

SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO BRANCO (ACRE)

Suspected of neuropsychomotor developmental delay in children under one year assisted by a family health unit of Rio Branco (Acre)

Janete Lemos Andrade¹, Marcelus Motta Negreiros²

RESUMO

Detectar precocemente atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) proporciona grandes benefícios para a criança, a família e a sociedade. Por esse motivo, é recomendado o acompanhamento do DNPM através de testes nos controles de crescimento e desenvolvimento da criança. Objetivo: Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de um ano de idade, atendidas por equipe de Programa Saúde da Família (PSF) em Rio Branco, Acre, via Teste de Denver II. Metodologia: Trata-se de estudo transversal no qual foram selecionadas e avaliadas todas as crianças cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do PSF. A avaliação do DNPM foi realizada utilizando o Teste de Denver II. Foram consideradas “suspeitas de atraso” aquelas crianças que apresentaram falha em dois ou mais itens do teste para a idade. Resultados: O Teste de Denver II detectou, entre as 47 crianças avaliadas, seis (12,8%) suspeitas de atraso no desenvolvimento, sendo a área motora grosseira a mais acometida. A maior proporção ocorreu na faixa etária de quatro a seis meses (27,3%), sendo que quatro (13,3%) eram do sexo feminino. Conclusões: As suspeitas de atraso observadas mostram a importância de acompanhar o DNPM, podendo, assim, detectar retardos sutis do neurodesenvolvimento que, em outras condições, tardariam anos em ser detectados e, dessa forma, poder iniciar intervenção precoce para inserir estas crianças no ambiente social.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Infantil; Programa Saúde da Família; Criança.

ABSTRACT

To detect early the developmental delay is a great benefit to the child, family and society. For this reason it is recommended to monitor the developmental delay by testing the controls of growth and development of children. Objective: Assess the neurodevelopment of children under one year old, assisted by a team from the Family Health Program (FHP) in Rio Branco, Acre, using the Denver II Test. Methodology: This is a population-based cross-sectional study, which was selected for all children registered by the Community Health Agents (CHA) from the FHP. The evaluation of the developmental delay was performed using the Denver II Test. Were considered “suspected delayed” children who have failed two or more test items for their age. Results: The Denver II Test detected among the 47 children evaluated, 6 (12.8%) suspected developmental delays, gross motor area being the most affected. The greatest proportion occurred between the ages of 4 to 6 months (27.3%), and 4 (13.3%) were female. Conclusions: Suspected of delay observed, indicates that the importance of monitoring can therefore detect subtle neurodevelopment delays, which in other circumstances, it would be detected years later and thus to be able to initiate early an intervention for these children to enter in the social environment.

KEYWORDS: Child Development; Family Health Program; Child.

¹ Janete Lemos Andrade, Fisioterapeuta residente da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Acre - SESACRE

² Marcelus Motta Negreiros, Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre e Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) expandiu a rede de atenção primária em saúde nos últimos anos com a finalidade de aperfeiçoar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, e devido ao aprimoramento da política nacional de atenção à saúde da criança e, sobretudo, pelo aumento da abrangência do Programa Saúde da Família (PSF), tem-se verificado uma diminuição importante da mortalidade infantil no Brasil.¹

O PSF foi implantado para ampliar o acesso aos serviços de saúde, garantindo os princípios do SUS de universalização, equidade, integralidade e participação social, especialmente para aqueles grupos socioeconomicamente vulneráveis, promovendo a diminuição das iniquidades relacionadas à saúde, aproximando os serviços de saúde à realidade de cada região, contribuindo para a resolução dos problemas da saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.^{2,3}

Segundo dados do MS, a redução da mortalidade infantil vem sendo realidade no Brasil nos últimos anos, passando de 47,1 óbitos para cada mil bebês nascidos vivos em 1990 para 19,3 mortes, em 2007, representando uma redução de 59,7% nesse período. De acordo com tais dados, a redução das mortes está associada à melhoria da qualidade da atenção básica e da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), em especial nos estados do Norte e Nordeste do país.⁴

Comprovam, também, que investir em saúde na primeira infância é fator determinante para reduzir a prevalência de várias doenças na fase adulta, resultando na construção de uma sociedade menos vulnerável e menos onerosa para o sistema de saúde.⁵

No Brasil, o MS elaborou o protocolo para acompanhar o desenvolvimento integral infantil, realizado no nível da atenção primária, sugerindo que se adotem os critérios expostos no documento “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil”, (2002).⁶ Este protocolo, que reúne indicadores de crescimento e desenvolvimento, é muito pouco utilizado no que se refere a desenvolvimento. Assim, enquanto crescimento e estado nutricional são bem avaliados, quase nada se sabe sobre o desenvolvimento de habilidades motoras, as características de desenvolvimento de cada faixa etária ou a presença de marcos de maturação entre a população que frequenta os serviços públicos de saúde.⁷

O desenvolvimento da criança é processo que tem início desde a vida intrauterina, implicando muitos aspectos como o amadurecimento neurológico, o crescimento físico

e a construção de habilidades que se relacionam ao comportamento e às esferas cognitiva, afetiva e social.⁸ Estes primeiros anos de vida são assinalados por importantes formações motoras, físicas, mentais e sociais, e é nesta fase que a criança possui sensibilidade especial aos estímulos provenientes do ambiente, que chegam a ela por meio de seus sentidos.⁹

Porém, o DNPM da criança pode ser afetado negativamente por vários fatores que aumentam a possibilidade de apresentar inabilidades motoras, cognitivas e psicossociais.⁸ Assim, para possibilitar intervenção precoce nos atrasos evolutivos, é fundamental que se identifiquem os distúrbios no DNPM no primeiro ano de vida.⁹

Para avaliar o DNPM, são realizados diversos testes elaborados com estudos de população que mostram a porcentagem de crianças que adquiriram determinado elemento da maturação normal a uma idade específica. Estes instrumentos que avaliam o DNPM fazem uso de vários critérios de seleção, como a idade da criança e a área a ser avaliada (motricidade fina, motricidade ampla, fala e capacidades funcionais) e atuam facilitando o planejamento de ações precoces, auxiliando a elaborar programa de tratamento que possibilita, através dos resultados, ajudarem os pais a compreenderem as limitações da criança.¹⁰ O instrumento mais utilizado para avaliar o DNPM é Teste de Triagem de Denver II (TTDII) que foi desenhado com o propósito de detectar (nunca prever) o rendimento abaixo dos padrões esperados em comparação com crianças da mesma idade.¹¹

Para Miranda⁸, o interesse em avaliar o DNPM de uma população infantil tem origem no fato de que, quando se identifica prematuramente qualquer alteração no quadro neuropsicomotor, há melhora no prognóstico, pois permite que seja feita intervenção também precoce.

Considerando que o desenvolvimento infantil é processo que pode alterar-se por diversas razões, em diferentes momentos e de distintas formas, a pedra angular para fomentar o bom desenvolvimento infantil é conhecer as alterações que ocorrem e os signos precoces que indicam que algo anda mal. Por essa razão, considera-se a importância de incluir, na consulta da criança menor de um ano de idade, a avaliação do DNPM para assim poder detectar qualquer alteração.⁸

Assim, justifica-se verificar possíveis distúrbios no DNPM de crianças no primeiro ano de vida, para intervir precocemente, orientando e contando com a participação da família nessas experiências, principalmente da mãe, como mediadora no processo de intervenção, em que transformações significativas no desempenho da criança serão geradas. Ademais, informações apresentadas neste

estudo podem servir como contribuição para que outras investigações relacionadas ao DNPM de crianças menores de um ano sejam aprimoradas através de futuras pesquisas na área, como sejam as pesquisas dos fatores causais, predisponentes e desencadeantes dos distúrbios do DNPM que são muitos e variados, como também das condições ambientais mais propícias à evolução normal da criança.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o DNPM de crianças menores de um ano atendidas pelo Módulo de Saúde da Família do Rui Lino, via Teste de Denver II.

CASUÍSTICAS E MÉTODOS

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa, conduzida no Módulo de Saúde da Família (MSF) “Rui Lino” e realizada no período de agosto a dezembro de 2009, após a consecução de projeto-piloto e parecer favorável nº 216/2009 concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre.

O bairro Rui Lino está localizado na periferia da cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, situado na Amazônia Ocidental. O Estado tem aproximadamente 691.000 habitantes e faz divisa com os Estados do Amazonas e de Rondônia, além de fazer fronteira com Peru e Bolívia. Sua capital possui cerca de 306.000 habitantes. O bairro tem características heterogêneas, com a presença de famílias de classe média habitando área com saneamento básico inadequado, precárias condições de moradia, baixa escolaridade, tráfico e uso de drogas, principalmente entre os adolescentes.

O módulo de Saúde da Família “Rui Lino” é um dos três módulos que compõem o Distrito Docente-Assistencial “Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família, “Policlínica Tucumã”, onde são realizadas práticas para os cursos da área da saúde da Universidade Federal do Acre e dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade e de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Hospital Estadual do Acre.

Foram estudadas 47 crianças de ambos os sexos, menores de um ano, moradoras nas áreas de abrangência e atendidas pelo MSF, cadastradas pelas ACS's de cada micro área. Para aplicação do TTDII, deveriam ser excluídas do estudo, crianças portadoras de deficiência auditiva e visual, malformações congênitas, malformações graves do SNC, condições estas em que já é esperado que a criança possua atraso em seu DNPM. Porém, nenhuma das crianças cadastradas no módulo apresentou uma destas alterações

e, das que participaram do estudo, seus pais e/ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não havendo, portanto, percentual de perdas.

As avaliações foram primeiramente conduzidas no módulo, em horário que antecedeu à consulta ou nos dias em que foi realizada a pesagem, em sala cedida pela enfermeira responsável. Posteriormente foram feitas visitas domiciliares para que todas as crianças menores de um ano e cadastradas no MSF fossem avaliadas. Os dados foram coletados por meio de uma ficha de registro individual, composta pela identificação para registrar a idade, sexo, peso, família, microárea e o Teste de Triagem de Denver II (TTDII).

O TTDII foi escolhido por ser o mais utilizado pelos profissionais da área de saúde para triagem e por permitir fácil treinamento e de rápida aplicação (20 minutos). O teste, delineado para aplicação em crianças desde o nascimento até a idade de seis anos, consiste em 125 itens, divididos em quatro áreas: a) pessoal-social que contempla aspectos de socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) motora fino-adaptativa que avalia a coordenação olho/mão, manipulação de pequenos objetos; c) linguagem cujos itens estão relacionados à produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem; d) motora-grosseira representada pelos seguintes itens: controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados através da musculatura ampla.

Neste estudo, a avaliação se deu através da aplicação de 54 itens do TTDII correspondentes à faixa etária de 0 a 12 meses, sendo que as áreas pessoal-social, motora adaptativa fina e motora grosseira foram avaliadas pela autora e a área da linguagem avaliada pela fonoaudióloga da equipe de residentes multiprofissionais. Esses itens foram registrados através da observação direta da criança e, para alguns dos responsáveis, foi perguntado se a criança realiza ou não determinada tarefa. As habilidades demonstradas pela criança foram comparadas aos critérios do protocolo, estabelecendo a equivalência aos meses do desenvolvimento e idade. Foram considerados casos indicativos de suspeita de atraso aqueles em que a criança apresentou dois ou mais itens de falha (a não realização da tarefa especificada, quando 75 % a 90% das crianças da faixa etária a realiza) independente da área em que a falha ocorreu.¹²

Os materiais utilizados para a realização do teste foram: 01 modelo do teste, 01 lápis preto, 01 pompom de lã vermelha com fio comprido, 01 caixa com uvas passa, 01 frasco pequeno de vidro com abertura de 1,5 cm de diâmetro, 01 chocalho, 01 sineta, 01 bola de tênis, 06 cubos de 3,0 cm de várias cores.

O pacote utilizado para a análise foi o SPSS versão 9.0. As variáveis categóricas foram analisadas através de percentuais e as contínuas, através de médias e desvios-padrão.

RESULTADOS

Na população estudada (N=47), a média de idade foi de 6,5 meses (DP=3,5) Mín./Max: 1/12, e em relação ao peso tiveram a média de 7, 404 Kg (1,8) Mín./Max: 3, 800/11, 100.

Considerando o sexo das crianças avaliadas, houve prevalência significativa com 30 (63,8%) do sexo feminino e 17 (36,2%) do masculino, sendo que a maior porcentagem de crianças (29,8%) estava na faixa etária de 0 a 3 meses, (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da população estudada (N=47)

Características	Nº	%
Gênero		
Masculino	17	36,2%
Feminino	30	63,8%
Faixa etária (em meses)		
0 a 3	14	29,8%
4 a 6	09	19,1%
7 a 9	13	27,7%
10 a 12	11	23,4%
TOTAL	47	100%

Quanto ao resultado parcial da aplicação do TDII, entre as 47 crianças avaliadas, 61,7% (29) apresentaram pelo menos uma falha em uma das três áreas avaliadas. A avaliação do desenvolvimento motor grosseiro mostrou o maior percentual (37,5%), ou seja, 15 crianças apresentaram comprometimento neste item da avaliação, seguida pela área da linguagem com 27,5%, pessoal-social 20,0%, e, em menor proporção, a avaliação da área motora adaptativa delicada (15,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número de erros por cada área do Teste de Denver II.

Área	Nº de falhas	%
Pessoal-social	08	20,0
Motor-adaptativo delicado	06	15,0
Linguagem	11	27,5
Motor grosseiro	15	37,5
TOTAL	40	100,0

Fazendo referência ao número de falhas por faixa etária, a maior porcentagem ocorreu em crianças de 10 a

12 meses (47,5%), seguidas pelas crianças de quatro a seis meses (27,5%), sete a nove meses com 15,0% e, em menos proporção (10,0%), as crianças na faixa etária de um a três meses (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número de falhas por faixa etária da população estudada. (N=47)

Faixa etária (em meses)	Nº de falhas	%
1 a 3	04	10,0
4 a 6	11	27,5
7 a 9	06	15,0
10 a 12	19	47,5
TOTAL	40	100,0

Ao associar o resultado final do teste (duas ou mais falhas independente da área em que a falha ocorreu), cuja suspeita de atraso foi de 12,8%, com as características da população estudada (N=47), concluiu-se que a maior proporção de suspeita de atraso no DNPM pôde ser observada em crianças do sexo feminino com 13,3% (4/30) e na faixa etária de 4 a 6 meses com 27,3% (3/11), sendo que, naquelas com idades de 7 a 9 meses, não se evidenciou suspeita de atraso no desenvolvimento (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultado final do Teste de Denver II associado com as características da população estudada. (N=47)

Variável	Teste de Denver - n(%)			p
	Normal	Suspeitas de Atraso	Total	
Gênero				
Masculino	15 (88,2)	02 (11,8)	17 (100,0)	0,628
Feminino	26 (86,7)	04 (13,3)	30 (100,0)	
TOTAL	41 (87,2)	06 (12,8%)	47 (100,0)	
Faixa etária (meses)				
1 a 3	12 (85,7)	02 (14,3)	14 (100,0)	0,215
4 a 6	08 (72,7)	03 (27,3)	11 (100,0)	
7 a 9	09 (100,0)	-	09 (100,0)	
10 a 12	12 (92,3)	01 (7,7)	13 (100,0)	

DISCUSSÃO

A análise dos resultados globais obtidos pela aplicação do Teste de Denver II mostrou que 12,8% (6) da população estudada indicaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

O resultado é semelhante ao de estudo realizado em Florianópolis - SC, por Caon e Ries¹³ em 2003, com 65 crianças na mesma faixa etária, avaliadas utilizando o TDII, em que nove (13,8%) apresentaram atraso, indicador este que pode ser considerado baixo quando comparado a outras

pesquisas com crianças menores de um ano. Um exemplo é o estudo realizado por Halpern¹⁴ em Pelotas - RS, em 1993, onde foram avaliadas 1.362 crianças aos 12 meses de vida, e 463 (34%) apresentaram TDII com suspeita de atraso. Este resultado teve proporção surpreendente e faz alerta para o fato de que os riscos de atraso devem ser comprovados através de outros testes.

Com respeito ao sexo, 66,7% eram do sexo feminino. Autores como Papalia e Olds¹⁵ e Saigal¹⁶ demonstram que as meninas tendem a diferenciar-se nos primeiros dois anos de vida no aspecto do DNPM, sobressaindo-se aos meninos numa proporção de 32% a 60% respectivamente, devendo este fator à mielinização mais rápida do córtex cerebral das meninas. Neste estudo, porém, não evidenciamos diferenças significantes entre meninos e meninas. Nas pesquisas realizadas por Halpern, Cunha e Beteli, também não foram constatadas diferenças entre as crianças de sexos diferentes.^{14,17,18}

A área do desenvolvimento mais comprometida foi a motora grosseira (19 itens), resultado este que confirma as informações contidas no Guia do Desenvolvimento Infantil da OPAS¹⁹ (Organização Pan-Americana de Saúde) referente à maior facilidade de detecção dos atrasos na área motora. Tais atrasos podem estar relacionados aos fatores ambientais uma vez que ambientes pobres em estímulos já foram descritos como prejudiciais ao bom desenvolvimento.^{14,20}

Outro fator relevante para atraso no DNPM pode estar associado à oportunidade de brincar. A brincadeira deve ser iniciada desde o nascimento da criança, no âmbito familiar, pois é a partir dela que a sua experiência de relacionamento com o mundo é construída e, ao vivenciar ativamente estas experiências, a criança aprende a tomar decisões.²⁰

Por isso, é importante enfatizar que as crianças participantes desta pesquisa vivem essas condições que, associadas aos fatores biológicos, apontam para a importância e existência de múltiplos fatores de risco para atraso do DNPM, sendo o conjunto desses fatores que vão agir com maior influência e ampliar a possibilidade de haver dano no desenvolvimento.

Quanto às dificuldades encontradas na realização desta pesquisa, a principal delas foi encontrar, na literatura, trabalhos com metodologias semelhantes para podermos comparar os resultados obtidos. No Brasil, foram realizados poucos estudos relacionados à triagem do desenvolvimento de crianças menores de um ano usando o Teste de Denver II, sendo estes estudos, geralmente, transversais, em diversas faixas etárias e conduzidas em diferentes locais (creches públicas e privadas, domicílio e ambulatórios), dificultando a comparação dos resultados.^{13,21}

CONCLUSÃO

Os resultados neste estudo que avaliou o DNPM de 47 crianças de menores de um ano por meio do TTDII parecem ter alcançado o objetivo proposto, pois na pesquisa verificou-se a confirmação de seis (12,8%) crianças suspeitas de atraso no DNPM. Ademais, foi possível comprovar a aplicabilidade do TDII em MSF e assim pensar nas possibilidades de prevenção, detecção e intervenção no acompanhamento do desenvolvimento infantil no PSF.

O presente trabalho também mostra que o acompanhamento e a avaliação do DNPM e as estratégias de intervenção precoce tornam-se imprescindíveis, principalmente em comunidades carentes, ações essas consideradas como fundamentais para favorecer o desenvolvimento pleno e harmônico de todas as crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Figueiras²², citando McGlynn²³, apesar da importância de se fazer avaliações do DNPM nos serviços de Atenção Básica, buscando-se sempre obter uma melhor qualidade nos cuidados com o paciente, avaliações voltadas a esses cuidados com a saúde da criança são práticas pouco aplicadas no Brasil.

Portanto, recomendamos a implementação dessas ações nas unidades básicas de saúde, sendo necessário orientar e capacitar os profissionais que realizarão os cuidados com os pais, responsáveis ou cuidadores, de maneira que estes passem a interagir com a criança, colaborando na prevenção de distúrbios do desenvolvimento, possibilitando encontro adequado da criança com o seu meio, a fim de facilitar e impulsionar o desenvolvimento integral de suas potencialidades, levando em conta os aspectos culturais, sociais e econômicos da comunidade.

Recomendamos também a realização de outros estudos que avaliem o DNPM e os fatores determinantes de atraso, assim como estudos dirigidos à intervenção integral e à educação em saúde em crianças com atraso no DNPM, também devem ser estimulados.

O importante é que através da aplicação de teste simples e rápido como o TDII, podem ser detectados retardos sutis do neurodesenvolvimento que, em outras condições, tardariam anos para surgir.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Redução da Mortalidade Infantil. [Citado 2009 dez. 15]. Disponível em: <http://>

- portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mortalidade_infantil_13012010.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. [Citado 2009 dez. 15]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução da mortalidade infantil no Brasil. [Citado 2009 dez. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil. Informe da Atenção Básica, n.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
 5. Schneider A, Ramires VR. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília: Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul; 2007. 129p.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica n.11. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 7. Andrade KC, Souza SB, Szarfarc SC. Desenvolvimento neuromotor e denteição de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Brasil, no primeiro ano de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007 abr/jun; 17 (2): 37-44.
 8. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr (Rio J)*. [Citado 2010 abr. 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000700005&lng_pt&nrm=iso&tlng=pt
 9. Narloch MLCJ, Vilanova LCP, Lima JGC. Hipertonia em recém-nascidos pré-termos: características clínicas iniciais e evolução neurológica aos 12 meses. *Pediatr Moderna*. 1999; 35(5): 259-66.
 10. Willrich A, Camila CFA, Juliana OF. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev Neurociências*. 2009; 17(1): 51-5
 11. Rosas APS, Reina del Rosario TR. Transtornos del desarrollo: prueba de denver vs prueba de CAT/CLAMS [tese]. Caracas: Especialización en Pediatría y Puericultura Universidad Central de Venezuela; 2003. 36f.
 12. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and standardization of the denver developmental screening test. *Pediatrics*. 1992; 90(3): 477-9.
 13. Caon G, Ries LGK. Suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em idade precoce: uma abordagem em creches públicas. *Temas desenvolv*. 2003 set/out; 12(70).
 14. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr*. 2000; 76: 421-8.
 15. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
 16. Saigal S. Follow up of very low birthweight babies to adolescence. *Seminars in Neonatology*. 2000; 5(2): 107-18.
 17. Cunha HL. Desenvolvimento de crianças atendidas no hospital de pediatria da Universidade Federal do rio Grande do Norte no primeiro ano de vida: aplicação do Teste de Denver II em ambulatório [dissertação]. São Paulo. Escola Paulista de Medicina -Pediatría, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
 18. Beteli VC. Acompanhamento do desenvolvimento infantil em creches [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
 19. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. [Citado 2010 abr. 05]. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>
 20. Piazeria QCD, Costa KC. A importância do brincar no desenvolvimento psicomotor. *Rev Divulg Técnico-Científica do ICPG*. 2004 jul-set; 2(6): 47-50.
 21. Souza AB, Siqueira CN. Avaliação do desenvolvimento de um grupo de crianças assistidas em creche, usando o teste de triagem de Denver II. *Enfermagem Brasil*. 2003 2(2): 96-103
 22. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1691-9.
 23. McGlynn EA, Halfon N, Leibowitz A. Assessing the quality of care for children. *Arch. Pediatr Adolesc Med*. 1995; 149(4): 359-68.

Submissão: junho/2010

Aprovação: setembro/2011
