



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIATENEU
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ANTONIA LILIANA LOPES DE SOUSA
CRISTIANE SILVA DE ARAÚJO
IVANI SEMIÃO RODRIGUES OLIVEIRA
MARIA RITA PEREIRA DA CONCEIÇÃO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS
POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Fortaleza
2019

ANTONIA LILIANA LOPES DE SOUSA
CRISTIANE SILVA DE ARAÚJO
IVANI SEMIÃO RODRIGUES OLIVEIRA
MARIA RITA PEREIRA DA CONCEIÇÃO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS
POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Ateneu como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Esp. Thais Silva Frota Cavalcante Modesto.

Coorientadora: Prof. Esp. Camila Nunes Guerra.

Fortaleza

2019

ANTONIA LILIANA LOPES DE SOUSA
CRISTIANE SILVA DE ARAÚJO
IVANI SEMIÃO RODRIGUES OLIVEIRA
MARIA RITA PEREIRA DA CONCEIÇÃO

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS
POR UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Ateneu como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Esp. Thais Silva Frota Cavalcante Modesto.

Coorientadora: Prof. Esp. Camila Nunes Guerra.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Thaís Silva Frota Cavalcante Modesto, Especialista - UniATENEU

Gesyani Francisca Gomes Prudente, Mestre - UFC

Paula Pessoa de Brito Nunes, Mestre - UniATENEU

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS
POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA**
*SOCIAL AND CLINICAL PROFILE OF CHILDREN ASSISTED BY
MULTIDISCIPLINARY TEAM IN FIRST CHILDHOOD*

Antonia Liliana Lopes de Sousa¹
Cristiane Silva de Araújo²
Ivani Semião Rodrigues Oliveira³
Maria Rita Pereira da Conceição⁴
Thais Silva Frota Cavalcante Modesto⁵
Camila Nunes Guerra⁶

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento infantil é um processo contínuo, porém bastante complexo, que tem início na vida intrauterina. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças assistidas por uma equipe multidisciplinar na primeira infância. **Método:** Estudo transversal do tipo documental, retrospectivo e quantitativo, no Instituto da Primeira Infância (IPREDE), em Fortaleza, Ceará, de outubro a novembro de 2019, no setor de Mediação. Foram analisados 32 prontuários de crianças entre 0 e 6 anos. Foram excluídos prontuários que apresentaram registros incompletos, ilegíveis, pacientes faltantes que receberam alta ou foram encaminhados para outra instituição. Os dados foram coletados em uma ficha desenvolvida pelos pesquisadores e tabulados em planilhas do Microsoft Excel. A estatística foi aplicada pelo *software* SPSS versão 20.0. Foram aplicados os testes de correlação de Pearson e teste t independente. Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ateneu. **Resultados:** A maioria das crianças apresentou desnutrição como principal transtorno. O gênero mais acometido foi o masculino. **Conclusão:** No presente estudo, o perfil sociodemográfico constou com a desnutrição, onde o principal fator de comprometimento foi o ambiente externo.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil. Deficiências do desenvolvimento. Intervenção Precoce.

ABSTRACT

Introduction: Child development is a continuous but quite complex process that begins in intrauterine life. **Objective:** To identify the sociodemographic and

¹ Acadêmica de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - Unidade Lagoa de Messejana. E-mail: liliayame@gmail.com

² Acadêmica de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - Unidade Lagoa de Messejana. E-mail: crisaraujo81@hotmail.com.

³ Acadêmica de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - Unidade Lagoa de Messejana. E-mail: ivani.sro.2015@gmail.com.

⁴ Acadêmica de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - Unidade Lagoa de Messejana. E-mail: ritamaria.pereira@yahoo.com.br.

⁵ Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Ateneu - Unidade Lagoa de Messejana. E-mail: thaisfrota@outlook.com.

⁶ Docente do curso de Medicina. E-mail: camila.endocrinoped@gmail.com

clinical profile of children assisted by a multidisciplinary team in early childhood.

Method: Cross-sectional, retrospective and quantitative study at the Institute of Early Childhood (IPREDE), Fortaleza, Ceará, from October to November 2019, in the Mediation sector. We analyzed 32 medical records of children between 0 and 6 years. Medical records with incomplete, illegible records, missing patients discharged or referred to another institution were excluded. Data were collected in a form developed by the researchers and tabulated in Microsoft Excel spreadsheets. The statistics were applied by SPSS version 20.0 software. Pearson correlation tests and independent t-test were applied. This research respected the ethical precepts of Resolution 466/12 of the National Council and was approved by the Research Ethics Committee of the Ateneu University Center. **Results:** Most children presented malnutrition as the main disorder. The most affected gender was male. **Conclusion:** In the present study, the sociodemographic profile consisted of malnutrition, where the main compromising factor was the external environment.

Keywords: Child Development. Developmental disabilities. Early intervention.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo de continuidade complexo, que tem início desde a vida intrauterina e engloba questões como crescimento físico e maturação do sistema nervoso central, das habilidades cognitivas, motoras e afetivas (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Esse processo sofre influência de fatores intrínsecos, de caráter biológico, e extrínsecos, os quais se relacionam com a condição socioeconômica da família, nível de instrução dos pais e qualidade do ambiente domiciliar no qual a criança está inserida, sendo este o principal fator para o crescimento e desenvolvimento infantil (DEFELIPO *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2015).

Que comumente age de forma estimuladora e protetora, promovendo o desenvolvimento afetivo (ANDRADE; SANTOS, 2005), onde ocorre o contato inicial da criança ao meio social, logo em seus primeiros anos de vida (CORREA; MINETTO; CREPALDI., 2018).

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), é um processo que se estende por toda a primeira infância, tornando-se um parâmetro importante na avaliação nos primeiros anos de vida (SILVA *et al.*, 2018). Este processo compreende quatro grandes campos: 1) motor amplo e fino, onde a criança aprende a se adaptar e conhecer suas habilidades motoras; 2) cognitivas na resolução de problemas; 3) sociais, com interações com o meio, e 4) linguísticas, na linguagem receptiva e expressiva (FERNANDES *et al.*, 2016).

Os principais fatores que acarretam impacto no desenvolvimento motor atípico são os distúrbios genéticos de desordens biológicas, decorrentes de acontecimentos nas fases pré, peri e pós-natais, tais como: a prematuridade, pós-maturidade, índice de Apgar, baixo peso ao nascer e complicações durante o período gestacional e/ou o parto (CARNIEL *et al.*, 2017). Por fim, o convívio em um ambiente domiciliar precário que representa a principal ameaça ao desenvolvimento infantil (SANTOS *et al.*, 2017).

Outro fator de potencial prejuízo ao neurodesenvolvimento é a desnutrição proteico-calórica, que atualmente no Brasil ainda é vista como um problema de saúde pública, sendo um grave fator de risco para a mortalidade infantil, levando a comprometimentos permanentes e afetando as futuras

gerações (VICTORIA *et al.*, 2008). Ocasiona atraso no desenvolvimento intelectual e também no crescimento físico da criança (MEZZARI *et al.*, 2019).

Quando ocorre uma irregularidade do desenvolvimento fisiológico da criança, pode-se verificar que existe um atraso do DNPM sendo descrito na literatura como uma condição que pode ser transitória ou permanente e está intimamente ligada a vários agravos durante a infância, tais como subnutrição, distúrbios genéticos e/ou neurológicos, negligência e violência contra a criança (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES., 2015).

Uma das condutas para as crianças com atraso do DNPM é a intervenção precoce (IP). Ela promove um projeto de acompanhamento do desenvolvimento com intervenções clínico-terapêuticas com uma equipe multiprofissional, em crianças que nasceram vulneráveis ou com risco adquirido de agravos de saúde que interfiram no desenvolvimento, objetivando melhora nas aquisições de linguagem, socialização, motricidade, funcionalidade, além do auxílio ao vínculo afetivo entre mãe e filho (DIRETRIZES ESTIMULAÇÃO PRECOCE, 2016).

Atualmente no Brasil, a oferta de programas de IP é escassa devido à falta de profissionais e de recursos destinados para este processo nos centros de saúde, além da falta de conhecimento prévio dos pais a respeito das fases do crescimento infantil, acarretando um aumento de crianças afetadas pelo atraso do DNPM, principalmente quando o nível socioeconômico da família é baixo (DIAS *et al.*, 2018).

A presente pesquisa surgiu devido à escassez de estudos sobre essa temática e a necessidade de se analisar o perfil de crianças atendidas por uma equipe multidisciplinar na primeira infância, uma vez que os fatores de risco ao desenvolvimento saudável e o atraso do DNPM têm alta incidência.

O principal objetivo deste trabalho é identificar o perfil sociodemográfico e clínico da população assistida pelo Programa de Estimulação Multidisciplinar do Instituto da Primeira Infância – IPREDE.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal do tipo documental, retrospectivo e quantitativo, no período de outubro a novembro de 2019. Esta pesquisa foi realizada no Instituto da Primeira Infância – IPREDE na cidade de Fortaleza, Ceará, onde foram analisados os prontuários de crianças atendidas no setor de Mediação.

Um dos programas do instituto compreende atendimento não individualizado, realizado por toda a equipe em um único período, que por sua vez é composta por profissionais das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, terapia ocupacional e pedagogia.

A população atendida constou com 574 crianças atendidas no período da coleta. Foi realizado um cálculo que resultou em uma amostra de 238 crianças, porém apenas 32 entraram nesta pesquisa por preencher os critérios de inclusão. Os prontuários foram selecionados aleatoriamente, por conveniência, onde foram coletados os dados de prontuários de crianças com idades entre 0 e 6 anos, de ambos os gêneros, atendidas nos turnos manhã e tarde, no setor de Mediação do IPREDE.

Os critérios de exclusão foram prontuários com registros incompletos ou com informações ilegíveis; pacientes não assíduos, com pelo menos três faltas consecutivas durante a intervenção; crianças que receberam alta ou foram encaminhadas para outra instituição; ou aquelas que, por ventura, se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados deu-se através de análise de prontuários com preenchimento de ficha elaborada pelos pesquisadores. As variáveis coletadas foram: datas de preenchimento da ficha. Para a identificação (número da ficha, número de prontuário (preservando a identidade da criança), gênero, data de nascimento, idade cronológica na 1ª avaliação (da intervenção), idade corrigida na 1ª avaliação, peso ao nascer, peso atual (com Z score para idade), estatura ao nascer, estatura atual (com Z score para a idade), escolaridade materna, idade materna na gestação, número de consultas no pré-natal, grau de parentesco do acompanhante (na intervenção), número de irmãos, renda familiar). Dados clínicos (contendo o diagnóstico clínico admissional, comorbidades). Período de assistência (duração do seguimento), avaliação no período inicial da intervenção precoce multiprofissional e avaliação recente.

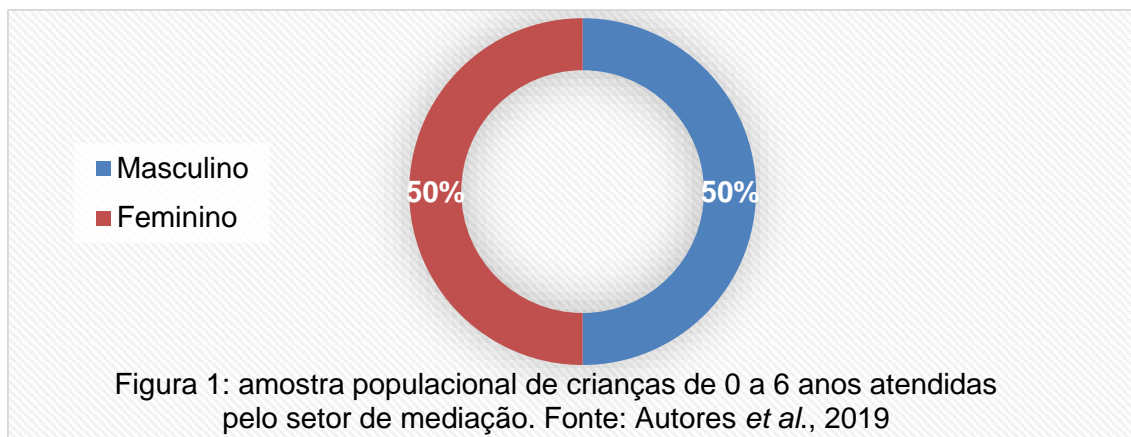
Os dados foram tabulados em planilhas elaboradas no Microsoft Excel (versão 2016). A estatística descritiva foi aplicada por meio do software científico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows (versão 20.0). Para esta pesquisa, foi adotado o intervalo de confiança de 95%, com margem de erro de 5%.

Foram aplicados o teste t independente para a comparação de médias dos grupos, onde o valor de $p \geq 0,05$; e foram aplicadas as análises de testes de correlação de Pearson e teste de Hipótese de Correlação para averiguar se ocorreu ou não correlação entre as variáveis da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Ateneu, protocolo número 3.605909. Foram assinados os termos de fiel depositário e a carta de anuência pelo responsável da instituição e os responsáveis pelas crianças assinaram os TCLEs, conforme regulamenta a resolução de 196/96. Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da resolução 466/12 e 510/2016 CONEP/MS do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, foi analisada uma amostra que constou com 32 prontuários de crianças com idade entre 0 e 6 anos atendidas no setor de Mediação. Verificou-se que não houve diferença estatística em relação ao gênero, resultando em amostra constituída de 50% em ambos os gêneros (como mostra a figura 1).



A amostra foi dividida igualmente em 16 crianças do gênero feminino e 16 do gênero masculino, como se pode observar na tabela 1.

Em relação ao teste de Pearson, resultou R^2 linear = 0,641, determinando que existe correlação entre as variáveis antropométricas de peso e altura ideais para a idade da criança, como mostra a figura 2 de dispersão das variáveis de crescimento.



Figura 2: Teste de Pearson para avaliar a dispersão das variáveis antropométricas de crescimento, peso ideal para a idade (P/I) e estatura ideal para a idade (A/I). Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Quanto à variável antropométrica da amostra analisada, verificou-se que, em média, as crianças do sexo masculino apresentaram peso superior para a idade (P/I), constando um valor de (-2,88) quando comparadas ao sexo feminino com (-2,81), e o teste t independente resultou em (30), (onde o valor de p foi $p > 0,05$ sendo = 0,119;). Por outro lado, as crianças do sexo feminino mostraram média superior na altura para a idade (A/I), constando em (-3,06) em relação ao sexo masculino (-2,69); (onde t obteve o valor de (30) e ($p < 0,05$), resultando em (-0,665;), como mostra a tabela 1.

Estatísticas antropométricas do perfil sociodemográfico amostral						
	Gênero (P 0,86)	Amostra	Média	Desvio padrão	Valores de P teste t	Teste t (graus de liberdade)
P/I	Feminino	16	-2,81	1,167	0,119	30
	Masculino	16	-2,88	1,746	0,119	
A/I	Feminino	16	-3,06	1,436	-0,665	30
	Masculino	16	-2,69	1,740	-0,665	

Tabela 1. Distribuição das variáveis antropométricas de P/I e A/I quanto ao gênero.

Fonte: Autores et al., 2019.

Para a análise dos parâmetros antropométricos em z escores de P/I deve-se levar em conta os critérios de crianças que se apresentam dentro dos padrões de normalidade. Onde, segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2006), os padrões previstos como fisiológicos são nos intervalos entre os valores de escore Z +2 a -2, sendo -3 e -2 considerados baixos P/I, qual a A/I estão entre $\geq +2$, onde z escores entre -3 e -2 representam baixa estatura para a idade em que a criança se encontra.

Nesta pesquisa, verificou-se que as variáveis de crescimento de PI e A/I, as faixas de Z escore variavam entre -3 e -2. Observa-se que a maioria das crianças avaliadas estava com parâmetros abaixo da normalidade.

Entretanto foi possível verificar que o gênero masculino apresentou maiores índices de desvios da faixa de normalidade no P/I, quando comparado ao sexo feminino, onde os valores mais frequentes vistos na tabela 2 foram de -2 (n=10) a -3 (n=9). Porém, a maioria da amostra apresentou-se abaixo dos valores de normalidade, indicando que as crianças analisadas se encontravam em baixo peso, preditivas de desnutrição.

No que diz respeito a A/I, obtiveram maior frequência as crianças com faixas de z escore de -3 (n=10), seguidas de -2 (n=9), demonstrando que

também houve alteração da estatura e a maioria das crianças se encontrava baixa para a idade (resultado de atraso no desenvolvimento, como pode ser constatado na tabela 2).

Variável	Z escore	Frequência	Porcentagem
P/I	-6	1	3,1
	-5	2	6,3
	-4	7	21,9
	-3	9	28,1
	-2	10	31,3
	-1	2	6,3
	+2	1	3,1
A/I	-7	1	3,1
	-5	4	12,5
	-4	4	12,5
	-3	10	31,3
	-2	9	28,1
	-1	2	6,3
	0	1	3,1
	+1	1	3,1

Tabela 2. Distribuição das variáveis de crescimento P/I e A/I por Z escores. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Na literatura científica, o sexo masculino apresenta maiores índices de risco nutricional, devido à elevada suscetibilidade aos desfechos de desnutrição (AKOMBI *et al.*, 2017). E morbimortalidade, incorrendo em maior vulnerabilidade nos primeiros anos de vida. (BARROS; VICTORA, 2013).

A idade gestacional ao nascimento foi superior no sexo masculino, com média de 36,50%, onde verificou-se que a maioria das crianças nasceu entre 37 a 40 semanas, onde a média de IG foi de 35 semanas, como pode-se identificar na figura 3, (onde o teste t resultou em 30) e p não foi significativo, constando em um valor = -0,701; $p < 0,05$), de acordo com a tabela 3.

Em estudo realizado por ALDRIGHI *et al.*, (2012) com uma amostra que constou com 344 mulheres em idades entre 20 a 35 anos, demonstrou maior incidência de idade gestacional de crianças ao nascimento, superior a 37 semanas, indicando padrões de normalidade, corroborando com os achados desta pesquisa, onde as mesmas estavam entre 37 a 40 semanas.

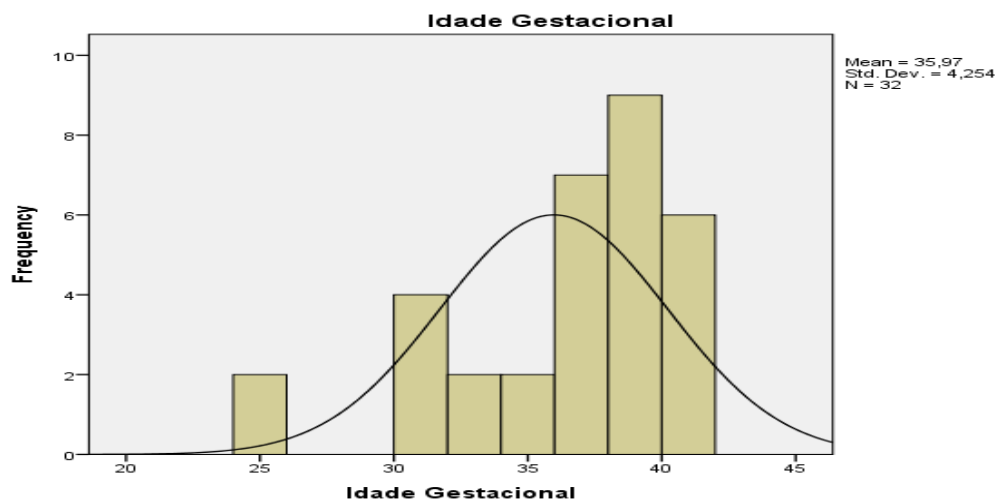


Figura 3. Distribuição da idade gestacional ao nascimento, em semanas completas em relação aos gêneros. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Estatísticas antropométricas do perfil sociodemográfico amostral						
	Gênero (P 0,86)	Amostra	Média	Desvio padrão	Valores de P teste t	Graus de liberdade (teste t)
IG	Feminino	16	35,44	4,258	-0,701	30
	Masculino	16	36,50	4,320	-0,701	

Tabela 3: Distribuição das variáveis antropométricas de IG ao gênero. Fontes: Autores *et al.*, 2019.

Quanto ao nível de escolaridade, não houve diferença entre os níveis Fundamental incompleto e Médio completo, com um percentual de 34%, e verificou-se que o valor foi bastante significativo, como mostra a Tabela 4.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE P
NÃO	2	6%	2,69	1,786	0,0
CURSO	11	34%			
F/I	2	6%			
F/C	3	9%			
M/I	11	34%			
M/C	0	-			
S/I	3	9%			
S/C					

Tabela 4. Nível de escolaridade materna. F/I Ensino Fundamental incompleto; F/C Ensino Fundamental completo; M/I Ensino Médio incompleto; M/C Ensino Médio

completo; S/I Ensino Superior incompleto; S/C Ensino Superior completo. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Vale salientar que a falta de escolaridade materna influencia de forma negativa sobre o conhecimento de uma alimentação saudável, acarretando diretamente em baixos níveis nutritivos (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Tendo em vista que a mãe é a principal referência no cuidado de seus filhos, eles dependem do desempenho e habilidade da mesma nos quesitos escolaridade, renda familiar, hábito de vida e tempo disponível para oferecer uma melhor qualidade no ato de cuidar (BORGES *et al.*, 2018; ARRUDA *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que a chance de uma mãe com nível de escolaridade inferior a quatro anos ter um filho desnutrido é três vezes maior quando comparadas às que possuem mais tempo de escolaridade (BREIGEIRON *et al.*, 2015; AMARO *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2015).

Um estudo realizado por VIANA *et al.*, (2018) obteve a maior frequência das mães acompanhadas pelo projeto com Ensino Fundamental incompleto e apenas uma mãe que havia concluído o Ensino Médio.

Referente à distribuição da idade materna durante a gestação, observou-se o maior pico percentual aos 22 anos com 12%, seguido de 30 e 31 anos com um percentual de 9%, presentes na figura 4. Entretanto, segundo BORBA *et al.* (2017), a idade do cuidador influencia diretamente no desenvolvimento infantil. Pois muitas mães jovens podem não estimular seus filhos, oferecendo menos brinquedos ou dispendo menos tempo com eles, muitas vezes devido ao menor nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para com eles e repercutindo em eventual falha de identificação de atraso no desenvolvimento (SACCANI *et al.*, 2013).

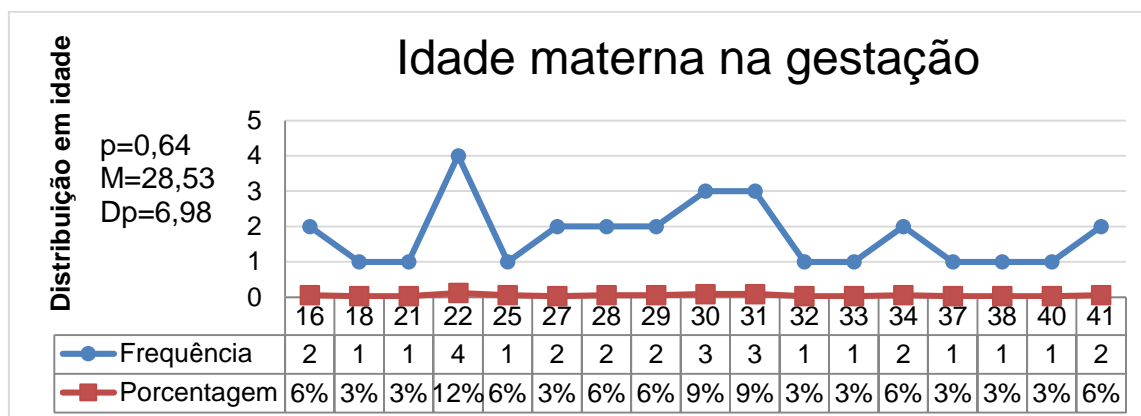


Figura 4. Distribuição gráfica da idade materna ao nascimento da criança - média (M), desvio padrão (DP).

No que diz respeito às consultas pré-natais, os resultados evidenciam que foi ≥ 6 em 17 mães acompanhadas pelo programa, com uma porcentagem de 53% da amostra analisada, onde podemos ver na tabela 5.

De acordo com os achados de NUNES *et al.* (2016), não há um número ideal de quantidade de consultas no pré-natal, visto que um atendimento quando bem realizado com qualidade pode ser tão eficaz quando comparado às gestantes que obtiveram um número maior de consultas.

Entretanto, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013), recomenda o mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, tendo início no primeiro trimestre, além de preconizar alguns procedimentos básicos, incluindo exames obstétricos e laboratoriais, como visto nesta pesquisa que as mães se preocuparam em atingir o número recomendado enquadrando-se dentro dos padrões estabelecidos como adequados.

Quanto à média da renda familiar bruta foi ≤ 1 salário mínimo, e a maioria dos prontuários analisados constavam de famílias em situação de extrema pobreza, numa porcentagem de 81% em 26 famílias avaliadas. Apenas 6 destas famílias apresentaram uma renda maior ou igual a 2 salários mínimos, de acordo com a tabela 5.

Estudos apontam que a pobreza dos familiares pode afetar no ambiente interpessoal, havendo um espaço menor para que a criança possa brincar e desenvolver suas habilidades, saneamento básico inadequado provocando riscos à sua saúde, comprometendo, assim, a estimulação e desempenho dessas crianças que vivem em um meio socioambiental tão precário (PAULA *et al.*, 2013; EICKMANN *et al.*, 2016).

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE P
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS					
≥ 6	17	53	1,47	0,507	0,21
< 6	15	46			
RENDA FAMILIAR					
≤ 1 salário	26	81%	1,19	0,397	0,0
≥ 2 salários	6	18%			

Tabela 5. Variáveis sociodemográficas familiares. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Os fatores determinantes pelo baixo nível socioeconômico que interferem no desenvolvimento infantil são o maior nível de conflito, desemprego e baixa escolaridade (FREITAS E MECENA, 2012).

Neste estudo apontou-se que no grupo das 32 crianças acompanhadas pelo programa 37% tinham 2 irmãos contabilizando em 12 famílias, em seguida, 31% da amostra representando as crianças que tinham apenas 1 irmão, (isso pode ser contatado na tabela 6). Na literatura observa - se, que a alimentação do indivíduo depende de fatores socioeconômicos, biológicos e nutricionais (D'INNOCENZO *et al.*, 2011; MCPHIE *et al.*, 2012; ALVES *et al.*, 2013). Dentre os fatores ambientais, evidências apontam que a baixa renda, falta de convivência extrafamiliar, número de filhos e falta de estímulo dos pais afetam de forma direta no desenvolvimento da criança (BUENO *et al.*, 2014).

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE P
Nº DE IRMÃOS					
0	4	12%	2	1,883	0,0
1	10	31%			
2	12	37%			
3	1	3%			
4	1	3%			
5	2	6%			
7	1	3%			
8	1	3%			

Tabela 6. Variáveis sociodemográficas de número de irmãos das crianças assistidas pelo programa multidisciplinar. Fontes: Aurores et al., 2019.

O cuidador primário das crianças durante a intervenção é a mãe, em 29 das famílias constando em 90% dos prontuários avaliados como mostra a tabela 7. A literatura corrobora esse resultado, sendo a figura feminina ainda vista no contexto histórico e cultural como a principal no ato de cuidar, representando uma imagem maternal que acolhe, cuida e alimenta, e direcionando-se como detentora no cuidado da família em tempo integral (COLESANTE *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado por MUYLAERT *et al.* (2015), onde analisaram-se dados de 921 prontuários de crianças e adolescentes, observou-se que 56%

dos cuidadores apresentados tinham como principal referência no cuidado destas a presença da mãe, concordando com os achados desta pesquisa.

ACOMPANHANTE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	VALOR DE P
Mãe	29	90%	0,0
Mãe e pai	3	9%	

Tabela 7. Acompanhante principal da criança no momento da intervenção no setor de Mediação do IPREDE. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

Quanto ao perfil clínico da população, o diagnóstico principal foi a desnutrição em 58% dos achados, constando em 20 crianças, no qual verificou-se que as crianças acompanhadas pelo programa procuraram a instituição devido à alta prevalência de desnutrição, onde grande parte se encontrava em situação socialmente desfavorável, seguido das que não apresentaram nenhum diagnóstico em 6% da amostra, onde em 5% delas estavam com baixo peso e nutrição inadequada, devido ao desmame precoce do leite materno e erro alimentar, demonstrados na tabela 8.

Na literatura, a desnutrição ocorre devido aos desbalanços nutricionais, fazendo-se necessárias medidas para o controle nutricional adequado. Estando diretamente relacionada ao desenvolvimento neuropsicomotor, visto que os primeiros anos de vida fazem parte de uma fase fundamental, onde a vulnerabilidade pode repercutir no crescimento e desenvolvimento infantil (ARAUJO *et al.*, 2019). Além de que acarretar em uma alteração na aprendizagem e redução na capacidade de desenvolver suas habilidades reduzindo sua produtividade (VICTORA *et al.*, 2008).

Vale salientar que a desnutrição é uma enfermidade multifatorial, estando intimamente relacionada à pobreza das famílias, apresentando-se quando não são oferecidos os nutrientes necessários para o metabolismo fisiológico do organismo do indivíduo. A ingestão de alimentos inadequados pode ocasionar maior suscetibilidade a outras patologias, como infecções graves, aumentando assim o risco de óbito (MINISTERIO DA SAÚDE., 2015).

Estudos apontam que as crianças menores de cinco anos são as mais atingidas pela desnutrição. Nesses achados são levados em consideração a insegurança ou privação alimentar, falta de água potável, saneamento básico e erro alimentar com baixos níveis nutritivos na infância, além da baixa renda familiar e maior número de filhos. Contudo, essa desordem acarreta prejuízos ao

crescimento e desenvolvimento infantil e muitas vezes resultando em morte precoce (PRETO *et al.*; 2018).

Em um estudo realizado por SILVEIRA *et al.*, (2012), verificou que, alguns autores relatam em seus estudos que, mesmo havendo uma diminuição da desnutrição nas últimas três décadas, ainda assim há crianças que residem em condições menos favoráveis, corroborando com os achados deste trabalho.

Tendo em vista que no Nordeste do Brasil apresentaram melhorias na escolaridade materna e a disponibilidade dos serviços de saneamento afetam de forma significativamente positiva no declínio da desnutrição infantil (LIMA *et al.*, 2010).

De acordo com Dornelas *et al.* (2015), a ocorrência dos agravos durante a infância, desde a concepção, gravidez e o parto, seguido de fatores adversos, como a subnutrição, pode acarretar no atraso do desenvolvimento da criança, bem como em outras condições transitórias, dificultando o desfecho do mesmo. Contudo, a prevalência do atraso do neurodesenvolvimento, na maioria das vezes, é sempre uma incógnita. Dessa forma, faz-se necessário um acompanhamento periódico desse processo.

Entretanto no que diz respeito à subnutrição, é uma situação clínica que pode se manifestar nos primeiros anos de vida, gerando agravos permanentes que englobam alterações cognitivas, acarretando em um menor quociente de memória. A presença de tais alterações, na maioria dos casos, acarreta prejuízos na produtividade humana, na qualidade de vida e baixo nível socioeconômico. Portanto, são importantes o envolvimento e a intervenção nesse processo de subnutrição e cognição ainda durante a infância, podendo assim diminuir os danos cognitivos e sociais nesta população e nas gerações futuras, a curto e a longo prazo (ZUANETT *et al.*, 2019).

Em relação às comorbidades, 37% não possuíam nenhuma e 25% apresentaram comorbidades tais como prematuridade extrema, retinopatia da prematuridade, infecção das vias aéreas de repetição, anemia carencial, parasitoses, erro alimentar, refluxo gastresofágico, alergia à proteína do leite de vaca, hemorragia pré-intraventricular (HPIV), persistência do canal arterial (PCA) e baixo ganho de peso de outras etiologias, de acordo com o que pode ser visto na tabela 7.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE P
DIAGNÓSTICO ADMISSIONAL					
Nenhum	2	6%	4,25	5,01	0,0
Desnutrição	20	58%			
Baixo peso	2	5%			
Atraso no desenvolvimento	1	2%			
Baixa estatura	1	2%			
Baixo peso ao nascer	1	2%			
Dificuldade alimentar	1	2%			
Perda de peso	1	2%			
Nutrição inadequada	2	5%			
Intolerância à lactose	1	2%			
COMORBIDADES					
Nenhuma	12	37%	1,59	1,64	0,0
Desnutrição	7	21%			
Neuropatias	1	3%			
Síndromes genéticas	2	6%			
Prematuridade	2	6%			
Outras	8	25%			

Tabela 7. Diagnóstico clínico das crianças acompanhadas no setor de Mediação do IPREDE. Fonte: Autores *et al.*, 2019.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar o perfil sociodemográfico de crianças na primeira infância, apontando que o fator mais determinante do acompanhamento multidisciplinar foi a desnutrição na grande maioria da amostra analisada, uma vez que esta ocorre devido aos desbalanços nutricionais, acarretando atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, gerando prejuízos à saúde, sendo o principal gênero mais predominante o masculino, cujo principal fator encontrado advém do ambiente externo que a envolve. Este fenômeno inverso está diretamente associado ao nível de escolaridade materna, pois as mães passam a não conhecer os alimentos saudáveis ou na falha da identificação do atraso do desenvolvimento e renda familiar baixa, que por sua vez afetam na qualidade da alimentação e numa maior disponibilidade de tempo para um melhor ato de cuidar. Sugere-se que haja mais estudos acerca do perfil sociodemográfico de crianças em serviços de estimulação do desenvolvimento infantil, para contribuição conjunta a estes resultados e preenchimento de lacunas científica presentes nesta temática.

REFERÊNCIAS

AKOMBI BJ, AGHO KE, HALL JJ, MEROM D, ASTELL-BURT T, RENZANO AMN. Stunting and severe stunting among children under-5 years in Nigeria: A multilevel analysis. **BMC Pediatr.** V.17 n 1, p. 1-16, 2017

ALDRIGHI JD, *et al.* Perfil obstétrico de puérperas internadas no alojamento conjunto de um hospital universitário. XVI Simpósio de Ensino, **Pesquisa e Extensão**, 4. Santa Maria, 2012

ALMEIDA, TSO; LINS, RP; CAMLO, AL; MELLO, DCCL. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 17 n 3, p.301-308, 2013.

ALVES MN, MUNIZ LC, VIEIRA MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciênc. Saúde Colet.** V. 18, n. 11, p. 3369-3377. 2013

AMARO LL DE M, PINTO SA, MORAIS RL DE S, TOLENTINO JA, FELÍCIO LR, CAMARGOS ACR, *et al.* Desenvolvimento Infantil : Compa-ração entre crianças que frequentam ou não Creches Públicas. **J Hum Growth Dev.** 2015;25(2):170-6

ANDRADE, SA; SANTOS, DN. Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, p.606-611, 2005.

ARAUJO LB, QUADROS DA, MURATA MPF, ISRAEL VL. Avaliação neuropsicomotora de crianças de 0 a 5 anos em centros de educação infantil do ensino público. **Rev. CEFAC.** 2019;21(3): e12918

ARRUDA SP, SILVA AA, KAC G, GOLDANI M, BETTIOL H, BARBIERI M. Socioeconomic and demographic factors are associated with dietary patterns in a cohort of young Brazilian adults. **BMC Public Health**, v. 14, p. 654, 2014

BARROS AJD, VICTORA CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. Madise.

Barros ALO, Barros AO, Barros GL de M, Santos MTBR. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Cien Saude Colet.** V. 22, n. 11, p. 3625, 2017

BORBA LS DE, PEREIRA KRG, VALENTINI NC. Motor and cognitive development predictors of infantis of adolescents and adults mothers. **J Phys EDUC.** V. 28, N. 1, P.16, 2017

BORGES CA, SLATER B, SANTALIESTRA-PASÍAS AM, MOURATIDOU T, HUYBRECHTS I, WIDHALM K, *et al.* Dietary patterns in European and Brazilian adolescents: comparisons and associations with socioeconomic factors. *Nutrients.* v.10, p. 57, 2018

BUENO EA, CASTRO AAM, CHIQUETTI SEM. Influência do Ambiente Domiciliar no Desenvolvimento Motor de Lactentes Nascidos Pré Termo. **Revista Neurociência.** V. 22, n. 1, p. 45-52, 2014

BREIGEIRON MK, MIRANDA MN DE, SOUZA AOW DE, GERHARDT LM, VALENTE MT, WITKOWSKI MC. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. **Revista Gaúcha Enferm.** V 36, p 47–54 2015.

CAMILA JUNQUEIRA MUYLAERT *et al.* Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** R v. 25, n. 1, p. 41-58, Rio de Janeiro, 2015.

CARNIEL, CZ; FURTADO, MCC; VINCENTE, JB; ABREU, RZ; TAROZZO, RM; CARDIA, SETR; MASSEI, MCI, CERVEIRA, RCGF. Riscos no desenvolvimento da linguagem. **Rev. CEFAC,** v. 19, n.1, p.109 -118, Jan-Fev 2017.

CORREA, MF; MINETTO, MA; CREPALDI. Família como Promotora do Desenvolvimento de Crianças que Apresentam Atrasos; **Pensando Famílias,** v. 22, n. 1, p. 44-58, jun. 2018.

COLESANTE MFL, GOMES IP, MORAIS JD, COLLET N. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica Impact on mothers' lives of caring for children with chronic illnesses Impacto en la vida de madres cuidadoras de niños con enfermedad crónica. **Revista Enferm. UERJ**, v. 23, n. 4, p. 501, Rio de Janeiro, 2015.

D'INNOCENZO S, MARCHIONI DML, PRADO MS, MATOS SMA, PEREIRA SRS, BARROS AP, *et al.* Condições socioeconômicas e padrões alimentares de crianças de 4 a 11 anos: estudo SCAALA – Salvador/Bahia **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 41-49 jan. / Mar., 2011.

DEFILIPO, ÉC; FRÔNIO, JDS; TEIXEIRA, MTB; LEITE, ICG; BASTOS, RR; VIEIRA, MDT. Opportunities in the home environment for motor development. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, n.4, 2012.

DIAS, RL; SILVA, KCG; LIMA, MRO; ALVES, JGB; ABIDI, SSR. A Mobile Early Stimulation Program to Support Children with Developmental Delays in Brazil; **European Federation for Medical Informatics.**, 2018.

DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE: Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DORNELAS, LDF; DUARTE, NMC; MAGALHÕES, LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Rev. Paul Pediatra**; v.33, n.1, p.88-103, 2015.

EICKMANN, S. H.; EMOND, A. M.; LIMA, M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. **Journal of Pediatrics**, v.92, n. 3, p.571-583, 2016.

FERNANDES, P. I. C.; SANTANA, M. R. R.; PESTANA, S. C. C. Estudo comparativo do desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimento entre 3 e 5 anos de idade, **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 447-456, 2016.

FREITAS, M. C.; MECENA, E. H. Vulnerabilidade de crianças que nascem e crescem em periferias metropolitanas: notícias do Brasil. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociais Niñez y Juventud**, v. 10, n. 1, p. 195-203, 2012.

MCPHIE S, SKOUTERIS H, DANIELS L, JANSEN E. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. **Matern Child Nutr** v. 10, p. 18-43. 2012.

MEZZARI SS, DONADIO MVF, GERZSON LR, ALMEIDA CS.,
Desenvolvimento neuropsicomotor e desnutrição de uma população de risco de um bairro de Porto Alegre Medicina (Ribeirão Preto. Online). **PLoS Med**. V. 10, n. 52, p 80-90, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual AIDPI: criança de 2 meses a 5 anos. Brasília, DF; 2015.

MUYLAERT C.J, DELFINI P.S.S, REIS A.O.A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2015.

NUNES JT, GOMES KRO, RODRIGUES MTP, MÁRCIO, MASCARENHAS DM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet**. V. 24., N. 2., P. 252-261., Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA. P.A.D; BENDO C.B; PAIVA.S.M; ABREL. M.H. N.G; AUAD. S.M; Associação do nível de escolaridade de pais e responsáveis com os hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças; **Arq. Odontol**. Belo Horizonte, 54: e02, 2018.

PAULA, L. I. C. *et al*. Percepção da associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal por mães de crianças nos três primeiros anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 211–217, 2013.

PINTO, FCA; ISOTANI, SM; SABATÉS, AL; PERISSINOTO, J. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. **Rev. CEFAC**, v.17, n. 4, p.1262-9, 2015.

PRETO C, VICENTE J, VAS M, FERREIRA A, SILVA D. Avaliação dos fatores associados à desnutrição infantil na Guiné Bissau. **Acta portuguesa de nutrição**. V. 12., p.14 –17., 201.

RAMOS CV, DUMITH SC, CÉSAR JA. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. **J. Pediatrics**. (Rio J). V 91, p 175–82, 2015.

SACCANI R, VALENTINI NC, PEREIRA KR, MÜLLER AB, GABBARD C. Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. **Pediatr Int**. v. 55, n. 2, p. 197–203, 2013.

SANTOS, L.R; BARBOSA, E; BRAGA, S.E.M; MOUSSA, L., MENDES, M.R.P. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor por meio da escala motora infantil aberta e a sua importância na intervenção precoce: uma revisão de literatura; **Pesquisa e Ação** V 3, N. 2, dezembro de 2017.

SILVA, ML; CAVALCANTE, LIC; HELMANN, S; LIMA, TVL. Relação entre gênero e desempenho neuropsicomotor de crianças em Belém, Brasil; **Revista Ciência & saúde** coletiva, v. 25, n. 8, p. 2721- 2730, 2018.

SILVEIRA FCP, PEROSA GB, CARVALHAES MABL. Fatores psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e estróficas: o papel da saúde mental maternas. **Rev. bras. Crescimento e desenvolv. Hum**. [Online]. vol.22, n.2, pp. 217-225, 2012.

VIANA, T.C.T., ARCE C.B., SANTOS P.F., FERREIRA A.T.S., CRUZ J.R., SILVA M.V. determining factors of children's malnutrition in children from 0 to 5 years enrolled in the program of growth and child development in the legal amazona 2018.

VICTORA CG, ADAIR L, FALL C, HALLAL PC, MARTORELL R, RICHTER L, *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **Lancet**. V. 371(9609):340–57. Janeiro, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: **methods and development**. Geneva: WHO; 2006

ZUANETTI PA, LAUS MF, ALMEIDA SS, FUKUDA MTH. Subnutrição precoce como causa de alterações em habilidades do processamento fonológico. **Rev. CEFAC**. V. 21, n. 3, p. 1516-1846, 2019