dos abrigos de acordo com sua natureza, composição da equipe profissional e perfil dos coordenadores.....	26
Quadro 3 Descrição das crianças de acordo com a idade considerada para avaliação (cronológica ou corrigida), tempo de institucionalização e desempenho infantil.....	38
Quadro 4 Caracterização dos motivos institucionais e perfil de desenvolvimento infantil.....	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição das frequências de respostas referente à área de interação pessoal-social, motora fina, linguagem e motora grossa.....34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IPA	<i>International Play Association</i>
IPEA	Pesquisa Econômica Aplicada
NP	Número do Projeto
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPA	Substância Psicoativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VDCCA	Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência doméstica

Ao redor do mundo, e particularmente no Brasil, a separação de crianças dos pais devido à exposição a situações de risco, como o abuso, exploração, abandono social e negligência dentro e fora do lar, são situações que justificam a longa permanência de crianças em instituições de acolhimento (1, 2). A Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes (VDCCA) é apontada como motivo principal de institucionalização de crianças e adolescentes, e abrangem as violências: física, psicológica, sexual e negligência (3).

Toda criança tem o direito à saúde plena e de uma vida sem violência. A cada ano, no entanto, milhares de crianças no mundo inteiro são vítimas de abusos físicos, sexuais e emocionais. A VDCCA é um problema global e impacta seriamente a saúde física e emocional, bem-estar e desenvolvimento de suas vítimas, assim como a sociedade em geral (4).

Em estudo sobre a violência familiar realizado em creches e pré-escolas, Santos e Ferriani (5) concluíram que a negligência se encontra muito presente em crianças com idades até 6 anos, que vivem em condição social de pobreza, ou miséria. Além disso, referem que os comportamentos negligentes das famílias com suas crianças e adolescentes podem ser facilitadores de contatos precoces com ambientes de risco, que os tornam vulneráveis às diversas formas de violência, além de colocar em risco a saúde física e mental.

O fenômeno da negligência é significativo e sua compreensão é limitada pela complexidade daquilo que a constitui e pela dificuldade de sua identificação e mensuração, uma vez que pode ser frequentemente confundida com a pobreza ou ser simplesmente consequência desta (6). Muitos estudos apontam que as condições de pobreza podem potencializar fatores geradores de violência mesmo que estes dois fenômenos não tenham relação direta (7).

A negligência é definida como a falha ou a ausência dos pais em promover o desenvolvimento e o bem-estar da criança – se eles têm condição de

proporcionar – no que se refere à saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, residência e condições seguras (6, 8). Inúmeras evidências de negligência podem ser constatadas, tais como a proteção inadequada dos perigos que o ambiente pode oferecer, falta de condições de higiene, privação de alimentação e de escolarização e o não-cumprimento das recomendações de saúde necessárias (8).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns fatores podem aumentar a vulnerabilidade de crianças a sofrerem violência (4, 8).

O primeiro fator refere-se às características individuais do agressor e da criança, tais como: sexo do agressor (depende, em parte, do tipo de abuso; os sexuais estão mais relacionados aos agressores do sexo masculino), idade da criança (acomete mais frequentemente crianças pequenas, embora dependa do tipo de agressão e de país para país), sexo da criança (na maioria dos países, crianças do sexo feminino apresentam risco maior de sofrer violência) e características especiais da criança (crianças nascidas prematuras, deficientes físicos e intelectuais apresentam maior risco de abuso físico e negligência) (8).

O segundo fator está relacionado às características da família: condições e estrutura familiar (existe forte relação entre violência física e mães solteiras, pobres, desempregadas e de baixa escolaridade), tamanho da família e sua composição (um estudo no Chile apontou que famílias com 4 ou mais crianças apresentava maior risco de sofrerem violência), características de personalidade e crença familiar (baixa auto-estima, falta de controle e problemas mentais), histórico de violência familiar (pais que sofreram abusos quando criança), violência em casa (entre o casal) e outras características (como o estresse e o isolamento social) (8).

O terceiro fator envolve a comunidade e o quarto fator, a sociedade que a criança vive: pobreza (estudos apontam a forte associação entre pobreza e maus-tratos com a criança), solidariedade entre comunidades (crianças que vivem em comunidades com pouco investimento tendem a ter maiores problemas psicológicos) e fatores sociais (realidade sociocultural) (8).

Além disso, a OMS (4) também cita características de pais e mães que estão mais susceptíveis a praticarem violência contra a criança e o adolescente, e estas são:

- Dificuldade em manter vínculo com a criança recém-nascida – pode ser consequência de uma gestação difícil, complicações no parto ou desapontamento com o bebê;
- Não demonstram carinho com a criança;
- Foram maltratados quando crianças;
- Não tem consciência sobre o desenvolvimento da criança ou tem falsas expectativas que impedem a compreensão das necessidades e do comportamento da criança;
- Agem de forma violenta para castigar, usando a força física;
- Apresentam problemas de saúde física, cognitiva ou mental, que interfere no seu modo de agir como pais;
- Apresentam falta de controle quando estão tristes ou bravos;
- Usam de forma abusiva álcool ou drogas, inclusive durante o período de gestação;
- Estão envolvidos com atividades criminais;
- Estão socialmente isolados;
- Depressivos ou que apresentam baixa autoestima – acreditam não serem capazes de satisfazer as necessidades da criança e da família;
- Apresentam ter poucas habilidades para cumprir o papel materno ou paterno, como resultado de serem muito novos ou apresentarem baixa escolaridade;
- E apresentam dificuldades financeiras.

Entretanto, não é possível explicar objetivamente os fatores de risco que levam a violência contra crianças ou porque isto ocorre em determinadas comunidades mais que outras. De acordo com o modelo ecológico, defendido por muitos autores, entre eles Bronfenbrenner, para compreender a violência é necessário analisar a interação complexa existente entre os fatores em diferentes níveis, sejam nos aspectos individuais, nas relações familiares, na comunidade e

na sociedade. Compreender como esses fatores estão relacionados é um dos passos mais importantes para a prevenção da violência (4, 8).

1.2 Instituições de abrigo

Os abrigos remetem a uma ação política de proteção social, que visa acolher as crianças em um ambiente coletivo de cuidado e afastá-las de suas famílias em decorrência de motivos de vulnerabilidade social. Visa oferecer cuidados físicos adequados, como a alimentação e a higiene, porém podem ser relativamente indiferentes no que se refere aos cuidados emocionais, tornando assim as relações impessoais, burocráticas e pouco afetuosas (9).

Estudos apontam que o abrigo, ainda hoje, é caracterizado como uma entidade total, como as prisões, manicômios e colégios internos, uma vez que oferece medidas de proteção às crianças em situação vulnerável, como também expõe crianças a situações de risco, como a segregação social, o rompimento das relações familiares e a modelagem da subjetividade (9).

Goffman (10) identifica as instituições totais existentes em nossa sociedade e considera que estas podem ser agrupadas, de uma forma geral, em cinco grupos. A primeira delas, e a que pode-se fazer correlação com o tema ora discutido, são as instituições criadas para cuidar de pessoas, sendo estas consideradas incapazes e inofensivas, como as instituições específicas para idosos, órfãos e indigentes.

Assim como as instituições totais, o abrigo visa oferecer moradia para a população de risco, além de proporcionar práticas de lazer e atividades com fins assistenciais, educativos e terapêuticos. Os abrigos para crianças podem apresentar outras características comuns a essas instituições: o numeroso grupo de internos, desconsideração das peculiaridades de cada criança, poucas chances de escolhas e de decisões pessoais, e ainda, o controle de variáveis do ambiente social de acordo com a conveniência da instituição (9).

Outros aspectos das instituições totais também devem ser considerados, como: as atividades da vida diária são realizadas no mesmo local e sob um

mesmo grupo de autoridade; são realizadas na companhia de um grupo de pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e fazem as mesmas coisas em conjunto; são rigorosamente estabelecidas em horários e sequencia pré-estabelecidas; e por fim, todas as atividades consideradas obrigatórias são planejadas para atender aos objetivos da instituição (10). O mesmo autor complementa que a instituição total é um híbrido social, constituída pela comunidade residencial e pela organização formal. Esses estabelecimentos, em nossa sociedade, são estufas capazes de mudar pessoas; considera-se que cada um é experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surge no momento em que o Brasil deseja exterminar com o cenário das instituições asilares para crianças e adolescentes. Embora promulgado em 13 de julho de 1990, o Estatuto ainda encontra-se em fase de implementação e de desconstrução de práticas enraizadas assistencialistas. Dessa forma, existe a necessidade de profissionalização da atenção nos abrigos, de modo a deixar de ser uma prática de sobrevivência simplesmente para que tenha como objetivo visar a manutenção de uma ação de caráter realmente protetora. Ou seja, é desejável um ambiente de acolhimento e de cuidado que promova a re-construção de possibilidades de uma vida saudável (11).

Após implementação do ECA, deu-se início a um novo olhar sobre as questões relacionadas à infância e juventude, visto que a partir de então, as políticas socioeducativas e de proteção são consideradas medidas básicas para essa população. Cada município tem responsabilidade pelas políticas de abrigamento, podem ser implementadas por organizações governamentais ou não-governamentais, e têm como função oferecer um ambiente acolhedor, similar ao ambiente familiar, com um número reduzido de abrigados e cuidadores em número suficiente e que apresentem perfil e conhecimento técnico adequados. Embora tais mudanças, a dinâmica institucional deve ser constantemente repensada a fim de que os traços institucionais do modelo anterior se rompam de forma efetiva (11).

Atualmente, o termo abrigo foi substituído pelo termo acolhimento institucional; é reconhecido como parte integrante da rede de apoio social e afetivo para a criança oriunda de ambiente familiar exposto a privações. O acolhimento pode ser oferecido em três modalidades: o abrigo institucional, a casa lar e a casa de passagem. Independentemente da nomenclatura, todos se enquadram na modalidade de acolhimento (12).

Além disso, existe o programa de família acolhedora, serviço que acolhe crianças e adolescentes na residência de famílias acolhedoras previamente cadastradas e selecionadas, entretanto, esse serviço não se enquadra nas modalidades de acolhimento institucional, tampouco deve ser confundido com a adoção (12).

Os acolhimentos institucionais são responsáveis por zelar pela integridade física e emocional de crianças que necessitam viver afastadas das famílias e, portanto, tem como função primordial a proteção integral de crianças e adolescentes (2). Segundo o artigo 101, parágrafo 1º do ECA (13), o “acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade”.

Assim, a retirada do convívio familiar deve acontecer somente quando for uma medida inevitável, e ainda, a permanência da criança na instituição deve ser breve. A instituição deve favorecer a manutenção e o fortalecimento dos vínculos familiares, e se não possível, deve promover ações eficazes em relação à inserção da criança em família substituta (2).

Dessa forma, as instituições fazem parte do contexto da criança institucionalizada; envolvem uma série de redes de elementos e significações, envolvidos por aspectos orgânicos, físicos, socioeconômico, interacional e ideológico, mas, sobretudo, visam ser um espaço de proteção à criança que se encontra em condições de vulnerabilidade, com vantagens relacionadas ao bem-estar, segurança, acolhimento, cuidados pessoais e moradia (9, 14).

A institucionalização pode, portanto, apresentar riscos e oportunidades de desenvolvimento, cuja vivência institucional pode influenciar a condição psicossocial da criança. Dessa forma, Bronfenbrenner (15) identifica que os fatores físicos e sociais onde a criança institucionalizada se desenvolve é parte integrante do produto da saúde infantil, assim como os aspectos biológicos, sociais e culturais oriundas da família de origem da criança.

1.3 Rompimento das relações familiares

Na sociedade em geral, a família é considerada uma instituição na qual o indivíduo pertence socialmente, cujo conceito/modelo ideal, mitificado no passar dos séculos, é identificado como um lugar seguro para crescer, embora as experiências vividas muitas vezes contradigam com o modelo idealizado (16).

Algumas características fundamentais da família estão relacionadas às questões da afetividade e do compromisso para prover um ambiente que supra as necessidades primárias de sobrevivência, tais como segurança e alimentação, assim como promover condições para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social dos indivíduos pertencentes (16).

O ambiente familiar onde a criança cresce pode influenciar no seu desenvolvimento. Um ambiente enriquecido, com variedade de objetos para exploração direcionada e livre, afetividade e sensibilidade dos cuidadores para interagirem e estabelecerem comunicação com o bebê pode beneficiar o seu desenvolvimento (17).

Estudos apontam sobre a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento da criança, especialmente em seus primeiros dois anos de vida e corroboram com os fundamentos da Teoria do Apego de Bowlby (17, 18).

De acordo com Bowlby (18), os bebês apresentam um “período sensível” no qual se encontram mais dispostos a formar um vínculo com suas mães/cuidadoras, e ressalta a importância dessa ligação emocional para promoção do seu desenvolvimento. O autor considera que crianças que mantêm um vínculo seguro, onde os membros familiares são afetivos e que ofereçam

conforto e proteção, conseguem desenvolver um sentimento de segurança e confiança, diferentemente daqueles que crescem em situações mais vulneráveis.

Nessa perspectiva, a separação de uma figura de apego, por breve ou longo tempo, interfere no desenvolvimento saudável da criança, visto que a privação de laços afetivos pode interferir no seu desenvolvimento, e afetar suas relações interpessoais e com o meio que a cerca (19, 20). Pesquisas nacionais enfatizam os riscos de uma infância passada longe do convívio familiar e os prejuízos da permanência prolongada em instituições para a saúde física e emocional de crianças (21, 22).

As crianças que são afastadas ou abandonadas pelas suas mães/cuidadores e que são inseridas em instituições de abrigo, além do possível rompimento com a figura de apego, deparam-se com uma gama de situações da rotina da instituição e confrontam-se com longos processos judiciais que podem comprometer o seu desenvolvimento e a aprendizagem (23). Além disso, são submetidas à homogeneidade espacial e grupal, dificultando a manifestação das suas características pessoais (24).

Entretanto, deve considerar que a intensidade das reações de crianças separadas de suas mães e inseridas em um ambiente desconhecido, pode ser atenuada por determinadas condições, como a presença de uma pessoa familiar e/ou de objetos familiares e os cuidados maternos de uma “mãe substituta” (20).

Martins e Szymanski (25) citam um estudo de Freud e Burlingham (1960) sobre crianças órfãs de guerra e que viviam em abrigos, nos quais careciam de suas mães e de estímulos ambientais. Entretanto, as crianças e os adolescentes se envolviam em parcerias e aprendiam a interagir, cuidar e consolar uma as outras.

Embora existam possibilidades de promoção de desenvolvimento da criança que por algum motivo foi separada de sua família, deve-se levar em conta de que a privação materna e a não formação de um vínculo seguro pode interferir no desenvolvimento saudável da criança pequena (25).

1.4 A criança em desenvolvimento: fatores biológicos, ambientais e sociais

Segundo Zeanah et al. (26), durante os dois primeiros anos de vida, o afastamento da família e a permanência da criança em instituição que oferece pouco estímulo físico e social à formação da mente podem limitar os notáveis avanços desenvolvimentais nessa fase da vida. Pois, especialmente nos primeiros anos de vida, a interação entre fatores genéticos e experiências ambientais influenciará a neuroplasticidade, fundamental para a expressão do desenvolvimento neurosensório-motor (27, 28, 29).

Segundo Bee (17), especialmente durante os primeiros meses de vida a maturação física, como um “relógio biológico”, refere-se a um período em que o comportamento parece ser governado por mudanças inatas, na medida em que ocorrem sinapses do córtex. Entretanto, deve ser considerada a presença de um ambiente possível de experiências para desencadear o processo de desenvolvimento perceptual, cognitivo e motor, mediado pelo processo de maturação.

Neste período há um intenso desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos que envolvem a integração dos sistemas sensoriais e motores, importantes para a construção do processo intelectual e emocional (30, 31, 32, 33).

A capacidade que a criança pequena tem de explorar o que está ao seu redor é extensiva e dependente de estímulos adequados. Essa capacidade e a maturação fisiológica estão intimamente interligadas e são dependentes uma da outra, pois na medida em que ocorrem mudanças no sistema nervoso, as explorações podem ser mais aprimoradas, contribuindo assim para aquisições de habilidades perceptuais e cognitivas da criança (17).

Quando a criança não tem acesso aos recursos materiais e emocionais, o potencial de desenvolvimento pode ser limitado e não se realizar de forma saudável e adequado, e ainda, implicar riscos aos processos desenvolvimentais (9). Corroborando Bronfenbrenne (15, 34) ao citar que quando a privação de estímulos ocorre especialmente nos primeiros seis meses, fase em que as

interações da criança com a mãe são mais intensas e as ferramentas que possibilitam a aprendizagem e o conhecimento do mundo começam a ser experimentadas, os prejuízos desenvolvimentais tendem a ser mais severos e persistentes e, conseqüentemente, a possibilidade de reparação desses déficits pode ser menor.

Neste sentido, o contexto em que a criança está se desenvolvendo e aprendendo torna-se essencial para a construção da sociabilidade e o amadurecimento psicológico. O contexto engloba não somente os ambientes físicos, como também as redes de relações sociais existentes nesses espaços. Assim, a família, a escola, a creche e o abrigo são instituições pertencentes aos contextos de desenvolvimento infantil (14, 15).

De acordo com Bronfenbrenne (34) “o desenvolvimento infantil é definido como uma mudança duradora na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente” (p.5). Nesse sentido, o autor, uma das figuras-chaves do modelo ecológico, enfatiza que o desenvolvimento de cada criança está diretamente relacionado com a ecologia ou o contexto em que esta está inserida (34).

O contexto se constitui de um ambiente social complexo, incluindo vários personagens, como os pais, irmãos, avós, amigos, cuidadores, professores, animais de estimação, entre outros. Os personagens envolvidos estão inseridos em outros contextos que podem repercutir de forma positiva ou negativa na vida destes, como a sua satisfação no seu emprego e o bom relacionamento com o ambiente escolar. Assim, há o envolvimento de inúmeros contextos, que se interagem, e que dessa forma pode vir a influenciar a forma do desenvolvimento de uma criança (17, 34).

Também deve ser considerado o contexto socioeconômico e cultural em que a criança está inserida, pois um ambiente mais vulnerável, onde há poucas possibilidades de cuidados específicos, como em termos nutricionais, ou a qualidade da instituição, pode até não parecerem diferenças evidentes nos primeiros meses de vida da criança, entretanto, a partir dos 2 anos de idade, as diferenças se evidenciam (17).

Vale ressaltar que o desenvolvimento não é visto como algo que pode ser meramente impactado pelo ambiente; a criança está em constante crescimento por um conjunto de fatores e está inserida em um contexto que pode vir a reestruturá-la. Entretanto, deve-se considerar que determinado ambiente pode influenciar de forma particular cada criança, ou seja, os efeitos podem variar de acordo com as características de cada uma delas (17).

A reflexão sobre os impactos da institucionalização no desenvolvimento de habilidades e na construção do processo emocional, assim como a interação das particularidades genéticas e socioculturais de cada criança, pressupõe que esses aspectos podem configurar o desempenho infantil. Neste sentido, o ambiente institucional deve ter como ação primordial de política de saúde a assistência adequada para promoção de desenvolvimento da criança, visto que, as redes sociais lá existentes, como as pessoas envolvidas e as atividades oferecidas, fazem parte de um sistema que poderá influenciar o comportamento das crianças institucionalizadas (9).

Considera-se que o ambiente institucional pode ser um risco para o desenvolvimento infantil se condições adversas existirem, como a alta relação de crianças por cuidador, alta rotatividade de funcionários e poucas possibilidades de interação e brincadeiras (15, 35). O ambiente em que a criança vive pode proporcionar diferentes formatos ou moldar diversos aspectos do desenvolvimento integral da criança (36).

Nesse sentido, uma melhor qualidade do cuidado institucional é premissa essencial para que a criança institucionalizada estruture sua subjetividade e seu comportamento. Segundo Vectore e Carvalho (23) é necessário que o abrigo seja cuidadosamente constituído como espaço que ofereça vínculos seguros, estabilidade e resiliência, ou seja, ofereça proteção para o desenvolvimento saudável daqueles que lá habitam.

Poucos estudos refletem sobre a real situação e as práticas de atendimento da rede de serviços dessas instituições, embora elas exerçam papel fundamental na sociedade brasileira. Dessa forma, as esferas governamentais, têm-se ressentido dessa ausência de informações, que contribui para estabelecer normas

e diretrizes para o ordenamento e reordenamento das políticas públicas para as crianças institucionalizadas (2).

Nessa perspectiva, faz-se necessária a atenção primária de saúde – cuidados essenciais à saúde – de crianças institucionalizadas. Ademais, os profissionais inseridos no contexto institucional dividem o poder e as responsabilidades sobre as crianças, os quais se relacionam de forma direta ou indireta, e contribuem para o seu desenvolvimento. Medidas sociais de prevenção e tratamento devem constituir parte das ações institucionais, assim como a reflexão sobre o conteúdo e a gestão de políticas públicas capazes de fortalecer as famílias em suas competências e promover a preservação dos vínculos socioafetivos entre pais e filhos (9).

Portanto, considerando que o abrigo institucional é um local de moradia para muitas crianças em situação vulnerável, isto é, com histórico de vida marcado por experiências e situações traumáticas, ressalta-se a importância da estruturação desse contexto para a promoção do desenvolvimento infantil (9).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever o perfil de crianças institucionalizadas e o seu desenvolvimento.

2.2 Objetivos específicos

- a. Caracterizar as crianças de acordo com a idade, condições gerais de saúde, motivo e tempo de institucionalização;
- b. Caracterizar o contexto institucional;
- c. Avaliar o desenvolvimento de crianças de 2 meses a 2 anos de idade no que se refere às áreas motora grossa, motora fina, linguagem e interação pessoal-social.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo seccional e descritivo sobre desenvolvimento de crianças em ambiente institucional.

3.2 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM – UNICAMP), e aprovado em outubro de 2012 sob parecer nº 130.275.

3.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em três abrigos institucionais do município de Campinas, SP.

3.4 População alvo

Coordenadores de abrigos institucionais do município de Campinas, SP e crianças institucionalizadas dos respectivos abrigos que cumpriram com os critérios descritos abaixo.

3.4.1 Critérios de inclusão

- ✓ Coordenadores dos abrigos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I).
- ✓ Crianças na faixa etária entre dois e 24 meses, de ambos os sexos, nascidas a termo ou pré-termo, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação (37), e que estavam institucionalizadas há mais

de dois meses, cujos coordenadores institucionais autorizaram a participação assinando o TCLE.

3.4.2 Critérios de exclusão

- ✓ Crianças com diagnóstico de alterações neuromotoras ou sensoriais.

3.5 Participantes do estudo

Tratou-se de uma amostragem não probabilística por conveniência (38).

Participaram do estudo três coordenadores institucionais e 16 crianças que cumpriram com os critérios de inclusão e que estavam institucionalizadas nos respectivos abrigos no período da coleta de dados.

No abrigo 1 foram incluídas oito crianças; no abrigo 2 foram incluídas quatro crianças; e no abrigo 3 foram incluídas quatro crianças.

3.6 Instrumentos da pesquisa

Para a coleta de dados referentes às características institucionais foi utilizado um questionário (Apêndice II), o qual foi respondido pelos coordenadores institucionais. Tratou-se de um questionário semi-estruturado que abordou questões referentes à rotina, ao ambiente de atividades lúdicas e ao perfil dos profissionais. Como referencial teórico para elaboração do questionário utilizou-se material organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (IPEA/CONANDA) (39).

Para levantamento dos dados referentes às características das crianças foi utilizada uma ficha de registro (Apêndice III), com questões sobre características pessoais, incluindo condições gerais de saúde das crianças e fatores de risco sociais, e foi aplicada ao coordenador institucional ou outro funcionário indicado por este, complementada mediante consulta aos prontuários institucionais.

O questionário e a ficha de registro foram elaborados especificamente para o estudo, de acordo com o interesse dos dados a serem coletados.

Para avaliação do desenvolvimento das crianças participantes foi utilizado o roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade” (Anexo I), proposto pelo Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) (40).

O roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade” (Anexo I), proposto por Figueiras et al. (40) refere-se a um instrumento de avaliação para classificação do desenvolvimento infantil. É composto por 32 marcos de desenvolvimento dividido entre oito faixas etárias (2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24 meses), e abrange quatro áreas do comportamento, sendo estas qualificadas em área motora grossa, motora fina, linguagem e interação pessoal-social. Dessa maneira, para cada faixa etária distribuem-se 4 provas. Os comportamentos avaliados em cada prova são de fácil observação e estão presentes em 90% das crianças com idades de 2 meses a 2 anos (40).

De acordo com as normas de classificação das crianças, conforme seu desempenho, apresentadas no manual do instrumento, a ausência de um ou mais marcos para cada faixa etária significa que a criança apresenta possível atraso no desenvolvimento. Portanto, a presença dos quatro marcos para cada faixa etária significa que a criança apresenta desenvolvimento normal, ou seja, típico para a sua idade cronológica (40).

Conforme Figueiras et al., (40) os comportamentos de referência utilizados no roteiro foram escolhidos com base em quatro escalas de desenvolvimento que são validadas e de uso nacional e internacional, desenvolvidas por Bayley (1993), Frankenburg e Dodds (1967), Gesell e Amatruda (1945) e Pinto, Vilanova e Vieira (1997).

Cabe destacar que o Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, além do roteiro de “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade”, apresenta outro roteiro para levantamento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil e para investigar os

conhecimentos maternos a respeito do desenvolvimento filho. Contudo em virtude das características da população estudada, essas informações não foram objeto do presente estudo (40, 41).

Segundo as autoras, o Manual foi desenvolvido com o objetivo de estimular o profissional da atenção primária a avaliar o desenvolvimento de crianças – particularmente dos grupos em condições de maior vulnerabilidade – até o segundo ano de vida.

3.7 Procedimentos para coleta de dados

Em concordância com normatizações éticas da pesquisa com seres humanos, o projeto foi primeiramente apresentado a Coordenadoria Setorial de Proteção Social de Alta Complexidade (Crianças e Adolescentes), na Prefeitura Municipal de Campinas, SP, tendo sido aprovado pela coordenadora responsável na Carta de Ciência, que autorizou o contato da pesquisadora com os coordenadores dos cinco abrigos institucionais do município.

Conforme artigo 92, parágrafo 1º do ECA (13), as crianças encontram-se sob responsabilidade dos respectivos dirigentes institucionais e serão desvinculadas do acolhimento institucional se inseridas novamente no ambiente familiar de origem ou na família substituta. Diante da responsabilidade dos coordenadores institucionais pelas crianças, procedeu-se ao convite, tendo cada um a liberdade de participar voluntariamente da pesquisa.

Dessa maneira, três coordenadores institucionais concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. Contudo, coordenadores de dois abrigos não aceitaram participar da pesquisa por motivos de reordenamento institucional e por já terem passado por situações similares sem obter *feedback* da pesquisa.

Além das autorizações citadas acima, devido ao caráter público municipal de um dos abrigos, houve também a necessidade de encaminhar um novo documento à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, na Prefeitura Municipal de Campinas, SP, com informações pertinentes sobre a pesquisa. A pesquisa foi autorizada sob ofício nº 10/2013, em abril de 2013.

Após autorização do estudo, iniciou-se a coleta de dados, realizada pela própria pesquisadora responsável, previamente familiarizada com os instrumentos a serem utilizados. A coleta de dados ocorreu em dois abrigos no período de fevereiro a julho de 2013 e em um abrigo de abril a julho de 2013.

O questionário, referente à caracterização do ambiente institucional, foi entregue aos coordenadores e recolhido após o prazo de 15 dias, de acordo com a disponibilidade de cada coordenador institucional. O tempo estimado para responder às perguntas foi de 40 minutos.

A ficha de registro foi aplicada ao coordenador ou a outro funcionário da instituição indicado por este. Os dados foram coletados mediante consulta aos prontuários institucionais. Dessa forma, as informações dependeram da existência dos dados registrados sobre características pessoais, condições gerais de saúde das crianças e fatores de riscos sociais.

O roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade” foi aplicado nas crianças em data e horário previamente marcado com os coordenadores institucionais e de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Os registros da avaliação foram anotados em um bloco de anotações.

Nos dias da aplicação do roteiro foi solicitada a presença de um profissional da instituição. Na ausência de resposta da criança para com o examinador, o cuidador era solicitado a realizar o mesmo procedimento ou dizer se a criança era ou não capaz de realizar determinada tarefa. De acordo com o roteiro de avaliação do desenvolvimento infantil (40), caso a criança não respondesse à prova realizada, em algumas delas era possível considerar a resposta do cuidador e em outras a examinadora deveria considerar o que ela observou.

O ambiente de coleta de dados foi disponibilizado pelas próprias instituições, assegurando a não existência de excesso de estímulos ambientais que pudessem interferir no desempenho da criança. O tempo médio necessário para aplicação das provas foi de aproximadamente 15 minutos, variando de acordo com a faixa etária correspondente da criança.

Os materiais utilizados na avaliação das crianças foram um colchonete, aro vermelho, chocalho, cubo vermelho, caneca, papel sulfite, lápis, papel com figuras, bola, entre outros (40), fornecidos pela pesquisadora.

Considerando que a prematuridade pode interferir no desenvolvimento da criança (41), todas as crianças nascidas pré-termo tiveram a sua idade corrigida no momento da avaliação do desenvolvimento, a fim de obter a expectativa real de cada criança prematura, e não subestimá-las (42).

Dessa forma, para avaliação do desenvolvimento das crianças participantes nascidas pré-termo e com idade até dois anos, utilizou-se a idade corrigida.

3.8 Forma de análise dos resultados

Após a coleta, os dados foram registrados em planilhas do Microsoft Excel, cujos resultados foram inseridos em quadros e tabelas para análise descritiva. As respostas das questões abertas foram agrupadas em categorias. As com menos de duas observações foram agrupadas em uma categoria única denominada “outros”.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo descrevem as características do ambiente institucional e características pessoais de crianças entre dois e 24 meses de idade e seu desenvolvimento, que estavam institucionalizadas em três abrigos, um de caráter público municipal e dois de caráter não-governamental do município de Campinas, SP.

4.1 Caracterização pessoal das crianças institucionalizadas

A caracterização das crianças participantes do estudo foi realizada mediante levantamento de dados referentes às suas características pessoais ao nascimento, sexo, idade gestacional, idade no momento da avaliação, cor/raça, condições gerais de saúde e fatores de risco social.

Na tabela 1 são apresentados os dados referentes à idade gestacional, idade cronológica e corrigida (das crianças que nasceram prematuras) no momento da avaliação.

Tabela 1. Distribuição das crianças de acordo com a idade gestacional ao nascimento e idades cronológica e corrigida no momento da avaliação.

Idade das crianças	Mínima	Máxima	Média	DP	n
IG (semanas)	34	40	36,54	1,89	13
ICro (meses)	3	23	10,38	6,99	16
ICor (meses)	2	18	7,88	6,49	8

DP= desvio padrão; IG = idade gestacional; ICro = idade cronológica; ICor = idade corrigida.

Das 16 crianças participantes do estudo, 5 nasceram a termo e 8 crianças nasceram pré-termo. No momento da avaliação, foi realizada a correção da idade gestacional, sendo que 6 crianças (NP1, NP2, NP3, NP6, NP7 e NP11) tiveram a idade corrigida em 4 semanas e duas crianças (NP8 e NP9) em 8 semanas.

Não foi possível obter dados de nascimento de três crianças, pois os abrigos institucionais não tinham acesso à carteirinha de saúde da criança ou ao seu relatório médico de nascimento.

No que se refere à idade cronológica das crianças, verificou-se que o número de crianças com até 12 meses de idade correspondeu a 68,75% das crianças participantes, ou seja, 11 das 16 crianças.

Foi possível identificar que a maioria das crianças participantes do estudo estavam institucionalizadas desde os seus primeiros meses de vida. Apenas algumas das crianças estavam institucionalizadas por um pequeno tempo, como nos casos específicos das crianças NP5 e NP15.

Verificou-se que das 16 crianças participantes do estudo, houve predomínio do sexo feminino (62,5%) e com relação à cor/raça, houve predomínio da branca (68,8%).

Das 14 crianças das quais se teve acesso aos dados referentes à condição de saúde ao nascer, verificou-se que 9 (64,3%) apresentaram problemas de saúde ao nascimento. Não foi possível obter dados da condição de saúde ao nascimento de duas crianças, por não apresentarem documentação. Em relação à condição atual de saúde, das 16 crianças, 7 (43,8%) apresentaram problemas de saúde no momento deste estudo.

Esses resultados, referentes à idade gestacional e cronológica, tempo de institucionalização, sexo, cor/raça e problemas de saúde, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das crianças de acordo com tempo de institucionalização e suas características pessoais.

(NP)	Idade Gest/s	Idade Cron/m	Idade Cor/m	TInst /m	Sexo	Cor/raça	Problemas de saúde	
							Ao Nascer	Atual
NP1	35	16	15	8	F	Branca	SI	_____
NP2	35	19	18	19	F	Parda	_____	Meningite (5m), infecção de ouvido e “irritação”
NP3	35	12	11	11	F	Preta	DR, sopro cardíaco e secreção garganta	PR e secreção garganta (alergia ao leite)
NP4	39	23	_____	22	F	Branca	DR, DST e atelectasia	_____
NP5	_____	22	_____	2	M	Branca	SI	_____
NP6	35	11	10	11	M	Branca	DR	PR
NP7	37	4	3	4	F	Branca	DR	_____
NP8	35	4	2	4	M	Parda	DR, DST, icterícia e infec. ovular materna	_____
NP9	34	4	2	3	M	Branca	DR	DST (Sífilis)
NP10	40	5	_____	5	F	Branca	Refluxo	Refluxo
NP11	36	3	2	2	F	Branca	_____	_____
NP12	_____	12	_____	9	M	Branca	_____	_____
NP13	38	3	_____	3	F	Preta	_____	_____
NP14	38	3	_____	2	M	Parda	Displasia coxo-femural	_____
NP15	38	14	_____	2	F	Branca	_____	Desnutrição/ Anemia ferropriva
NP16	_____	11	_____	10	F	Branca	DR, DST e hipotireoidismo	Hipotireoidismo e traumatismo craniano devido queda (s/ alteração)

DR= desconforto respiratório; DST= doenças sexualmente transmissíveis; NP= número no projeto; PR= problemas respiratórios; SI= sem informação; Gest/s= gestacional/semanas; Cron/m= cronológica/meses; Cor/m= corrigida/ meses; TInst/m= tempo de institucionalização/meses.

Com relação à caracterização dos problemas de saúde prévios e atuais apresentados pelas crianças, destaca-se que algumas delas apresentaram mais

de um problema de saúde. Dentre os problemas de saúde ao nascer, os mais frequentes foram desconforto respiratório (7 crianças) e DST (3 crianças). Também foi verificado que 6 crianças (NP3, NP4, NP8, NP10, NP14 E NP16) apresentaram “outros” problemas, a saber: sopro cardíaco, meningite, infecção ovular materna, displasia coxo-femural, refluxo, hipotireoidismo, secreção na garganta, icterícia e atelectasia. Foram denominados “outros”, pois apresentaram baixa prevalência, com uma resposta para cada.

Com relação aos problemas de saúde atuais, duas crianças (participantes NP3 e NP6) apresentaram problemas respiratórios no momento da avaliação; uma criança (NP9) apresentou DST. Verificou-se que 5 crianças (NP2, NP3, NP10, NP15, NP16) apresentaram meningite, refluxo, hipotireoidismo, desnutrição/ anemia ferropriva, traumatismo craniano devido queda (sem alteração), infecção de ouvido, “irritação” e secreção na garganta (alergia ao leite).

Na tabela 2 são apresentadas as frequências dos motivos que levaram a institucionalização das crianças participantes do estudo.

Tabela 2. Distribuição de frequências dos motivos que levaram as crianças à institucionalização.

Motivos	<i>f</i>	%
Abandono	8	50
VDCCA	16	100,0
Mãe com transtorno mental	1	6,2
Mãe usuária de SPA	11	68,8
Outros	12	75,0

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Foi constatado que são vários os motivos de institucionalização de uma única criança. A VDCCA foi considerada como motivo de institucionalização em 100% da população estudada. No estudo em questão todas as VDCCA se enquadraram como negligência.

Além dos motivos citados acima, verificou-se que 12 crianças (75%) apresentaram “outros” motivos associados à institucionalização, tais como: prostituição, violência entre os pais, situação de rua, pai usuário de SPA/agressivo e mãe com “limitação cultural”, como descrito em um dos prontuários institucionais de uma criança. De acordo com a resposta do coordenador institucional, uma das explicações desse termo utilizado, é pelo fato da mãe já possuir 6 filhos institucionalizados, sendo que 4 residem neste abrigo em questão e outros dois em um outro abrigo.

Nas tabelas 3 e 4 são apresentadas as distribuições de frequências de acordo com os problemas de saúde ao nascer e o uso de SPA por mães das crianças participantes.

Tabela 3. Distribuição de frequências de acordo com problemas de saúde ao nascer e o uso de SPA por mães.

n=14¹

	Mãe usuária		Mãe não usuária		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Problemas ao nascer	8	88,9	1	11,1	9	100
Sem problemas	2	40,0	3	60,0	5	100
Total	10	71,4	4	28,6	14	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

¹ O n=14 da tabela 3 é consequência da ausência de informações referentes às condições de saúde ao nascer de duas crianças participantes.

Tabela 4. Distribuição de frequências de acordo com a idade gestacional das crianças e problemas de saúde ao nascer.

n=12²

	Problemas saúde nascer		Sem problemas		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Id Gest <=37	5	71,4	2	28,6	7	100
Id Gest >37	3	60	2	40	5	100
Total	8	66,7	4	33,3	12	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Quanto ao número de crianças que possuíam algum vínculo com a família de origem (mãe, pai e irmãos) ou extensa (avós, tios e primos) durante o período de institucionalização, foi verificado que apenas duas (NP11 e NP15) das 16 crianças recebiam visitas esporádicas da família extensa e, metade das crianças tinham irmãos na mesma instituição.

Dentre a população estudada, 10 crianças tinham previsão de integração familiar, sendo que 6 dessas estavam em ação de destituição para integração em família substituta e 4 (NP7, NP8, NP11 e NP15) para integração na família extensa. As crianças que não tinham previsão de integração familiar no momento da coleta de dados estavam com seus casos em estudo ou ainda não tinham sido destituídas.

Ainda, como características pessoais das crianças, de acordo com as informações dos responsáveis institucionais, identificou-se que nenhuma das crianças possuía objetos pessoais trazidos de sua casa de origem.

² O n=12 da tabela 4 é consequência da ausência de informações referentes às condições de saúde ao nascer e da idade gestacional das crianças participantes. Das 16 crianças participantes, três não possuíam informação referente à idade gestacional, entretanto, das 13 crianças que possuíam essa informação, uma delas não possuía a informação sobre sua condição de saúde ao nascer, dessa forma, o n= 12 crianças.

4.2 Caracterização do contexto institucional

As características referentes aos abrigos institucionais, tais como a sua natureza, composição da equipe técnica e perfil dos coordenadores institucionais (sexo, idade, escolaridade, profissão), são apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Caracterização dos abrigos de acordo com sua natureza, composição da equipe técnica e perfil dos coordenadores.

Natureza do abrigo	Profissionais da equipe técnica	Coordenador			
		Sexo	Idade	Escol.	Profissão
Não-governamental/ sócio-assistencial	Assistente social, Enfermeiro, Pedagogo e Psicólogo	F	56	Ensino superior	Assistente social
Não-governamental/ sócio-assistencial	Assistente social, Enfermeiro, Pedagogo e Psicólogo	F	35	Ensino superior	Assistente social
Público municipal/ sócio-assistencial	Assistente social, Enfermeiro, Pedagogo e Psicólogo	M	43	Ensino superior	Pedagogo

F= feminino; M= masculino; Escol.= escolaridade.

No que se refere ao sexo e ao número total de crianças residentes dos abrigos, foi verificado que todos os abrigos atendiam crianças e adolescentes de ambos os sexos, e, no momento da coleta de dados, o abrigo 1 acolhia 45 crianças, o abrigo 2, 21, e o abrigo 3, 39.

Todos acolhiam crianças a partir do nascimento, no entanto, as idades máximas de permanência variaram entre os abrigos (abrigo 1: 14 anos; abrigo 2: 18 anos e abrigo 3: 15 anos).

De acordo com as respostas dos coordenadores institucionais, realizou-se a categorização das atividades lúdicas oferecidas pelas três instituições. A sala de estimulação foi considerada o ambiente onde os bebês recebiam estímulos com brinquedos de acordo com sua faixa etária. As atividades artísticas foram denominadas aquelas que envolviam pintura, massinha, cantar músicas e contar histórias. Os jogos abrangeram os jogos de encaixe e de empilhar e os jogos com bola. As brincadeiras envolveram atividades com brinquedos em geral, como os carrinhos e as bonecas. Por fim, as atividades externas eram aquelas que as crianças iam ao parque e faziam passeio, na própria instituição ou em alguma praça próxima ao abrigo.

Na tabela 5 são apresentadas as atividades lúdicas oferecidas pelos três abrigos participantes do estudo.

Tabela 5. Identificação e distribuição de frequências das atividades lúdicas oferecidas pelos três abrigos.

Atividades lúdicas	<i>f</i>	%
Sala de estimulação	2	66,7
Artísticas	1	33,3
Jogos	3	100
Brincadeiras	3	100
Externas	3	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

De modo geral, verificou-se que a maioria dos abrigos proporcionava atividades lúdicas com características pedagógicas, apropriada para a idade das crianças.

Constatou-se que o tempo diário que os coordenadores relataram oferecer de atividade lúdica variou entre os três abrigos. No abrigo 1 eram oferecidas 5h/dia, o abrigo 2, que embora também tivesse pedagogo como membro da equipe, relatou oferecer apenas 1h/dia e o abrigo 3, 2h30/dia.

Na tabela 6 foram descritas características dos cuidadores responsáveis pelas crianças participantes do estudo.

Foram considerados apenas os cuidadores dos abrigos 1 e 3, pois o abrigo 2, de natureza não-governamental, não possuía divisão de cuidadores no cuidado às crianças e adolescentes. Além disso, não foi possível coletar dados sobre o tempo de serviço e idade dos cuidadores, pois a coordenadora dessa instituição não permitiu o acesso a essas informações. No total foram analisados os dados de 16 cuidadores de dois abrigos.

Tabela 6. Distribuição das frequências de acordo com a idade, escolaridade e tempo de atuação dos cuidadores de dois abrigos.

Perfil dos cuidadores		<i>f</i>	%	Total
Idade (anos)	20-30	2	12,5	16
	30-40	6	37,5	
	Mais de 40	8	50,00	
Escolaridade	Fundamental completo	3	18,75	16
	Médio completo	9	56,25	
	Superior incompleto	3	18,75	
	Superior completo	1	6,25	
Tempo de atuação (anos)	Menos de 1	1	6,25	16
	3-5	5	31,25	
	5-10	4	25,00	
	Mais de 10	6	37,5	

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Entre os cuidadores houve predomínio de idades acima de 40 anos. O cuidador com escolaridade superior completa possuía graduação em administração e os três cuidadores com escolaridade superior incompleta estavam cursando pedagogia.

Foi levantado o número de crianças e de cuidadores (responsáveis pelas respectivas crianças) por turno de trabalho de dois dos abrigos. Como existe uma alta rotatividade de crianças, em função de que algumas deixam o abrigo e outras são institucionalizadas, os dados que serão apresentados referentes ao número

de crianças e cuidadores em cada turno de trabalho, referem-se a valores do início da coleta de dados.

Dessa forma, no abrigo 1 havia 8 crianças e 12 cuidadores responsáveis por elas, que se alternavam em 3 turnos de 8 horas cada. A cada turno, 4 cuidadores eram responsáveis pelas 8 crianças, ou seja, uma média de duas por cuidador.

Embora no abrigo 2 não exista divisão entre os cuidadores no cuidado às crianças, foi constatado que haviam no total 21 crianças e adolescentes institucionalizados, e 18 cuidadores responsáveis, distribuídos em apenas 2 turnos de 12 horas cada (turno 1: 10 cuidadores e turno 2: 8 cuidadores). A razão encontrada foi de 2,1 crianças por cuidador no turno 1 e de 2,6 crianças por cuidador no turno 2.

No abrigo 3, havia 6 crianças institucionalizadas e 4 cuidadores responsáveis por elas, sendo que também eram divididos em 3 turnos de 7 horas e 12 minutos, dessa maneira, no turno 1 havia dois cuidadores, e nos turnos 2 e 3 havia apenas um cuidador, ou seja, uma média de 3 crianças para cada cuidador no turno 1 e de 6 crianças para cada cuidador no turno 2 e 3.

4.3 Caracterização do perfil de desenvolvimento infantil

Neste tópico está descrito o perfil de desenvolvimento das crianças no que se refere às áreas: interação pessoal-social, motora fina, linguagem e motora grossa. As crianças foram agrupadas por idades-chaves, correspondentes à sua idade cronológica ou corrigida, conforme recomendado pelo instrumento de avaliação.

De acordo com o roteiro, caso a criança não respondesse à prova realizada, em algumas delas era possível considerar a resposta do cuidador e em outras a examinadora deveria computar o que ela observou. Esse recurso foi mais utilizado em relação às crianças mais velhas, pois foi observado maior dificuldade de interação entre a criança e a examinadora. A descrição de cada prova está em anexo, no roteiro.

Foram avaliadas:

- ✓ Seis crianças correspondentes à idade-chave de 2 meses;
- ✓ Uma criança correspondente à idade-chave de 4 meses;
- ✓ Três crianças correspondentes à idade-chave de 9 meses;
- ✓ Duas crianças correspondentes à idade chave de 12 meses;
- ✓ Uma criança correspondente à idade-chave de 15 meses e;
- ✓ Três crianças correspondentes à idade-chave de 18 meses.

Cabe lembrar que para cada faixa etária, o manual apresenta 4 provas. Neste estudo, os resultados serão apresentados de acordo com a sequência de provas de cada faixa etária.

Dessa forma, na tabela 7 serão apresentadas as frequências que as crianças realizaram a prova 1 do roteiro de avaliação, referente à área de interação pessoal-social, correspondente à cada idade-chave.

Tabela 7. Distribuição das frequências de respostas referente à área de interação pessoal-social.

n=16

Interação pessoal-social		Realizou		Não realizou		Total		
		IC/m	f	%	f	%	f	%
Fixa olhar no rosto		2	6	100	0	0	6	100
Responde ao examinador		4	1	100	0	0	1	100
Brinca de esconde-achou		9	3	100	0	0	3	100
Imita gestos		12	1	50	1	50	2	100
Executa gestos a pedido		15	0	0	1	100	1	100
Identifica dois objetos		18	2	66,7	1	33,3	3	100
Total			13	81,2	3	18,8	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa; IC/m= idade-chave/meses.

Na idade-chave de 12 meses, a prova 1 exigia que a criança imitasse gestos. Primeiramente foi necessário questionar aos cuidadores quais os gestos de conhecimento da criança (por exemplo: mandar beijo). Das duas crianças da faixa etária correspondente, uma realizou a prova. A outra, não realizou e o

cuidador informou que a criança não imitava gestos. Dessa maneira, considerou-se a resposta do cuidador, igualmente observada pela examinadora.

A única criança correspondente à idade-chave de 15 meses não respondeu satisfatoriamente à prova 1 que requeria a realização de um gesto a pedido do examinador ou do cuidador. A criança não respondeu à solicitação do examinador, tampouco do cuidador.

No total verificou-se que 81,2% das crianças responderam satisfatoriamente a habilidade de interação pessoal-social.

As tarefas referentes às habilidades da área motora fina, correspondem à prova 2 do roteiro de avaliação. Os resultados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Distribuição das frequências de respostas referente à área motora fina.

n=16

Motora fina		Realizou		Não realizou		Total	
		f	%	f	%	f	%
	IC/m						
Segue objeto	2	6	100	0	0	6	100
Segura objeto	4	1	100	0	0	1	100
Transfere objetos	9	3	100	0	0	3	100
Faz pinça	12	2	100	0	0	2	100
Coloca blocos na caneca	15	1	100	0	0	1	100
Rabisca espontaneamente	18	2	66,7	1	33,3	3	100
Total		15	93,8	1	6,2	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa; IC/m= idade-chave/meses.

Na idade-chave de 2 meses, a prova 2 exigia que a criança seguisse um objeto suspenso na sua linha média de visão e seguisse uma trajetória horizontal. Todas as seis crianças responderam satisfatoriamente a essa prova.

Na idade-chave de 9 meses, a prova 2 avaliou a habilidade da criança em transferir um objeto de uma mão para outra. Todas as 3 crianças responderam satisfatoriamente ao estímulo.

Na idade-chave de 18 meses, a prova 2 verificou a habilidade da criança em rabiscar espontaneamente. Duas crianças realizaram a prova e uma ignorou totalmente a tarefa, mesmo com o auxílio da cuidadora para sua execução.

Ao considerar todas as crianças, verificou-se que 93,8% realizaram a prova que avaliou a habilidade motora fina.

Na tabela 9 são demonstrados os resultados da prova 3. Essa prova avalia aspectos da linguagem nas diferentes idades-chave.

Tabela 9. Distribuição das frequências de respostas referente à área de linguagem.

n=16

Linguagem	IC/m	Realizou		Não realizou		Total	
		f	%	f	%	f	%
Reage ao som	2	5	83,3	1	16,7	6	100
Emite sons	4	0	0	1	100	1	100
Duplica sílabas	9	1	33,3	2	66,7	3	100
Produz jargão	12	1	50	1	50	2	100
Produz uma palavra	15	0	0	1	100	1	100
Produz três palavras	18	1	33,3	2	66,7	3	100
Total		8	50	8	50	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa; IC/m= idade-chave/meses.

Na idade-chave de 2 meses, a prova 3 verificou a habilidade da criança em reagir ao som. Constatou-se que 5 crianças responderam satisfatoriamente ao estímulo.

Na idade-chave de 12 meses, a prova 3 verificou a habilidade da criança em produzir jargão, ou seja, uma conversa incompreensível consigo mesma ou com a cuidadora ou com a própria examinadora. Uma das duas crianças avaliadas não respondeu ao estímulo de forma satisfatória, e foi confirmado pela cuidadora ao referir que a criança o produzia no dia-a-dia.

Na idade-chave de 18 meses, a prova 3 exigia da criança a produção de 3 palavras. Nenhuma das três crianças avaliadas respondeu satisfatoriamente, no

entanto, o cuidador relatou que uma delas falava cerca de 3 palavras no dia-a-dia, o que foi considerado.

No total de crianças avaliadas na área da linguagem, verificou-se que metade delas (50%) não realizou a prova.

A prova 4 avalia aspectos do desenvolvimento motor grosso em cada idade chave. Os resultados obtidos são demonstrados na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição das frequências de respostas referente à área motora grossa.

n=16

Motora grossa	IC/m	Realizou		Não realizou		Total	
		f	%	f	%	f	%
Eleva a cabeça	2	6	100	0	0	6	100
Sustenta a cabeça	4	1	100	0	0	1	100
Senta sem apoio	9	3	100	0	0	3	100
Anda com apoio	12	1	50	1	50	2	100
Anda sem apoio	15	1	100	0	0	1	100
Anda para trás	18	2	66,7	1	33,3	3	100
Total		14	87,5	2	12,5	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa; IC= idade-chave/ meses.

Na idade-chave de 2 meses, a prova 4 verificou a habilidade da criança em elevar a cabeça, quando em decúbito ventral. Todas as 6 crianças avaliadas desencostaram o queixo da superfície e elevaram a cabeça na linha média, mesmo que momentaneamente, como exigido no roteiro de avaliação.

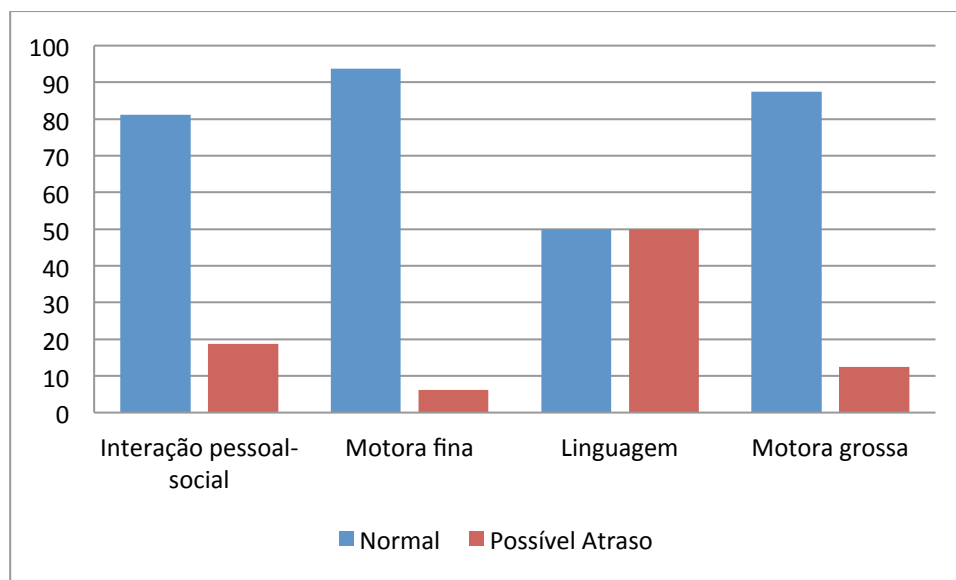
Na idade-chave de 12 meses, a prova 4 verificou a habilidade da criança em andar com apoio, ou seja, com auxílio de algum suporte ou do próprio cuidador ou examinador. Verificou-se que das duas crianças avaliadas, apenas uma foi capaz de se locomover com apoio.

Na idade-chave de 18 meses, a prova 4 verificou se a criança era capaz de andar para trás. Foi possível observar que das três crianças, duas deram pelo menos 2 passos para trás sem cair.

No total de crianças avaliadas, verificou-se que 87,5% apresentaram desempenho satisfatório na área motora grossa.

A figura 1 ilustra o resultado final de todas as áreas avaliadas do desenvolvimento das crianças participantes, como verificado nas tabelas 7, 8, 9 e 10.

Figura 1. Distribuição das frequências de respostas referente à área de interação pessoal-social, motora fina, linguagem e motora grossa.



Após verificar o desenvolvimento das crianças em cada uma das áreas de desenvolvimento, foi possível classificar o perfil do desenvolvimento global das crianças participantes. Se a criança realizou todas as provas (interação pessoal-social, motora fina, motora grossa e linguagem) teve seu desenvolvimento classificado como “normal”, e se não realizou uma ou mais provas, foi classificado como “possível atraso”.

A classificação final de desenvolvimento das crianças participantes de acordo com a sua idade-chave é apresentada na tabela 11.

Tabela 11. Distribuição das frequências de acordo com a classificação final do desenvolvimento infantil.

n=16

Classificação do desenvolvimento	IC/m	Normal		Possível atraso		Total	
		f	%	f	%	f	%
	2	5	83,3	1	16,7	6	100
	4	0	0	1	100	1	100
	9	1	33,3	2	66,7	3	100
	12	1	50	1	50	2	100
	15	0	0	1	100	1	100
	18	1	33,3	2	66,7	3	100
Total		8	50	8	50	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa; IC/m= idade-chave/meses.

Das 6 crianças avaliadas na idade-chave de 2 meses, 5 (83,3%) tiveram o desenvolvimento classificado como normal. Na idade-chave de 9 meses foram avaliadas três crianças e duas delas (66,7%) apresentaram desenvolvimento normal. Na idade-chave de 12 meses, das duas crianças avaliadas, uma (50%) foi classificada com desenvolvimento normal. Das três crianças avaliadas na idade-chave de 18 meses, uma (33,3%) apresentou desenvolvimento normal.

É importante considerar que todos os três abrigos institucionais tiveram metade de suas crianças classificadas com desenvolvimento normal e a outra metade com possível atraso no desenvolvimento.

Na tabela 12 é apresentada a distribuição de frequências de acordo com a condição de saúde atual das crianças participantes e o resultado da classificação do desenvolvimento infantil.

Tabela 12. Distribuição de frequências de acordo com a condição de saúde atual e classificação do desenvolvimento.

n=16

Classificação do desenvolvimento						
Condições de Saúde Atual	Normal		Possível atraso		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Com Problemas	2	28,6	5	71,4	7	100
Sem problemas	6	66,7	3	33,3	9	100
Total	8	50	8	50	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Verificou-se que 7 crianças apresentaram problemas de saúde atual, no qual 5 delas (71,4%) foram classificadas com possível atraso no desenvolvimento. Por outro lado, das 9 crianças que não apresentaram problemas de saúde atual, apenas três (33,3%) apresentaram possível atraso de desenvolvimento. Dessa maneira, evidenciou-se que as crianças participantes que apresentaram melhores condições de saúde no momento da coleta de dados apresentaram também melhores resultados no seu desenvolvimento global, diferentemente daquelas que apresentaram algum problema de saúde.

Na tabela 13 é apresentada a distribuição de frequências de acordo com o perfil de desenvolvimento infantil e a idade cronológica das crianças participantes. As crianças foram divididas em dois grupos, um grupo foi constituído por crianças menores ou igual a 12 meses e o outro por crianças que apresentavam idade superior a 12 meses de idade.

Tabela 13. Distribuição de frequências de acordo com a idade cronológica e classificação do desenvolvimento.

n=16

Classificação do desenvolvimento						
Idade cronológica	Normal		Possível atraso		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
IC <=12	7	63,6	4	36,4	11	100
IC > 12	1	20	4	80	5	100
Total	8	50	8	50	16	100

f= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Das 11 crianças com idade cronológica menor ou igual a 12 meses, 7 (63,6%) apresentaram desenvolvimento normal. Já em relação às crianças com idade maior que 12 meses, observou-se que apenas uma (20%) apresentou desenvolvimento normal. Evidenciou-se, portanto, que a proporção de crianças maiores de 12 meses e que apresentaram possível atraso no desenvolvimento foi superior daquelas que tinham idade entre dois e 12 meses de idade.

No quadro 5 são apresentadas as crianças participantes e suas respectivas idades cronológicas, tempo de institucionalização e desempenho realizado nas provas de acordo com o roteiro de avaliação.

Quadro 3. Descrição das crianças de acordo com a idade considerada para avaliação (cronológica ou corrigida), tempo de institucionalização e desempenho infantil.

Crianças (NP)	Idade Cron/m	Idade Cor/m	TInst/m	Interação pessoal-social	Motora fina	Linguagem	Motora grossa
NP1	16	15	8	X	O	X	O
NP2	19	18	19	X	X	X	X
NP3	12	11	11	O	O	O	O
NP4	23	_____	22	O	O	O	O
NP5	22	_____	2	O	O	X	O
NP6	11	10	11	O	O	X	O
NP7	4	3	4	O	O	O	O
NP8	4	2	4	O	O	O	O
NP9	4	2	3	O	O	O	O
NP10	5	_____	5	O	O	X	O
NP11	3	2	2	O	O	X	O
NP12	12	_____	9	O	O	O	O
NP13	3	_____	3	O	O	O	O
NP14	3	_____	2	O	O	O	O
NP15	14	_____	2	X	O	X	X
NP16	11	_____	10	O	O	X	O

NP= número no projeto; O= realizou; X= não realizou; Cron/m= cronológica/meses; Cor/m= corrigida/ meses; TInst/m= tempo de institucionalização/meses.

De acordo com o quadro 3, 5 crianças não realizaram uma prova, uma criança não realizou duas provas, uma criança não realizou três provas e uma criança não realizou nenhuma das quatro provas.

É importante considerar que a criança (NP2) que não realizou nenhuma prova, apresentou um quadro de meningite aos 5 meses de idade, e em consequência, apresentava um atraso no desenvolvimento global. A criança frequentava terapias, entretanto, seu quadro de desenvolvimento ainda era bastante atrasado. Foi observado que a mesma realizava todas as provas apenas

se considerada a idade-chave de 12 meses e não a de 18 meses, correspondente a sua idade cronológica.

A prova 1, correspondente a área de interação pessoal-social, não foi realizada por três crianças (NP1, NP2 e NP15), sendo que nenhuma delas realizou a prova 3, correspondente a área de linguagem. Em relação ao tempo de institucionalização, as crianças NP1 e NP2 já estavam institucionalizadas há mais de 8 meses, e a criança NP15 estava apenas há 2 meses e tinha 14 meses de idade.

Foi verificado que das 8 crianças que apresentaram possível atraso no desenvolvimento, 5 (NP2, NP6, NP10, NP11 e NP16) estavam institucionalizadas desde o primeiro mês de vida. Entretanto, todas as crianças que apresentaram desenvolvimento normal, também estavam institucionalizadas desde os primeiros meses de vida.

Os dados apresentados no quadro 3 evidenciaram que a maioria das crianças foi inserida precocemente nas instituições. Frente aos resultados não foi possível concluir de que maneira o tempo de institucionalização interferiu no desenvolvimento das crianças.

O quadro 4 caracteriza os motivos de institucionalização e o perfil de desenvolvimento das crianças participantes.

Constatou-se que das 11 crianças que tinham mães usuárias de SPA, 6 (NP5, NP6, NP10, NP11, NP15 e NP16) apresentaram possível atraso no desenvolvimento, sendo que três mães (crianças NP11, NP15 e NP16) eram moradoras de rua. Entretanto, apenas a criança NP5 foi abandonada. Vale considerar que das 8 crianças que foram abandonadas, além da criança NP5, as crianças NP2 e NP6 também foram classificadas com possível atraso no desenvolvimento.

Como pode ser verificado, os motivos que levaram as crianças participantes à institucionalização são variados e se enquadram num perfil bastante semelhante, o que não permitiu verificar de que modo interferiram no perfil de desenvolvimento das crianças.

Quadro 4. Caracterização dos motivos de institucionalização e classificação final de desenvolvimento infantil.

Crianças (NP)	Motivos de institucionalização	Classificação do desenvolvimento
NP1	VDCCA, prostituição e pai faz uso de SPA/ agressivo.	Possível atraso
NP2	VDCCA, abandono e mãe com transtorno mental.	Possível atraso
NP3	VDCCA, mãe usuária de SPA e violência entre os pais.	Normal
NP4	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA, prostituição e pai faz uso de SPA/ agressivo.	Normal
NP5	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA e prostituição.	Possível atraso
NP6	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA e prostituição.	Possível atraso
NP7	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA, prostituição e situação de rua.	Normal
NP8	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA, prostituição e situação de rua.	Normal
NP9	VDCCA, abandono, mãe usuária de SPA (mãe deu luz na rua).	Normal
NP10	VDCCA e mãe usuária de SPA.	Possível atraso
NP11	VDCCA, usuária de SPA e situação de rua (mãe tem 20 anos, 5º filho, frequenta CAPS-AD, reside em albergue).	Possível atraso
NP12	VDCCA e Abandono.	Normal
NP13	VDCCA e mãe com “limitação cultural” (possui 6 filhos institucionalizados).	Normal
NP14	VDCCA, mãe usuária de SPA e situação de rua.	Normal
NP15	VDCCA, mãe usuária de SPA e situação de rua.	Possível atraso
NP16	VDCCA, abandono, usuária de SPA e situação de rua.	Possível atraso

NP= número no projeto.

5 DISCUSSÃO

Ao reconhecer a complexidade de fatores que contribuem ou prejudicam o desenvolvimento de crianças, este estudo teve como propósito descrever o perfil de crianças institucionalizadas e o seu desenvolvimento e caracterizar os fatores ambientais e sociais envolvidos no seu contexto.

As crianças participantes se caracterizaram por estarem institucionalizadas por pelo menos dois meses e não apresentarem problemas sensoriais ou neuromotores, conforme identificado no prontuário institucional.

5.1 Características pessoais das crianças institucionalizadas

Neste estudo, que avaliou o desenvolvimento de 16 crianças de abrigos institucionais, dentre as características ao nascimento, houve predomínio do nascimento prematuro. É fato reconhecido na literatura que o nascimento prematuro não é exclusividade de determinada situação social, embora a prematuridade seja prevalente em países em desenvolvimento e em populações com condições socioeconômicas precárias, bem como entre mães usuárias de álcool (44, 45, 46, 47).

O desenvolvimento da criança está diretamente relacionado com a sua idade gestacional (43). Ramos e Cuman (48) referem que a imaturidade pode levar à disfunção, e o neonato prematuro pode sofrer comprometimento ou intercorrências logo ao nascer ou ao longo do seu desenvolvimento. Os achados do estudo corroboram com os autores acima, uma vez que das 8 crianças que apresentaram problemas ao nascer, 5 (71,4%) nasceram prematuramente.

Problemas neonatais podem aparecer precocemente e ser definitivos, outros aparecem tardiamente e evoluem de forma progressiva, no entanto, a maioria deles desaparece ou é atenuado com o tempo (43), como observado no presente estudo, pois houve uma maior porcentagem de crianças com problemas de saúde ao nascer (9 crianças – 64,3%) do que no momento da coleta de dados (7 crianças – 43,8%). Foi observado que apenas três crianças (NP3, NP6 e NP10)

apresentavam no momento da coleta de dados os mesmos problemas de saúde ao nascer, sendo estes: problemas respiratórios, secreção na garganta e refluxo.

Vale ressaltar que a maioria das crianças que apresentou problemas de saúde ao nascer apresentou desconforto respiratório. Dentre as 7 crianças que apresentaram desconforto respiratório ao nascer, 5 haviam nascido pré-termo. Segundo estudo, o desconforto respiratório é uma característica marcante das crianças que nascem prematuras, e esta pode trazer consequências pulmonares futuras (47).

Além disso, das 9 crianças com problemas de saúde ao nascer, 8 eram filhas de mães usuárias de SPA. É importante considerar que dessas 9 crianças, 7 apresentaram desconforto respiratório, sendo que 6 mães eram usuárias de SPA.

Sobre este aspecto, estudos apontam que entre as complicações neonatais descritas, as mais comuns são o retardo de crescimento pré e pós-natal, diminuição do peso fetal, síndrome da angústia respiratória e icterícia neonatal. Há também uma preocupação com outras doenças (sífilis, hepatite B e AIDS) que podem ser adquiridas pelo usuário de drogas injetáveis e transmitidas ao neonato (43). Estes dados corroboram com os achados do presente estudo, uma vez que houve alto índice de desconforto respiratório e DST.

Verifica-se que, no Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliem as consequências da violência doméstica e familiar contra a mulher para a saúde materno-infantil, e menos ainda sobre sua relação com o nascimento pré-termo (49). A violência entre pais foi apontada como um dos motivos de institucionalização de crianças, entretanto, não se sabe de que maneira esta tem relação com o nascimento prematuro delas.

Embora não exista consenso entre os pesquisadores quanto a relação da violência doméstica na gestação com o nascimento pré-termo (49), tem sido apontado que a rede social de apoio às mulheres grávidas é um importante fator para a manutenção do equilíbrio e da dinâmica familiar. Quando essa rede social de apoio é precária, pode estar associado ao nascimento pré-termo (50).

No que se refere a idade cronológica das crianças no momento da avaliação, os resultados revelaram que a maioria (11 crianças) tinha até 12 meses

de idade cronológica. Esses dados são particularmente importantes quando se considera que na ausência de estímulos apropriados nessa fase da infância, os prejuízos desenvolvimentais tendem a ser mais comprometedores e, conseqüentemente, a possibilidade de reparação dessas alterações pode ser menor (15, 34).

Considerando o referido acima e que, 12 das 16 crianças foram institucionalizadas no primeiro mês de vida, é possível afirmar que a maioria das crianças foi institucionalizada precocemente. Dessa maneira, a vida na instituição faz parte do seu processo de formação e crescimento. De acordo com o modelo ecológico, o desenvolvimento humano sofre influência da longa permanência em instituições, constituindo dessa forma um importante fator de risco à saúde/doença de crianças (14).

Com relação aos motivos de institucionalização das crianças participantes, verificou-se que todas foram encaminhadas aos abrigos por uma série de crises e dificuldades experimentadas pelo grupo familiar.

Observou-se que todas as crianças foram negligenciadas, metade delas foi abandonada e a maioria possuía mães usuárias de SPA . Outros motivos também contribuíram para que as crianças fossem institucionalizadas, como a situação de rua e a prostituição.

Esses achados corroboram com o referido pela OMS (4) no sentido de que os motivos de institucionalização de crianças fazem parte de uma realidade socioeconômica e cultural desfavorável, na medida em que o aumento de violência à criança tem associação com alguns fatores de vulnerabilidade de mães e pais.

Embora não tenha sido objetivo deste estudo, é possível supor que as condições de vulnerabilidade de mães e pais, podem contribuir para institucionalização de crianças (4).

De acordo com a literatura (4), os problemas de saúde cognitiva ou mental, que interferem no modo de agir como pais e o uso de forma abusiva de álcool ou drogas, inclusive durante o período de gestação, são algumas das condições de

vulnerabilidade familiar. Essas características apareceram nos motivos que levaram à institucionalização das crianças participantes.

A combinação de fatores de riscos como a pobreza, desagregação familiar e consumo abusivo de álcool e outras drogas por pais ou cuidadores das crianças também são fatores desencadeadores de descumprimento de pais na atenção devida aos filhos, potencializando o risco de crianças sofrerem qualquer forma de abandono e violência (14).

Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sobre a situação dos abrigos infanto-juvenis no país, foi constatada que a maioria das crianças dos abrigos se encontrava institucionalizada por motivo relacionado à pobreza (51). Pesquisas apontam que condições de pobreza podem potencializar situações de violência, embora não tenham relação direta. É importante considerar que motivos de institucionalização relacionados à pobreza evidenciam falha ou ausência de políticas de apoio aos que delas necessitam (7, 51).

A condição socioeconômica precária das famílias pode funcionar como um elemento agravante, pois aumenta a vulnerabilidade social das famílias, potencializando os fatores de risco e contribuindo para vitimização e institucionalização de crianças e adolescentes (39, 51). Embora não tenha sido possível obter dados referentes à situação econômica das famílias das crianças deste estudo, acredita-se que os motivos de institucionalização identificados, podem ter relação com uma possível condição socioeconômica desfavorável das famílias.

A constatação de que a maioria (68,8%) das mães das crianças institucionalizadas era usuária de SPA tem relação com os estudos que abordam as mudanças do papel social da mulher, especialmente em relação a sua vida profissional e social (52).

Tais mudanças relacionam-se com o aumento expressivo do número de mulheres que fazem uso de bebida alcoólica, tabaco e outras drogas. Consequentemente, há uma preocupação com o seu consumo, pois mulheres que fazem uso abusivo destas substâncias durante a gestação podem comprometer não apenas a si mesmas, como também a criança que está em fase inicial de

desenvolvimento (52), o que foi evidenciado no achado sobre o alto índice de crianças que nasceram com problemas de saúde e tinham mães usuárias de SPA.

Em relação ao vínculo entre criança institucionalizada e família, dentro do abrigo institucional, a pesquisa do IPEA sobre a situação dos abrigos (51), identificou que mais da metade das crianças e adolescentes abrigados mantinham vínculo com seus familiares durante o período de institucionalização. Ao contrário, neste estudo, apenas duas das 16 crianças mantinham contato com familiares, sendo estes da família extensa.

Outro estudo revelou que somente 13,59% das crianças recebiam visitas de seu pai e sua mãe no mesmo encontro, sendo esse percentual um pouco superior (20,41%) quando as visitas eram realizadas por seus pais e de outros familiares. Já as frequências no que se refere apenas a visita da mãe, o percentual subiu para 28,91% e de seu pai foi de apenas 4,89%. Também tiveram os casos de que apenas parentes foram visitar as crianças, e esse número foi de 11,15% (45).

A discussão sobre o direito à convivência familiar das crianças institucionalizadas envolve várias questões e deve-se considerar como prioridade a manutenção da criança no arranjo familiar de origem, evitando-se a separação, e se não houver possibilidade, manter com a família extensa ou substituta (7).

Essa medida é fundamental, pois o aporte afetivo oriundo da família é importante para o desenvolvimento e para a saúde mental infanto-juvenil, bem como a transmissão de valores morais e inclusão na sociedade pertencente (53).

No que se refere a re-integração familiar, observou-se que a maioria das crianças tinha previsão de re-integração em família substituta ou extensa. Nenhuma das crianças possuía previsão de retornar à família de origem, diferentemente de outro estudo que apontou que 33,8% das crianças retornaram ao convívio com a mãe (45).

Importante considerar a relevância de ações que promovam a preservação dos vínculos familiares em ambiente institucional. Neste estudo, 50% das crianças possuíam irmãos no mesmo abrigo institucional, provavelmente em razão de medida excepcional adotada pelas instituições para evitar o desmembramento de grupos de irmãos.

Abrigos institucionais que acolhem crianças e adolescentes do sexo feminino e masculino contribuem para o não-desmembramento de grupos de irmãos, além de favorecerem a construção de suas identidades (54). Essa condição é recomendada pelo ECA (13) e foi constatado que ela é aplicada nas três instituições participantes do estudo em questão, uma vez que irmãos de ambos os sexos viviam na mesma instituição, bem como as crianças de ambos os sexos tinham convívio durante as atividades institucionais.

Outro aspecto que deve ser considerado nos abrigos é sobre a disponibilidade de espaços individuais onde a criança possa guardar seus objetos pessoais, como brinquedos e roupas (55). Entretanto, considerando que as crianças participantes do estudo eram menores de 2 anos de idade e que foram acolhidas pelos abrigos logo nos primeiros meses de vida, especialmente por motivo de negligência e abandono, nenhuma delas possuía objetos pessoais trazidos de casa, provavelmente em função dos motivos da institucionalização identificados neste estudo.

5.2 Contexto institucional

No que se refere à composição da equipe técnica, os três abrigos institucionais possuíam uma equipe multiprofissional e, portanto, estão de acordo com as novas diretrizes do IPEA, em que o reordenamento institucional requer que o acolhimento conte com o suporte multidisciplinar, apto a trabalhar na área da infância e adolescência; de profissionais responsáveis pelo cuidado direto e cotidiano das crianças e dos adolescentes; e de uma equipe de apoio, que desempenha atividades de organização e manutenção diária (56).

É igualmente fundamental que o ambiente institucional proporcione atividades do dia-a-dia o mais semelhante possível de um lar. Deve oferecer brincadeiras e brinquedos típicos para cada idade, e que estes estejam acessíveis às crianças, e se possível, oferecer um ambiente externo para recreação. A disponibilidade desses espaços é importante para o desenvolvimento infantil, mas

também devem ser oferecidas atividades junto à comunidade e espaços públicos (55).

No que diz respeito as atividades de vida diária do ambiente institucional, a disposição dos brinquedos às crianças, bem como o ambiente externo oferecido pela instituição, cabe considerar que, embora o presente estudo não tenha focalizado nessa questão, foi possível identificar que essas atividades estavam disponíveis.

As brincadeiras são, para as crianças, experiências, aprendizados e percepção do mundo que a cerca (57). Todas as atividades lúdicas oferecidas pelos abrigos institucionais tinham características pedagógicas, que colaboram na aprendizagem, aquisição de conhecimentos e habilidades. Ainda, no tocante à brincadeira, sua importância é destacada por ela oferecer às crianças uma ampla estrutura básica para mudanças das necessidades e tomada de consciência: ações na esfera imaginativa, criação das intenções voluntárias, formação de planos da vida real, motivações intrínsecas e oportunidade de interação com o outro, que, sem dúvida contribuirão para o seu desenvolvimento (58).

A atividade artística foi a menos apontada pelos coordenadores. No entanto, é importante considerar que as crianças merecem atenção especial no que diz respeito ao processo criativo, pois são mais sensíveis que os próprios adultos. Ao estimular sua expressão artística, através de músicas, livros, e até mesmo de objetos, estará favorecendo a expressão de ideias, sentimentos, autoconhecimento, aprendizado lúdico, liberdade de criar e descobrir. Por meio da leitura e do lúdico, as crianças aprendem a ouvir, interagir, pensar, comunicar-se e explorar o meio ao seu redor (57).

Além do mais, as brincadeiras e o brincar favorecem as habilidades corporais, intelectuais, linguagem, imaginação e criatividade, assim como permitem à criança explorar o mundo a sua volta, aprender a ganhar e perder, autocontrole, conceitos de valores, limites, entre outros (57).

Vale considerar que uma das instituições de abrigo informou que as atividades lúdicas eram oferecidas apenas 1 hora por dia para as crianças participantes do estudo. Isso pode ser explicado a partir das considerações de

alguns autores, que referem que as crianças de 0 a 2 anos de idade ficam muito tempo dentro do berço ou do espaço dos bebês. No entanto, deve ser estimulado para que participem mais ativamente de atividades, em um ambiente agradável e seguro, onde as crianças possam se mover, arrastar, engatinhar, levantar e andar (53).

A *International Play Association* (IPA) ressalta que toda criança tem o direito de oportunidades iguais e adequadas, em especial aquelas que pertencem a grupos mais vulneráveis, como as crianças em situação de pobreza, vítimas de violência e desastre, institucionalizadas, indígenas e com deficiência. É imprescindível que os adultos compreendam o significado do brincar e sua importância e favoreçam um ambiente possível para interagir (57).

Por isso, compreender a importância do brincar e criar oportunidades para todas as crianças e em especial às crianças institucionalizadas, como as do presente estudo, mostra-se relevante.

De acordo com a literatura, os cuidadores, profissionais responsáveis por cuidar diariamente da criança, na maioria das vezes não tem informação nem conhecimento adequado para estimular cotidianamente o desenvolvimento de crianças, em especial as mais vulneráveis. A capacitação de profissionais é essencial para que tenham clareza dos direitos da criança e do adolescente (como cidadão e sujeito ativo da construção de seu desenvolvimento), assim como para contribuir no desenvolvimento e crescimento das mesmas (59).

Embora o estudo não tenha permitido esclarecer o conhecimento sobre desenvolvimento infantil que os cuidadores responsáveis pelas crianças tinham, os dados coletados apontaram que a maioria deles possuía escolaridade de ensino médio completo, contudo, uma pequena parcela estava cursando graduação de pedagogia, área relevante para o cuidar infantil. Foi observado que estes cuidadores pertenciam ao abrigo que oferecia mais horas de atividades lúdicas diárias (5 horas). Vale considerar também que não foi possível coletar dados referentes à escolaridade dos cuidadores do abrigo que oferecia apenas uma hora de atividades lúdicas.

A pesquisa do IPEA, de abrangência nacional, apontou a relação entre criança institucionalizada e profissional que atua no “cuidado direto”, ou seja, os educadores, cuidadores, monitores e pais sociais (já que a pesquisa atingiu várias modalidades de acolhimento), e a razão encontrada foi de 7 crianças para cada profissional desta área (56). Essa razão variou no presente estudo, de acordo com o abrigo e com o turno de trabalho, e foi constatado mínimo de duas e máximo de 6 crianças por cuidador, valores menores que a média encontrada pelo IPEA. Mesmo no abrigo 2, onde era oferecida apenas 1 hora de atividade lúdica durante o dia às crianças, a razão entre cuidador e criança se manteve na mesma proporção, com média de 2 crianças para cada cuidador.

Conforme estudo, é importante considerar que esta proporção varia em função da faixa etária, sendo que as crianças menores requerem um número maior de educadores. Segundo parâmetro das creches, para a faixa etária de zero a 02 anos, é recomendado um educador para cada 05 crianças (56).

No entanto, quanto menor a razão entre o número de crianças por cuidador melhor seria, uma vez que estes profissionais exerceriam melhor suas atividades e cuidados com as crianças e os adolescentes, já que haveria um maior número de profissionais para cuidar dos abrigados (56).

Com relação ao tempo de atuação no serviço, foi observado que a maioria dos cuidadores do presente estudo trabalhava na instituição há mais de 3 anos, o que também contribui para fortalecimento de vínculos saudáveis entre as crianças e os cuidadores. Tal fato é relevante, pois crianças que não são capazes de desenvolver vínculos saudáveis com seus cuidadores, não desenvolvem sua base emocional necessária, limitando sua capacidade de empatia (4).

É importante ressaltar que os cuidadores são os responsáveis pelo cuidado direto de crianças institucionalizadas, em todas as suas necessidades, uma vez que elas foram afastadas ou abandonadas por sua família de origem e inseridas em ambiente institucional. Eles são responsáveis pelas atividades de vida diária como os cuidados de banho, alimentação, vestuário e brincar. Dessa maneira, contribuem para promoção do desenvolvimento afetivo, físico, cognitivo e social.

5.3 Perfil de desenvolvimento infantil

O desenvolvimento das crianças na área de interação social esteve adequado na maioria das crianças (81,2%). Esses dados correspondem aos encontrados em outros estudos (60, 61) nos quais 18,2% e 15% das crianças de instituições públicas de educação apresentaram defasagens nas interações sociais.

Uma das possíveis explicações para esse resultado é de que a interação pessoal-social se constitui na relação com o outro. A criança, mesmo que ainda bem pequena, se utiliza de várias estratégias gestuais com objetivo de se comunicar e interagir com outras pessoas (62, 63).

A criança institucionalizada depende da equipe dos profissionais responsáveis por estas e do grupo de crianças, inclusive irmãos, que moram no mesmo abrigo institucional, para contribuir no seu desenvolvimento pessoal-social.

A construção de vínculos afetivos e a interação com adultos fortalece a auto-estima das crianças, favorecendo sua comunicação e interação social (53). Este fato ressalta a importância do papel das pessoas que estão envolvidas no cuidado da criança institucionalizada.

Como a maioria das crianças deste estudo apresentou resposta positiva para essa habilidade, pressupõe-se que as interações existentes entre as crianças institucionalizadas e seus cuidadores eram adequadas, embora a porcentagem de crianças com atraso nessa área seja ainda superior aos outros estudos realizados em instituições públicas infantis (60, 61), cujo vínculo materno e familiar era existente.

As habilidades da área motora fina foram aquelas em que as crianças tiveram o melhor desempenho. Nesta área, 93,8% das crianças realizaram as provas solicitadas.

A única atividade não realizada foi a de “rabiscar espontaneamente” com lápis em papel. Essa habilidade foi realizada por duas crianças, entretanto, não demonstraram familiaridade com a atividade. A habilidade de segurar um lápis e

rabiscar sobre o papel se enquadra nas atividades artísticas, que, conforme relatado pelos entrevistados foi a menos oferecida para as crianças.

Se compreendermos o desenvolvimento motor como um processo, entendemos que ele envolve aprendizado e demandas biológicas/maturacionais, ambientais e da própria tarefa a ser executada. Contudo, é preciso considerar que a aprendizagem é um fenômeno que tem a experiência como um pré-requisito (64). Além disso, as habilidades manuais são aprimoradas ao longo dos primeiros dois anos de vida, quando, por meio do brincar, a criança exercita a manipulação de objetos (62).

É possível que a dificuldade das crianças para realizar a atividade espontânea de rabiscar papel tenha sido observada em função de não serem expostas à mesma, no entanto, é importante considerar que outras atividades também são necessárias para preparar essa habilidade.

Na área motora grossa, o desenvolvimento mostrou-se adequado para a maioria (87,5%) das crianças participantes.

De modo geral, o recém-nascido normal, como os do presente estudo, apresenta comportamento motor característico, correspondente à sua idade cronológica ou corrigida. Nos primeiros anos de vida, acontecem progressos significativos no seu desenvolvimento (62), ou seja, a criança desenvolve inúmeras habilidades motoras, de forma sequencial e contínua, as quais progredem de movimentos mais simples e desorganizados para aqueles mais complexos e organizados (65).

É importante lembrar que as aquisições motoras podem apresentar variações individuais, mas que acontecem em um determinado período de tempo. Dessa maneira, se observado que essas aquisições estão muito fora do padrão, deve-se atentar para verificar se há sinais de atrasos (62). No estudo em questão, no entanto, foi verificado que apenas duas crianças poderiam estar com atraso nesta área, sendo que uma delas já estava sendo acompanhada, pois apresentava um atraso expressivo.

Autores apontam que diversos fatores podem interferir no desenvolvimento adequado de uma criança, e estes podem ter relação com fatores biológicos ou

ambientais. O atraso motor pode ser consequência de distúrbios cardiovasculares, respiratórios, neurológicos, infecções neonatais, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixas condições socioeconômicas, entre outras. Quanto maior o número de fatores de risco, maiores são as chances da criança apresentar alterações no desenvolvimento (66, 67). Essa constatação evidencia que a criança institucionalizada, sujeita a inúmeros fatores de risco, pode estar mais susceptível a apresentar alterações no seu desenvolvimento.

Sabe-se que os primeiros anos de vida são considerados os mais importantes para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem, pois nesse período ocorre a maturação do sistema nervoso, com maior crescimento cerebral e formação de novas conexões neuronais (68).

No presente estudo, com relação à área da linguagem, 50% das crianças participantes apresentou possível atraso no seu desenvolvimento. Em outras pesquisas conduzidas em instituições públicas de educação infantil, crianças foram avaliadas e a defasagem apresentada nesta área também foi a mais preocupante, entretanto, os valores encontrados foram menores, aproximadamente 25% das populações estudadas (60, 61, 69).

É reconhecida a importância da ligação emocional para a promoção do desenvolvimento infantil (18). Dessa maneira, é possível supor que a defasagem na linguagem esteja relacionada à ausência ou o rompimento do vínculo afetivo familiar da criança institucionalizada. Além disso, sabe-se que a privação de laços afetivos pode afetar as relações interpessoais da criança e com o meio que a cerca (19, 20).

Outra possível explicação está relacionada ao ambiente institucional. O desenvolvimento da linguagem depende de oportunidades de diálogo, de fala e de escuta, dessa forma, está diretamente relacionado à vida de cada criança, de suas interações, motivações, conhecimentos, funções e papéis desempenhados (54). Uma vez que metade das crianças deste estudo demonstrou atraso nesta área, evidencia uma possível falha dessas oportunidades.

Desse modo, os resultados apresentados demonstram o quanto a área da linguagem é vulnerável e é dependente de oportunidades dadas as crianças.

Compreender o modo como a criança desenvolve a sua linguagem mostra-se, portanto, muito relevante.

Vale considerar que entre as diversas formas de manifestar a linguagem, as crianças podem chorar, balbuciar, emitir palavras ou sons que transmitem um desejo ou desconforto. Os indivíduos integram elementos para expressar suas diferentes formas de comunicação, entre elas mímicas faciais, posturas, olhares e gestos. Essas manifestações se desenvolvem em várias etapas, se aprimorando com o passar dos anos (54).

Entretanto, a aquisição linguística pode variar de criança para criança, o que pode ser observado nas diferenças de características de cada criança mesmo apresentando um desenvolvimento considerado adequado. Em situações que o progresso da linguagem for considerado lento ou mesmo estagnado, como esta ora apresentado, deve-se observar o comportamento global, suas condições de interação e de audição para compreensão do seu desenvolvimento (62).

O roteiro de avaliação utilizado neste estudo para classificação do perfil de desenvolvimento das crianças apresentou uma sequência de tarefas, que evoluíram de acordo com o nível de amadurecimento de cada idade-chave. O roteiro considera que em um padrão tipicamente normal, os comportamentos motor grosso, motor fino, de interação pessoal-social e linguagem devem estar presentes em 90% das crianças com idades de 2 meses a 2 anos (40).

No entanto, apenas 50% das crianças participantes apresentaram respostas adequadas nas quatro áreas de desenvolvimento, como pode ser observado na tabela 11.

Outro estudo sobre o desenvolvimento de crianças institucionalizadas de 11 a 22 meses de idade, constatou que na avaliação pré-intervenção, 4 das 5 crianças participantes, apresentaram atraso no desenvolvimento global (70). Este dado corrobora os achados do presente estudo, uma vez que foi evidenciado atraso expressivo no desenvolvimento das crianças institucionalizadas.

Os dados do estudo também corroboram os apresentados por outras pesquisas realizadas em instituições públicas de educação e saúde, embora

tenham sido realizados em outros contextos e apresentados percentuais de atraso no desenvolvimento inferior (44, 61, 71, 72).

Nessas pesquisas foi avaliado o desenvolvimento de crianças e os resultados apontaram que cerca de 30% das crianças apresentaram suspeita de atraso no desenvolvimento, sendo a linguagem a área mais acometida. Os estudos também apontaram que as crianças pertencentes à classe socioeconômica mais baixa mostraram significativamente mais chances de apresentar suspeita de atraso no desenvolvimento (44, 61, 71, 72).

Outro ponto a ser destacado é em relação às maiores frequências de crianças com alterações no desenvolvimento e problemas de saúde no momento da coleta de dados. Esses dados demonstram que o perfil de desenvolvimento e outros aspectos de saúde estão relacionados (72).

Desordens médicas, como as de origem genética e as de risco biológico, que podem ser pré, peri e pós-natal, podem aumentar a probabilidade de alterações no desenvolvimento. A má nutrição de crianças e aquelas com problemas respiratórios crônicos podem apresentar atrasos no desenvolvimento. Por outro lado, a criança considerada vulnerável, como resultado da exposição a fatores de risco biológico, pode ser compensada na medida em que o ambiente forneça experiências compensatórias (72).

Cabe aqui mencionar que o processo saúde/doença em ambiente institucional requer uma postura crítica e aprofundada acerca dos fatores de risco e de proteção, uma vez que a criança institucionalizada traz consigo uma herança biológica, social e cultural (69).

Por isso, a estimulação da criança deve acontecer desde seus primeiros dias de vida, nesse período devem ser oferecidas a ela condições satisfatórias que atendam suas necessidades básicas. A carência de estímulos corporais e ambientais nessa fase pode interferir no decorrer dos outros estágios do desenvolvimento. Isso significa que a criança ao chegar à idade escolar pode apresentar um acúmulo de déficits em relação às habilidades básicas que ela já deveria ter se apropriado para adquirir novos conhecimentos (59).

Nesse sentido, as frequências de crianças participantes que apresentaram possível atraso no desenvolvimento e eram maiores de 12 meses foi expressivamente maior do que aquelas que eram menores, o que corrobora também Bee (17), ao citar que as alterações no desenvolvimento se evidenciam quando a criança está mais próxima da faixa etária de dois anos de idade.

Embora o presente estudo não tenha constatado de que maneira o tempo de institucionalização interferiu no desenvolvimento das crianças participantes, foi verificado que a maioria das crianças foi institucionalizada no primeiro mês de vida. Contudo, um levantamento apontou os efeitos da institucionalização precoce e prolongada na saúde mental, e evidenciou que a longa exposição ao ambiente institucional contribui na manifestação de alterações psicológicas (14).

Além disso, Silva (7) refere que a institucionalização se vivenciada por longo período pode deixar marcas que dificultarão a adaptação e convívio da criança com família e comunidade, além de que estarão violando os seus direitos. Em contraposição, uma vez que as atitudes dos adultos e as oportunidades de experiências sociais em ambiente institucional são positivas, podem contribuir para o desenvolvimento físico e psicológico da criança (72).

Também no presente estudo não foi possível apontar de que maneira os motivos interferiram no desenvolvimento das crianças, uma vez que todas apresentaram motivos de institucionalização bastante semelhante. Entretanto, outra pesquisa identificou variáveis relacionadas à vulnerabilidade de mães que mostraram associação significativa com suspeita de atraso no desenvolvimento infantil (44). Algumas das variáveis identificadas se incluem nos motivos de institucionalização encontrados no presente estudo.

Dentre as variáveis identificadas, foi apontada que crianças de famílias de renda até um salário mínimo, crianças com três ou mais irmãos e crianças que tiveram histórico de hospitalização mostraram percentuais muito mais significativos em relação a suspeita de atraso no desenvolvimento. Assim como a ausência do apoio paterno, brigas conjugais e uso de medicação psiquiátrica (44).

O conhecimento sobre os motivos e a institucionalização precoce e prolongada das crianças participantes evidencia a importância do debate acerca

do fortalecimento dos vínculos sócio-afetivos entre pais e filhos. Silva (2) refere que o rompimento familiar deve acontecer somente quando for uma medida inevitável e o tempo de institucionalização da criança deve ser breve. Além disso, a instituição deve favorecer a manutenção e o fortalecimento dos vínculos familiares, e se não possível, inserir a criança em família substituta.

É complexa a relação entre os fatores de maturação e aprendizado infantil, e ao se referir às crianças institucionalizadas, deve-se tomar uma postura ainda mais crítica e abrangente acerca dos fatores envolvidos. A criança possui características próprias e herdadas de sua família, e quando institucionalizada está submetida a um ambiente coletivo e sujeita às suas influências. Entretanto, não há dúvidas de que o desenvolvimento é o resultado da interação entre as características biológicas da criança e os fatores ambientais em que ela está inserida. Para aquisição de novas habilidades, a criança dependerá do amadurecimento neurológico e das interações com o meio que a cerca (61).

Especialmente nos três primeiros anos de vida, o comportamento se desenvolve essencialmente na medida em que ocorrem sinapses no córtex cerebral. Para que ocorram tais transformações, deve ser considerado um ambiente possível, onde sejam oferecidas experiências para desencadear o processo de desenvolvimento das habilidades perceptuais, cognitivas e sensorio-motores (17).

Nessa perspectiva, o processo de desenvolvimento se dá de maneira dinâmica e é susceptível a ser influenciado pelos estímulos externos, ou seja, os fatores de risco biológicos e ambientais envolvidos no contexto da criança podem aumentar a probabilidade de alterações no desenvolvimento infantil (65).

Assim, as crianças que vivem em ambiente institucional, precisam ser não só acolhidas, mas, sobretudo, o ambiente deve oferecer qualidade necessária para seu apoio, promoção e proteção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

I. Em relação às características pessoais das crianças participantes do estudo

Foram participantes do estudo 16 crianças, com média de idade de 10,38 meses (DP=6,99), a maioria do sexo feminino e cor branca. Muitas crianças apresentaram problemas de saúde ao nascer e no momento da coleta de dados, sendo que os principais problemas apontados foram desconforto respiratório e DST. O principal motivo de institucionalização foi a VDCCA (negligência) e grande parte das crianças morava no abrigo desde o primeiro mês de vida.

Grande parte das crianças com problemas de saúde ao nascer eram filhas de mães usuárias de SPA durante a gestação ou prematuras.

II. Em relação ao contexto institucional

Verificou-se que todos os três abrigos eram compostos por uma equipe técnica com os profissionais das áreas de serviço social, enfermagem, pedagogia e psicologia. Todos os três coordenadores possuíam ensino superior completo, e as idades variaram dos 35 aos 56 anos.

Os três abrigos ofereciam atividades lúdicas de caráter pedagógico às crianças residentes. O tempo diário oferecido dessas atividades variou entre as três instituições, sendo que em uma delas havia apenas uma hora de atividades lúdica diária para as crianças.

Constatou-se que a maioria dos cuidadores tinham 30 anos ou mais, possuía ensino médio completo e trabalhava nas instituições há mais de 5 anos. Em relação ao número de criança por cuidador, verificou-se que cada cuidador tinha em média de duas a 6 crianças sob sua responsabilidade.

III. Em relação ao perfil de desenvolvimento infantil

Verificou-se que 50% das crianças participantes apresentaram possível atraso no desenvolvimento, e o perfil de desenvolvimento das crianças nos diferentes abrigos não variou, uma vez que metade das crianças de cada abrigo apresentou desenvolvimento normal e a outra metade possível atraso no desenvolvimento. Das áreas do desenvolvimento avaliadas, a linguagem foi a área em que maior número de crianças apresentou defasagens, e a motora fina a menor. Vale considerar também que as crianças com idade menor de 12 meses apresentaram melhor desempenho nas provas realizadas.

Dessa forma, a partir dos resultados encontrados, foi possível constatar que as crianças institucionalizadas fazem parte de uma realidade sociocultural vulnerável, visto que os fatores de risco biológico e social são decorrentes, principalmente, de problemas sociais presentes na realidade brasileira, como o alto índice de negligência como motivo de institucionalização, inúmeros problemas de saúde ao nascer e prematuridade de crianças, bem como a situação de rua e uso de substâncias psicoativas pelas mães. Esses dados evidenciam a importância de políticas públicas de educação e de saúde como parte integrante da rede de apoio à criança, gestante e família.

Evidenciou-se com os resultados obtidos da avaliação do desenvolvimento, a necessidade de um acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil em instituições de abrigo. O roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade” é de fácil aplicação e fornece um perfil das crianças com riscos para o desenvolvimento. Profissionais da instituição (educadores) poderiam fazer uso do mesmo para identificar essas crianças e propor ações de promoção do desenvolvimento infantil.

É importante destacar a complexidade dos fatores envolvidos no contexto da criança institucionalizada. Ao considerar o rompimento e ausência do afeto maternal e as interferências dos fatores de risco biológicos, sociais, ambientais, econômicos e culturais no crescimento e desenvolvimento infantil, sejam eles

oferecidos pela instituição acolhedora ou herdados pela família biológica, pressupõe-se que as causas de alterações do desenvolvimento encontradas no presente estudo são de origem multifatorial.

Uma vez que a instituição de abrigo é necessária e faz parte da rede de apoio social e afetivo de crianças institucionalizadas, devem-se priorizar a qualidade de assistência oferecida pelos abrigos, como a promoção de atividades lúdicas para as crianças e capacitação dos profissionais. Ações de cuidado são fundamentais para contribuir na promoção da qualidade de vida das crianças no período em que permanecerem em ambiente institucional.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF. The state of the world's children. New York; 2004. [Acessado em julho de 2012] <http://www.unicef.org/sowc04/>
2. Silva ERA. O estatuto da criança e do adolescente e a percepção das instituições de abrigo. In: Silva ERA (Coord). O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 196-208.
3. Prada CG, Williams LCA, Weber LND. Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. Psicologia: teoria e prática 2007; 9(2): 14-25.
4. OMS (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.
5. Santos LES, Ferriani MGC. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60(5): 524-529.
6. Bazon et al. Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. Temas em Psicologia. 2010; 18(1): 71-84.
7. Silva ERA et al. Os abrigos para crianças e adolescentes e a promoção do direito à convivência familiar e comunitária. In: O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 209-42.
8. OMS (WHO). World report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002.

9. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Abrigo para crianças de 0 a 6 anos: um olhar sobre as diferentes concepções e suas interfaces. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2007; VII(002): 329-352.
10. Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos* (Leite DM, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Originalmente publicado em 1961).
11. Galheigo SM. O abrigo para crianças e adolescentes: considerações acerca do papel do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2003; 14(2): 85-94.
12. Ministério Público do Estado de Rondônia. *Orientações sobre acolhimento institucional.* Centro de apoio operacional da infância, juventude e educação, 2009.
13. *Estatuto da criança e do adolescente.* Lei nº 8.069. Brasília, 1990.
14. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2009; 14(2): 615-625.
15. Bronfenbrenner U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
16. Macedo RM. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? *Cad. Pesq., São Paulo.* 1994; (91): 62-68.
17. Bee H. *A criança em desenvolvimento.* (Veronese MAV, Trad.) – 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
18. Bowlby J. *Apego.* Editora Martins Fontes. 2ª ed. Brasileira: outubro de 1990.

19. Alexandre DT, Vieira ML. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicol. Estud.* 2004; 9(2): 207-217.
20. Bowlby J. *Separação: Angústia e raiva*. Editora Martins Fontes. 1ª ed. brasileira: novembro de 1984.
21. Moraes NAM, Leitão HS, Koller SH, Campos HR. Notas sobre a experiência de vida num internato: aspectos positivos e negativos para o desenvolvimento dos internos. *Psicol. Est.* 2004; 9(3): 379-87.
22. Yunes MA, Miranda AT, Cuello SS. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: *Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano: Experiência no Brasil*, Editora Casa do Psicólogo, 2004.
23. Vectore C, Carvalho C. Um olhar sobre o abrigamento: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. *Rev.Sem. Assoc. Bras. Psico. Educ. (ABRAPEE)*. 2008; 12(2): 441-449.
24. Mello SG. O ambiente físico no qual vivem crianças e adolescentes em situação de abrigo. In: Silva ERA (Coord). *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 135-67.
25. Martins E, Szymanski H. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(1): 177-187.
26. Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA, Smyke AT, Marshall P, Parker SW, et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Develop. Psychop.* 2003; 15: 885-907.

27. Gagliardo HGRG. Contribuições de terapia ocupacional para detecção de alterações visuais na fonoaudiologia. *Saúde Rev.* 2003; 5(9): 89-94.
28. Ruas TCB, Gagliardo HGRG, Martinez CS, Ravanini SGA. Comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo no primeiro trimestre de vida. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2010; 20(3): 680-87.
29. Langone F, Sartori CR, Gonçalves VMG. Neuroplasticidade. In: Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG. *Neurologia do desenvolvimento da criança*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 135-149.
30. Brandão JS. Desenvolvimento psicomotor da mão. Colaboração de Janne Calhau Mourão e Lucy da Cunha Veras. Rio de Janeiro: Enelivros; 1984. p. 3-4.
31. Gagliardo HGRG. Investigação do comportamento visuomotor do lactente normal no primeiro trimestre de vida [Dissertação - Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997.
32. Meyerhof PG. O desenvolvimento normal da preensão. In: *Apostila de terapia ocupacional para o curso neuroevolutivo bobath*; 2000. p. 1-23.
33. Gagliardo HGRG. Desenvolvimento da coordenação visuomotora. In: Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG. *Neurologia do desenvolvimento da criança*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 297-312.
34. Bronfenbrenner U, Ceci S. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Rev. Psychol.* 1994; 101(4): 568-86.

35. Siqueira AC, Betts MK, Dell' Aglio DD. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Rev. Interam. Psicol./Interam. J. Psychol.* 2006; 40(2): 149-158.
36. Silva PL, Santos DC, Gonçalves VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. *Rev. Bras. Fisioter.* 2006; 10(2): 225-31.
37. Dunn PM. The search for perinatal definitions and standards. *Acta Pediatr Scand Suppl.* 1985; 319: 7-16
38. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
39. Silva ERA (Coord). O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA CONANDA; 2004. p. 379-414.
40. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC; 2005.
41. Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Escola Anna Nery (impr.)*. 2010; 14(3): 591-598.
42. Linhares MBM et al. Desenvolvimento de bebês pré-termo no primeiro ano de vida. *Rev Paidéia*. 2003; 13(25): 59-72.
43. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(1): S101-10.

44. Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas, RS. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2007; 12(1): 181-190.
45. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Alethea*. 2007; 25: 20-34.
46. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10): 2125-38.
47. Chagas RIA, Ventura CMU, Lemos GMJ, Santos DFM, Silva JJ. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em uti neonatal. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2009; 9(1): 7-11.
48. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2): 297-304.
49. Bettiol H, Barbieri MA, Moura da Silva AA. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(2): 57-60.
50. Nkansah-Amankra S, Dhawain A, Hussey JR, Luchok KJ. Maternal social support and neighborhood income inequality as predictors of low birth weight and preterm birth outcome disparities: analysis of South Carolina pregnancy risk assessment and monitoring system survey, 2000-2003. *Matern Child Health J.* 2009.

51. Silva ERA. O perfil da criança e do adolescente nos abrigos pesquisados. In: O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 41-70.
52. Silva TP, Tocci HA. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. Rev Enferm UNISA. 2002; 3: 50-6.
53. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. História e cultura africana e afro-brasileira na educação infantil. Brasília: MEC/SECADI, UFSCar, 2014.
54. Silva ERA; Mello SG. Um retrato dos abrigos para crianças e adolescentes da rede SAC: características institucionais, forma de organização e serviços ofertados. In: O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 71-98.
55. Mello SG. O ambiente físico no qual vivem crianças e adolescentes em situação de abrigo. In: O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 135-67.
56. Mello SG; Silva ERA. Quem cuida: o quadro de recursos humanos nos abrigos. In: O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. p. 99-133.
57. International Play Association (IPA). Artigo 31 da convenção dos direitos da criança: o desenvolvimento infantil e o direito de brincar. São Paulo, 2013.
58. Queiroz NLN, Maciel DA, Branco AU. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural Construtivista. Paidéia. 2006; 16(34): 169-179.

59. Mastroianni ECQ, Bofi TC, Carvalho AC. Perfil do desenvolvimento motor e cognitivo de crianças com idade entre zero e um ano matriculadas nas creches públicas da rede municipal de educação de Presidente Prudente. Rev Ibero-Americana de Estudos em Educação. 2007; 2(1).
60. Rezende MA, Costa OS, Pontes PB. Triagem de desenvolvimento neuropsicomotor em instituições de educação infantil segundo o Teste de Denver II. Esc Anna Nery & Enferm. 2005; 9(3): 348-55.
61. Biscegli et al. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. Rev Paul de Pedr. 2007; 25(4): 337-42.
62. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Nota 10 – Primeira infância. [Acessado em fevereiro de 2014] <http://www.desenvolvimento-infantil.blog.br/>
63. Pereira MC, Pedrosa MIPC. A mímica, o gesto e a imitação como meios de comunicação em crianças de 2 e 3 anos. In anais: XVI Congresso de iniciação científica da UFPE. 2008. [Acessado em abril de 2014] <http://www.contabeis.ufpe.br/propesq/images/conic/2008/conic/pibic/70/077071686SCPO.pdf>
64. Gallahue DL, Ozmun JC, Goodway JD. Compreendendo o desenvolvimento motor. 7 ed. Porto Alegre, 2013. p.30-40.
65. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurociências. 2009; 17(1): 51-56.
66. Halpern et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. Jornal de Pediatria. 2000; 76(6): 421-28.

67. Eickmann SH, Lira PIC, Lima MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. *Arq Neuropsiquiatria*. 2002; 60(3-8): 748-754.
68. Friederici AD. The neural basis of language development and its impairment. *Neuron*. 2006; 21:52(6): 941-52.
69. Cachapuz RF, Halpern R. A influência das variáveis ambientais no desenvolvimento da linguagem em uma amostra de crianças. *Rev da AMRIGS, Porto Alegre*. 2006; 50 (4): 292-301.
70. Nascimento R, Piassão C. Avaliação e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes institucionalizados. *Revista Neurociências*. 2010; 18(4): 469-78.
71. Halpern et al. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. *Cad Saúde Públ*. 1996; 12(1): 73-78.
72. Graminha SSV, Martins MAO. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1997; 30: 259-267.

< VIII. VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 2 MESES A 2 ANOS DE IDADE >



Feitas as perguntas para investigar os fatores de risco e a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, assim como a observação de alterações fenotípicas e medição do perímetro cefálico da criança, observe o comportamento da criança. Para tanto pergunte a idade da mesma e enquadre-a como se segue:

- Se tem de 2 até menos de 4 meses observe a faixa de 2 meses.
- Se tem 4 a menos de 6 meses observe a faixa etária de 4 meses.
- Se tem de 6 a menos de 9 meses observe a faixa etária de 6 meses, e assim por diante.
- Sempre avalie a criança na faixa de sua idade ou na imediatamente inferior a sua. Veja a seguir os marcos para cada faixa etária.

Se você encontra que a criança não cumpre com um ou mais marcos de sua faixa etária, siga avaliando a criança pela faixa etária anterior, deste modo você poderá classificar o desenvolvimento da criança.

Na faixa dos dois meses vamos observar os seguintes comportamentos:

2 MESES:

- Fixa o olhar no rosto do examinador ou da mãe.
- Segue objeto na linha média.
- Reage ao som.
- Eleva a cabeça.

Fixa o olhar no rosto do examinador/ da mãe.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Coloque seu rosto de frente para o rosto da criança a uma distância de aproximadamente 30 cm e observe se ela fixa o olhar no rosto. Caso a criança não fixe o olhar no seu rosto, peça a mãe que repita o procedimento.

Realização adequada: Se a criança olhar para você ou para a mãe, ela alcançou este marco.

Segue objeto na linha média.

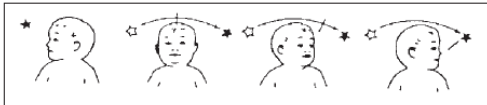
Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Fique atrás da criança e segure o pompom vermelho em cima do rosto dela, entre 20 e 30 cm, de maneira que ela possa vê-lo. Balance suavemente o pompom para atrair a atenção da criança.

Quando tiver certeza que a criança está fixando, mova o pompom lentamente para o lado DIREITO. Caso a criança perca de vista o pompom você pode reiniciar o movimento (3 tentativas). Registre se a

criança fez. Novamente comece a prova, agora do lado ESQUERDO. Lembre-se que caso a criança perca de vista o pompom você pode reiniciar o movimento (3 tentativas).

Realização adequada: Se a criança acompanhar o pompom, somente com os olhos ou com os olhos e a cabeça, para os dois lados, ela alcançou este marco.



Reage ao som.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Fique atrás da criança e segure o chocalho do lado e próximo à orelha DIREITA (20 a 30 cm), de tal modo que a criança não possa vê-lo. Balance o chocalho suavemente e pare (primeira tentativa). Se a criança não responder, repita o procedimento (no máximo 3 tentativas). Novamente comece a prova, agora na orelha ESQUERDA. Lembre-se que caso da criança não apresente reação ao som, você pode repetir o estímulo (3 tentativas).

Realização adequada: Se a criança demonstrar qualquer mudança de comportamento tais como movimento dos olhos, mudança de expressão facial ou de frequência respiratória, ela alcançou este marco.

Eleva a cabeça.

Posição da criança: decúbito ventral (barriga para baixo) na maca ou colchonete.

Realização adequada: Se a criança levantar a cabeça na linha média, desencostando o queixo da superfície mesmo que momentaneamente, sem virar-se para um dos lados, ela alcançou este marco.



Na faixa dos quatro meses vamos observar os seguintes comportamentos:

4 MESES:

- Responde ao examinador.
- Segura objetos.
- Emite sons.
- Sustenta a cabeça.

Responde ao examinador.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Fique em pé à frente da criança de maneira que ela possa ver o seu rosto. Converse com ela: "Oi, (diga o nome da criança), que lindo bebê!" ou algo semelhante. Observe a reação da criança (sorriso, vocalização, choro). Caso a criança não responda peça a mãe que posicione o rosto à frente da criança e fale com ela. Observe a resposta da criança.

Realização adequada: Se a criança olhar no olho do examinador ou da mãe, sorrir ou emitir sons tentando "conversar", ela terá atingido este marco.

Segura objetos.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Segure o chocalho e toque o dorso ou a ponta dos dedos da criança. Observe a reação da criança.

Realização adequada: Se a criança segurar o objeto por alguns segundos, terá alcançado este marco.

Emite sons.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou colchonete.

Fique em pé à frente da criança de maneira que ela possa ver o seu rosto. Converse com ela: “Oi, (diga o nome da criança), que lindo bebê!” ou algo semelhante. Observe se a criança responde a sua fala com vocalizações.

Realização adequada: Se a criança emitir sons (gugu, aaaa, eeee, etc), considere alcançado este marco. Caso a mãe diga que ela faz em casa registre, mas compute o que você verificou.

Sustenta a cabeça. Coloque a criança sentada mantendo suas mãos apoiando-lhe o tronco, ou peça para mãe fazê-lo. Se a criança mantiver a cabeça firme, sem movimentos oscilatórios, durante alguns segundos, considere atingido este marco.

Na faixa de 6 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



6 MESES:

- Alcança um brinquedo.
- Leva objetos a boca.
- Localiza o som.
- Rola.

Alcança um brinquedo.

Posição da criança: Sentada no colo da mãe, de frente para o examinador.

Pegue um cubo vermelho e coloque-o ao alcance da criança (sob a mesa ou na palma de sua mão, por exemplo). Chame a atenção da criança para o cubo, tocando ao lado dele. Você não deve dar o cubo na mão da criança.

Realização adequada: Se a criança tentar apanhar o brinquedo estendendo o braço ou lançando seu corpo até ele, ela terá atingido esse marco. Ela não precisa necessariamente apanhar o brinquedo.

Leva objetos à boca.

Posição da criança: Sentada no colo da mãe, de frente para o examinador.

Pegue um cubo vermelho e coloque-o ao alcance da criança (sob a mesa ou na palma de sua mão, por exemplo). Chame a atenção da criança para o cubo, tocando ao lado dele. Caso a criança não o alcance ou não tente alcançar, você deve colocar o cubo na mão da criança.

Realização adequada: Se a criança levar o cubo à boca, ela terá alcançado este marco.

Localiza o som.

Posição da criança: Sentada no colo da mãe, de frente para o examinador.

Ofereça um brinquedo (caneca ou o cubo) para a criança se distrair. Coloque-se atrás dela, fora da sua linha de visão e balance o chocalho suavemente próximo da sua orelha DIREITA. Observe a resposta e registre. Repita o estímulo na orelha ESQUERDA.

Realização adequada: Se a criança responder voltando a cabeça para o som em ambos os lados, ela terá atingido este marco.

Rola.

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas).

Coloque ao lado da criança deitada o chocalho chamando a atenção dela para o mesmo. Observe se a criança consegue virar-se sozinha para pegar o chocalho (posição de decúbito dorsal para decúbito ventral).

Realização adequada: Se a criança mudar de posição, virando-se totalmente, ela terá atingido este marco. Caso a mãe diga que ela faz em casa registre, mas compute o que você verificou.

Na faixa de 9 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



9 MESES:

- Brinca de esconde –achou.
- Transfere objetos de uma mão para outra.
- Duplica sílabas.
- Senta sem apoio.

Brinca de esconde-achou.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Coloque-se na frente da criança e brinque de desaparecer e aparecer, atrás de um pano ou atrás da mãe. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da mãe.

Realização adequada: Se ela tentar tirar o pano do seu rosto ou olhar atrás da mãe, terá alcançado este marco.

Transfere objetos de uma mão para outra.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

De frente para a criança, ofereça um cubo para que ela segure. Observe se ela tenta passar de uma mão para a outra. Caso não o faça, ofereça outro cubo, estendendo sua mão na direção da linha média da criança, e observe.

Realização adequada: Se ela transfere o primeiro cubo para a outra mão, terá alcançado este marco.

Duplica sílabas.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Observe se a criança fala “papa”, “dada”, “mama” durante a consulta. Se não o fizer, fale com ela ou peça para a mãe fazê-lo, na tentativa de provocar a produção do balbucio. Pergunte a mãe se ela o faz em casa. As palavras não precisam, necessariamente, ter significado. Registre a produção verbal.

Realização adequada: Se a criança produz sílabas duplicadas, ou se a mãe referir que ela o faz, terá alcançado este marco.

Senta sem apoio.

Posição da criança: a na maca ou no colchonete.

Dê um chocalho ou a caneca para a criança segurar e verifique se ela fica sentada sem o apoio das mãos.

Realização adequada: Se ela conseguir ficar sentada segurando o objeto com as mãos, sem qualquer outro tipo de apoio, terá alcançado este marco.

Na faixa de 12 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



12 MESES:

- Imita gestos.
- Faz pinça.
- Jargão.
- Anda com apoio.

Imita gestos.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Pergunte para a mãe que tipo de gesto ela já ensinou para seu filho (por exemplo: “bater palmas”, “jogar beijo”, “dar tchau”, etc). De frente para a criança faça um destes movimentos e verifique se a criança o imita. Caso a criança não imite, peça para a mãe tentar estimulá-la. Se mesmo assim a criança se recusar a fazê-lo, pergunte a mãe se ela o faz em casa.

Realização adequada: Se a criança imitar o gesto, terá alcançado este marco. Caso a mãe diga que ela faz em casa registre, mas compute o que você verificou.

Pinça.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Coloque sobre o colchonete ou sobre a palma da mão do examinador, uma semente de milho ou fei-

jão. Chame a atenção da criança para que ela tente pega-lo. Observe e verifique como a criança pega a semente

Realização adequada: Se a criança pegar a semente usando o movimento de "pinça" com qualquer parte do polegar associado ao dedo indicador, terá atingido este marco.

Produz "jargão".

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe, deitada para troca ou exame físico.

Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma ou com o examinador ou mãe, usando pausas e inflexão (isto é um "jargão" no qual os padrões de voz variam e poucas ou nenhuma palavra é distinguível). Se não for possível observar, pergunte a mãe se a criança emite esses sons em casa e registre.

Realização adequada: Se a criança emitir os sons ou se a mãe informar que ela o faz em casa, terá alcançado este marco.

Anda com apoio.

Posição da criança: criança em pé, apoiada num móvel ou na perna da mãe.

Estando a criança de pé, peça a mãe que ofereça-lhe um apoio (como a mão, uma toalha, ou um móvel, etc) encorajando-a a andar.

Realização adequada: Se a criança conseguir dar alguns passos com apoio, terá alcançado este marco.

Na faixa de 15 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



15 MESES:

- Executa gestos a pedido.
- Coloca blocos na caneca.
- Produz uma palavra.
- Anda sem apoio.

Executa gestos a pedido.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Pergunte para a mãe que tipo de gesto ela já ensinou para seu filho (por exemplo: "bater palmas", "jogar beijo", "dar tchau", etc). De frente para a criança solicite VERBALMENTE que ela faça um destes movimentos e verifique se a criança o faz. Caso a criança não faça, peça para a mãe pedir que o faça. Se mesmo assim a criança se recusar a fazê-lo, pergunte a mãe se ela o faz em casa. Cuidado, você não deve demonstrar o gesto, apenas solicite verbalmente

Realização adequada: Se a criança o fizer, terá atingido este marco. Caso a mãe diga que ela faz em casa registre, mas compute o que você verificou.

Coloca 1 cubo na caneca.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Pegue a caneca e 3 cubos e ponha ao alcance da criança sobre a mesa ou colchonete. Certifique-se que a criança está atenta a sua realização. Pegue um dos cubos e demonstre a colocação dele na caneca. Retire o cubo e peça para a criança: "Ponha os cubos na caneca. Guarde os cubos aqui (apontando com o indicador para dentro da caneca)". A demonstração pode ser repetida três vezes.

Realização adequada: Se a criança colocar pelo menos um cubo dentro da caneca e o soltar, ela terá atingido este marco.

Produz uma palavra.

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe.

Observe se durante a consulta a criança produz palavras espontaneamente. Registre. Caso ela não o faça, pergunte à mãe quantas palavras a criança fala e quais são.

Realização adequada: Se a criança fala pelo menos uma palavra que não seja "papa", "mama", nome de membros da família ou de animais de estimação, terá atingido este marco.

Anda sem apoio.

Posição da criança: criança em pé.

Peça à mãe que chame a criança. Observe o andar da criança. Fique próximo para oferecer apoio caso a criança necessite.

Realização adequada: Se ela anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar, terá alcançado este marco.

Na faixa de 18 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



18 MESES:

- Identifica 2 objetos.
- Rabisca espontaneamente.
- Produz 3 palavras.
- Anda para trás.

Identifica 2 objetos.

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete.

Coloque 3 objetos sobre o colchonete ou mesa: o lápis, a bola e a caneca, um ao lado do outro e próximo à criança. Solicite para a criança: “Mostre a bola”. Registre a resposta da criança. Se a criança aponta ou pega um outro objeto, acolha sem demonstrar sinais de reprovação e recoloca o objeto no local retirado. Solicite novamente para a criança: “Mostre o lápis”. Registre a resposta da criança. Aceite o objeto que a criança der sem reprova-la. Finalmente, peça para a criança mostrar a caneca.

Realização adequada: Se a criança apontar ou pegar corretamente dois dos três objetos, considere o marco alcançado. Caso a mãe diga que ela faz em casa registre, mas compute o que você verificou.

Rabisca espontaneamente.

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete.

Coloque uma folha de papel (sem pauta) e um lápis sobre a mesa, em frente da criança. Você poderá colocar o lápis na mão da criança e estimulá-la a rabiscar, mas não mostrar a ela como fazê-lo.

Realização adequada: Se a criança faz rabiscos no papel, espontaneamente, terá atingido este marco. Desconsidere rabiscos acidentais causados por batidas de lápis no papel.

Produz três palavras.

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete.

Observe se durante a consulta a criança produz palavras espontaneamente. Registre. Caso ela não o faça, pergunte à mãe quantas palavras a criança fala e quais são.

Realização adequada: Se a criança fala três palavras além de “papai” e “mamãe” nome de membros da família ou de animais de estimação, terá atingido este marco. Considere a informação da mãe.

Anda para trás.

Posição da criança: criança em pé.

Observe se durante a consulta a criança anda para trás. Caso isto não ocorra, peça à criança que abra a porta da sala de exame e verifique se ela anda para trás.

Realização adequada: Se a criança der 2 passos para trás sem cair ou se a mãe referir que ela o faz, terá alcançado este marco.

Na faixa de 24 meses vamos observar os seguintes comportamentos:



24 MESES:

- Tira roupa.
- Constrói torre de 3 cubos.
- Aponta 2 figuras.
- Chuta a bola.

Tira roupa.

Posição da criança: qualquer posição.

Durante o exame da criança, solicite que ela tire qualquer peça de roupa, exceto a meia, fraldas ou chinelos, fáceis de retirar. O objetivo é verificar se a criança é capaz de remover uma peça de roupa, demonstrando independência. Se a criança não quiser fazê-lo pergunte a mãe se ela o faz em casa.

Realização adequada: Se a criança for capaz de remover qualquer peça de roupa, ou se a mãe relata que ela faz em casa, terá alcançado este marco.

Constrói torre de 3 cubos.

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no chão.

Coloque 3 cubos sobre a mesa ou no chão em frente à criança. Pegue outros 3 cubos e faça um torre com eles. Diga para a criança: *“Faça uma torre como a minha. Construa uma torre”*. São permitidas 3 tentativas.

Realização adequada: Se a criança colocar os 3 cubos, um cubo sobre o outro e eles não caírem quando ela retirar sua mão, terá alcançado este marco.

Apona 2 figuras.

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete.

Mostre a folha de papel com as 5 figuras pássaro, cachorro, menina, carro e flor. (Anexo, Quadro de Figuras). Solicite à criança: *“Mostre a menina”* ou *“Cadê a menina?”* Registre a resposta da criança. Repita o mesmo procedimento para todas as figuras.

Realização adequada: Se a criança apontar corretamente 2 das 5 figuras, terá alcançado este marco.

Chuta bola.

Posição da criança: em pé.

Posicione a bola a mais ou menos 15 cm da criança ou jogue a bola para a mesma. Verifique se ela chuta a bola. Pode demonstrar como fazê-lo.

Realização adequada: Se a criança chutar a bola sem apoiar-se em objetos terá alcançado este marco.

Terminada a observação você irá classificar o desenvolvimento da criança de acordo com o Quadro 3.

Se a criança apresentar todos os marcos para sua faixa etária e não apresentar fatores de risco para o desenvolvimento, ela deve estar com o **Desenvolvimento Normal** (faixa verde).

Se ela apresenta ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, é possível que apresente um atraso no desenvolvimento. Verifique então os marcos da faixa etária anterior. Se os marcos da faixa etária anterior estiverem presentes e só os da sua faixa etária estiverem ausentes, esta criança terá um **Possível Atraso no Desenvolvimento** (faixa amarela). Se todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco classifique esta criança como **Desenvolvimento Normal com fatores de Risco** (faixa amarela).

Se deixar de apresentar ausência de um ou mais marcos da faixa etária anterior, ou presença sinal de alerta no exame físico (três ou mais alterações fenotípicas, assim como perímetro cefálico <p10 ou >p90) classifique-a como Provável Atraso no Desenvolvimento (faixa vermelha).

Feita a classificação do desenvolvimento tome as condutas de acordo com o Quadro 4.

Se a criança for classificada com **Desenvolvimento Normal**, elogie a mãe e oriente que continue estimulando seu filho. Oriente para retornar para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde. A sugestão é que seja a cada 2 meses, na faixa etária entre 4 a 6 meses, de 3 em 3 meses na faixa etária entre 6 a 18 meses e 1 vez a cada 6 meses na faixa etária de 18 a 24 meses.

Se a criança for classificada com **Possível Atraso no Desenvolvimento ou Desenvolvimento**

Normal com Fatores de Risco, oriente a mãe como estimular sua criança, marque retorno com 30 dias e informe a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 30 dias. Entre estes sinais destacamos as convulsões ou se a criança deixa de fazer alguma habilidade que já fazia antes.

Se a criança for classificada com **Provável Atraso no Desenvolvimento** refira para avaliação neuropsicomotora e orientação por um profissional que tenha conhecimentos mais aprofundados de desenvolvimento infantil. Para as crianças com alterações fenotípicas, se possível encaminhe para um Serviço de Genética, pois nem toda síndrome genética cursa com atraso de desenvolvimento.

Explique a mãe que o fato da criança está sendo referenciada para avaliação não quer dizer que necessariamente tenha algum atraso no desenvolvimento. A equipe especializada que vai atendê-la, após exame criterioso, é quem vai lhe dizer sobre a sua condição de ter ou no algum tipo de problema. E, se houver problemas, a criança estará recebendo os cuidados e orientações necessárias.

Na **Consulta de Retorno** da criança com **Possível Atraso no Desenvolvimento** observe se a criança já apresenta os marcos que estavam ausentes. Caso afirmativo, elogie a mãe e oriente sobre a estimulação da criança e a retornar para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde. Se não progrediu, reclassifique como **Provável Atraso no Desenvolvimento** e refira para avaliação neuropsicomotora. Se foi classificada como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco** e continua apresentando os marcos do desenvolvimento para sua faixa etária presentes, elogie a mãe e oriente sobre a estimulação da criança e para retornar para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde. Informe também sobre os sinais de alerta para retornar antes da data do retorno. Se deixar de apresentar algum marco para sua faixa etária, refira para avaliação neuropsicomotora.

<ul style="list-style-type: none">• Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária• Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco	<p>POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> <p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>
<ul style="list-style-type: none">• Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Marcela Favilla, estou convidando o(a) senhor(a), coordenador institucional, para participar da pesquisa intitulada “Desenvolvimento de crianças em acolhimentos institucionais do município de Campinas, SP”. Esta pesquisa tem como objetivo verificar a influência do ambiente institucional sobre o desenvolvimento de crianças institucionalizadas. Caso o(a) senhor(a) aceite em participar da pesquisa, estamos solicitando a sua autorização e a autorização das crianças que vivem na instituição, cujo(a) senhor(a) é responsável.

Para coleta de dados, será necessário que o(a) senhor(a) responda um questionário com questões referentes à caracterização da rotina e ambiente de atividades lúdicas e do perfil dos profissionais da instituição. Este questionário será aplicado ou entregue ao(à) senhor(a) pela pesquisadora e recolhido após o prazo de 15 dias, de acordo com a sua disponibilidade. Também será aplicada uma ficha de registro pela pesquisadora para levantamento dos dados referentes às condições gerais de saúde, tempo e motivo de institucionalização das crianças, que será complementada mediante consulta aos prontuários institucionais. E por fim, será aplicado o roteiro da “Vigilância do desenvolvimento da criança de 2 meses a 2 anos de idade” nas crianças dessa faixa etária para classificação do desenvolvimento infantil.

Para isso o(a) senhor(a) deve estar ciente de que a sua autorização não é obrigatória e mesmo que autorize, poderá desistir em qualquer momento durante a realização do estudo. Se aceitar, não terá nenhum prejuízo ou benefício financeiro. Não existe nenhum risco previsível no estudo. Seus dados de identificação e das crianças serão resguardados. Sua privacidade será mantida em caráter confidencial. Os resultados do estudo serão utilizados apenas com fins acadêmicos e para publicação em revistas especializadas. O(a) senhor(a) não será diretamente beneficiado com a participação da pesquisa. Entretanto, contribuirá para o avanço científico e profissional em relação à promoção de melhorias no sistema de atenção à primeira infância, e possivelmente, com a implementação de políticas de saúde no município de Campinas.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida, poderá solicitar esclarecimentos com a pesquisadora em qualquer momento nos telefones abaixo. Se quiser algum esclarecimento ético sobre a pesquisa ou conduta da pesquisadora, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UNICAMP. Solicitamos, por fim, sua

autorização para fotos das crianças e do ambiente institucional. Se estiver de acordo, solicitamos que assine este Termo, do qual receberá uma cópia.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. Eu recebi uma cópia desse termo.

Assinatura do(a) dirigente institucional

Assinatura da pesquisadora

Telefones para contato:

Pesquisadora responsável: (19) 8367-7309/(19) 3395-1099

Professora orientadora: (19) 3521-8816

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP. Telefone: (19) 3521-8936. E-mail: cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE II

Questionário

Caracterização do abrigo institucional

Instruções para preenchimento: Nas questões de múltipla escolha assinale com um “X” a opção correta, considerando que em algumas questões é possível assinalar mais de uma opção. Algumas questões necessitam de resposta por extenso.

1. Identificação do abrigo:

Abrigo institucional: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2. Qual é a natureza do abrigo institucional?

Público municipal.

Público estadual.

Público federal.

Não governamental.

3. Identificação da pessoa responsável/ coordenador institucional:

Nome completo: _____

Idade: | _____ | anos completos.

Sexo:

Feminino.

Masculino.

Cargo/ função: _____

4. Há quanto tempo o(a) senhor(a) exerce essa função?

| _____ | anos.

5. Qual a sua escolaridade?

Ensino fundamental incompleto.

Ensino fundamental completo.

Ensino médio incompleto.

Ensino médio completo.

Ensino superior incompleto.

Ensino superior completo. Especifique: _____

Pós-graduação. Especifique: _____

Não sabe ler e escrever.

6. O abrigo institucional é composto por uma equipe multidisciplinar?

Sim. Não.

7. Quais são os profissionais da equipe multidisciplinar?

- Assistente social.
 Enfermeiro.
 Pedagogo.
 Psicólogo.
 Outro. Especifique: _____

8. Qual o regime de permanência das crianças/adolescentes nesse abrigo institucional?

- As crianças e adolescentes permanecem no abrigo o tempo todo (moram no abrigo).
 Outro.

9. Identifique o número de crianças e adolescentes residentes no abrigo institucional:

Meninas: |_____|

Meninos: |_____|

Total: |_____|

10. Esse abrigo atende crianças/adolescentes de que faixa etária?

Idade mínima: |_____| dia(s).

Idade máxima: |_____| anos.

11. Identifique o número de crianças entre 2 meses a 2 anos de idade:

Meninas: |_____|

Meninos: |_____|

Total: |_____|

12. Quais as atividades são realizadas no abrigo institucional?

- Lúdicas.
 Educativas.
 Saúde.
 Outra. Identifique: _____

13. Identifique as atividades lúdicas realizadas com as crianças entre 2 meses a 2 anos de idade:

14. Qual é o tempo médio diário das atividades lúdicas realizadas com as crianças entre 2 meses a 2 anos de idade? _____

15. Identifique o número total de cuidadores das crianças e adolescentes:

Turno 1: |_____| cuidadores.

Turno 2: |_____| cuidadores.

Turno 3: |_____| cuidadores.

Total: |_____| cuidadores.

16. Identifique o número dos cuidadores responsáveis pelas crianças de 2 meses a 2 anos de idade:

Turno 1: |_____| cuidadores.

Turno 2: |_____| cuidadores.

Turno 3: |_____| cuidadores.

Total: |_____| cuidadores.

17. Cada turno de cuidadores é dividido por quantas horas?

Turno 1: |_____| horas.

Turno 2: |_____| horas.

Turno 3: |_____| horas.

18. Qual a idade média dos cuidadores das crianças entre 2 meses a 2 anos de idade? Identifique o número de cuidadores em cada idade média.

Total: |_____| entre 20 e 30 anos.

Total: |_____| entre 30 e 40 anos.

Total: |_____| mais de 40 anos.

19. Qual o nível de escolaridade dos cuidadores das crianças entre 2 meses a 2 anos de idade? Identifique o número de cuidadores em cada faixa-etária.

Total: |_____| ensino fundamental incompleto.

Total: |_____| ensino fundamental completo.

Total: |_____| ensino médio incompleto.

Total: |_____| ensino médio completo.

Total: |_____| ensino superior incompleto.

Total: |_____| ensino superior completo. Especifique: _____

Total: |_____| pós-graduação. Especifique: _____

Total: |_____| não sabe ler e escrever.

20. Tempo médio de atuação desses cuidadores no serviço: Identifique o número de cuidadores por tempo de serviço.

Total: |_____| menos de 1 ano.

Total: |_____| 1 a 3 anos.

Total: |_____| 3 a 5 anos.

Total: |_____| 5 a 10 anos.

Total: |_____| mais de 10 anos.

APÊNDICE III

Ficha de registro

Caracterização das condições de saúde da criança

Instruções para preenchimento: Nas questões de múltipla escolha assinale com um “X” a opção correta, considerando que em algumas questões é possível assinalar mais de uma opção. Algumas questões necessitam de resposta por extenso.

1. Nome da criança (iniciais): _____

2. Sexo:

Feminino. Masculino.

3. Qual é a cor/raça da criança?

Branca.

Preta.

Amarela.

Parda.

Indígena.

4. Idade gestacional: | _____ | semanas.

5. Data de nascimento:

_____/_____/_____

6. Idade cronológica: | _____ | meses.

7. Idade corrigida: | _____ | meses.

8. A criança apresentou problemas de saúde ao nascimento?

Sim. Não.

Especifique: _____

9. A criança apresenta problemas de saúde atualmente?

Sim. Não.

Especifique: _____

10. Quais os motivos de institucionalização da criança?

Abandono.

Mãe com transtorno mental.

Mãe usuária de SPA.

VDCCA. Especifique: _____

Outro. Especifique: _____

11. Qual é o tempo de permanência da criança na instituição até agora?

12. A criança mantém vínculos familiares no abrigo institucional?

Sim. Qual o parentesco? _____

Não.

13. A criança mantém vínculos familiares fora do abrigo institucional?

Sim. Qual o parentesco? _____

Não.

14. Há previsão de (re)integração familiar, família extensa ou integração em família substituta?

Sim. Não.

15. Se confirmada a resposta acima, identifique o tipo de vínculo:

Família de origem. Identifique: _____

Família extensa. Identifique: _____

Família substituta.

16. Se não, por que não há previsão do acolhimento familiar?

Caso em estudo.

Caso não destituído.

Caso liminarmente destituído.

17. A criança possui irmãos na instituição?

Sim. Quantos? Qual o sexo? Qual a idade? _____

Não.

18. A criança possui objetos pessoais? Trouxe de sua casa?

Sim. Identifique: _____

Não.

