

**INDICADORES CLÍNICOS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM 9  
CAPITAIS BRASILEIRAS: INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS  
REGIONAIS**

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Para avaliar de forma mais completa o desenvolvimento infantil e a relação subjetiva do bebê com seu o cuidador, criaram-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Psíquico Infantil (IRDI). Uma criança com atraso no desenvolvimento psíquico é aquela com duas ou mais ausências nos IRDI. Considerando-se que o Brasil é um país continente com diferenças culturais regionais marcantes, questiona-se até que ponto estes indicadores podem ser considerados fidedignos do desenvolvimento infantil em todas as regiões brasileiras. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo de corte transversal com 737 crianças estudadas em 9 capitais do Brasil. Foi utilizado o teste Chi-quadrado com programa estatístico SPSS 13.0. **RESULTADOS:** A análise estatística dos municípios em relação ao conjunto total estudado mostra que não houve diferença estatisticamente significativa: Belém ( $p=0,486$ ), Brasília ( $p=0,371$ ), Porto Alegre ( $p=0,987$ ), Fortaleza ( $p=0,259$ ), Recife ( $p=0,630$ ), Salvador ( $0,370$ ), São Paulo ( $p=0,238$ ), Curitiba ( $p=0,870$ ) e Rio de Janeiro ( $p= 0,06$ ). **CONCLUSÃO:** Os costumes e culturas regionais não interferiram na aplicação dos IRDI. Seu uso se mostrou adaptado à cultura de cada local.

**DESCRIPTORIOS:** Criança; Subjetividade; Desenvolvimento Infantil; Desenvolvimento Psíquico; Indicadores Clínicos.

## Introdução

As bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas estabelecidas entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações inserem o ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes. Falhas nesse processo de constituição da subjetividade ocasionam transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil<sup>21,22</sup>. Até bem pouco tempo, acreditava-se que o diagnóstico de patologias graves só podia ser estabelecido após a criança atingir dois anos e meio<sup>13</sup>. Mas outros estudos apontam a possibilidade de detecção aos 18 meses e até mesmo mais cedo, aos 4 meses<sup>3, 23</sup>. Atualmente as escalas de avaliação de desenvolvimento infantil são classificatórias e medem principalmente comportamentos<sup>5, 6, 9, 26, 40</sup>.

Uma das escalas mais utilizadas no Brasil é a *Gesell Developmental Schedules*, conhecida como Escala de Gesell. É um extenso e detalhado exame do desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos, que avalia quatro aspectos: motor, considerando os movimentos corporais amplos e as coordenações motoras finas; adaptativo, avaliando a coordenação dos movimentos oculares e manuais; linguagem, incluindo todas as formas de comunicação; pessoal-social, considerando os cuidados pessoais e a adaptação às situações sociais<sup>22,23</sup>. A escala *Denver Development Screening Test (DDST)* é um método simples para a avaliação de crianças de 1 mês a 5 anos de idade, que visa à detecção de atrasos no desenvolvimento infantil, abrangendo: coordenação motora ampla, linguagem, coordenação motora fina e adaptação pessoal-social<sup>25</sup>. Batista Pinto referiu-se ao DDST como uma escala abreviada, cuja principal qualidade é a possibilidade de sua utilização em uma triagem rápida possibilitando, em caso de qualquer suspeita de distúrbio do desenvolvimento, o encaminhamento para uma avaliação mais detalhada<sup>4,5</sup>. Além dessas, existem outras como o *The Bayley Scales of Infant Development* – BSID (chamado por Teste de Bayley), sendo um teste psicológico

para a avaliação do desenvolvimento infantil de 1 a 42 meses, organizado em três partes: a Escala Mental, a Escala Motora e o Registro do Comportamento Infantil <sup>6,7</sup>. Na década de 80, quando o Ministério da Saúde propôs elaborar as normas de atendimento à criança de zero a cinco anos, fez-se necessário construir uma ficha simplificada para a monitoração do desenvolvimento<sup>9</sup>. As fichas utilizadas por especialistas eram extensas e complexas para os serviços básicos de saúde. Formulada por Batista Pinto, Vilanova & Vieira a *Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (EDC)* foi um instrumento nacional, estruturado para ser utilizado em programas de diagnóstico e intervenção nos distúrbios de desenvolvimento, bem como na prevenção e detecção destes<sup>5, 39</sup>. Os instrumentos hoje disponíveis somente identificam comportamentos resultantes de habilidades geneticamente programadas<sup>24, 26</sup>. Logo, não existe um instrumento de fácil aplicação e que identifique a constituição psíquica da criança, permitindo relacionar funções e habilidades a partir das quais ela dá sentido ao mundo.

Para estabelecer os indicadores para o desenvolvimento psíquico de uma criança é necessário situar de modo claro o conceito de desenvolvimento que está sendo tomado como referência. Os pediatras têm se guiado por indicadores especificamente neuropsicomotores. Porém, eles têm-se mostrado fracamente indicativos de dificuldades propriamente psíquicas incidentes no desenvolvimento. Além disto, esta prática de avaliar o desenvolvimento com base em indicadores puramente neurológicos não leva em consideração a perspectiva de desenvolvimento na qual se baseia a psicanálise, de que a subjetividade é um aspecto central e organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes<sup>14, 15</sup>. Essa subjetividade, por sua vez, é construída pela inserção da criança na linguagem e na cultura<sup>25, 36, 37</sup>. Nessa perspectiva, dá-se a possibilidade de uma abertura para a linguagem, que vai marcar e organizar as funções orgânicas, anatômicas, neurofisiológicas da criança, a partir do laço que ela estabelece com outro humano, geralmente a mãe<sup>3</sup>. Só é possível dizer que um bebê está construindo uma subjetividade

a partir de certas manifestações que possam ser identificadas como respostas do sujeito, ou seja, singulares, próprias daquela criança em particular<sup>11, 36, 37</sup>. Para que se instale no bebê esse circuito de satisfação que o enlaça com o outro e permite seu desenvolvimento, a mãe precisará sustentar certas funções: estabelecimento da demanda, suposição de sujeito, alternância presença-ausência e função paterna<sup>11</sup>.

A instalação da subjetividade é verificada a partir dos efeitos indiretos que essa instalação determina<sup>37</sup>. A leitura dessa instalação na criança apóia-se em sinais fenomênicos que permitem supor a presença da subjetividade. Esses sinais irão compor os *indicadores*, a partir dos quais propomos investigar como ocorre a constituição psíquica de modo articulado ao desenvolvimento da criança<sup>26, 36, 37</sup>. Esses indicadores devem apresentar plausibilidade clínica, relativa simplicidade de leitura, operacionalidade e transmissibilidade clínica. Assim, foram criados os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Psíquico Infantil (IRDI), que considera as atividades básicas que constituem a vida de um bebê nos primeiros meses: dormir, acordar, mamar, olhar ou defecar<sup>3</sup>. Esses indicadores dependem não apenas do puramente orgânico, mas também das marcas simbólicas efetuadas por seus cuidadores, transmissores dessas marcas – seus pais. Por isso, investiga-se o desenvolvimento de uma criança de modo articulado à constituição psíquica<sup>11, 12</sup>. Os IRDIs devem ser avaliados em conjunto e sua ausência para uma faixa etária correspondente poderá apontar para a existência de problemas de desenvolvimento<sup>26, 37</sup>.

Culturas diferentes podem propiciar etapas diferentemente organizadas na estrutura comportamental infantil<sup>32</sup>. Isso tem importância prática no sentido de sugerir intervenções em nível de saúde pública<sup>14, 15</sup>. Um estudo revelou que jovens residentes em áreas urbanas carentes apresentam taxas mais elevadas (cerca de 13,7%) de alterações psíquicas, sugerindo a presença de fatores socioculturais de risco<sup>18, 19</sup>. Outro estudo relata que crianças residentes em cidades menores têm uma tendência maior de

envolvimento com a vizinhança, reduzindo as chances de ficarem isoladas socialmente conforme crescem<sup>8, 35</sup>. Evidências mostram que o comportamento das crianças em regiões que historicamente apresentam altas taxas de mortalidade infantil é moldado para se proteger dos perigos de seu meio, através de mecanismos ajustados com as práticas educacionais locais e culturais, a fim de superar desafios específicos desse meio<sup>14, 28, 31</sup>. Considerando a cultura redutível a um modelo socialmente transmitido no qual dominam sentimentos, pensamentos e comportamentos dos indivíduos, em todas as comunidades humanas; os fatores que a determinam devem ser analisados e avaliados, para que a etiologia e forma dos transtornos mentais sejam entendidos<sup>12, 25</sup>.

A proposta deste estudo é agregar a discussão sobre a importância da subjetividade (averiguada através dos IRDIs) no desenvolvimento psíquico da criança, à investigação sobre a existência ou não de influências culturais regionais na formação dessa subjetividade<sup>25, 36, 37</sup>. Surge a indagação: existem diferenças locais e culturais, no Brasil, que afetem diretamente a criança no seu processo de construção de identidade e no desenvolvimento? Portanto verificaremos se os costumes e culturas regionais, expressos pela região ou cidade onde vive a criança, interferem na avaliação dos IRDI.

### **Casuística e Métodos**

Este estudo faz parte do projeto temático Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para a Detecção Precoce de Riscos para o Desenvolvimento Infantil cujos dados foram coletados de janeiro de 2003 a março de 2004. A casuística foi selecionada em serviços de saúde públicos de nove capitais brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Brasília, Recife, Salvador, Belém e Fortaleza; escolhidos para garantir uma boa representatividade dos centros urbanos das diferentes regiões do país. O banco de dados foi composto por crianças estratificadas nas faixas etárias de 0 a 4 meses incompletos; 4 a 8 meses incompletos; 8 a 12 meses incompletos; 12 a 18 meses, atendidas nos serviços de pediatria públicos. O cálculo da amostra foi baseado em dados

do estudo-piloto realizado em dois centros (São Paulo e Brasília) e do levantamento do número de atendimentos por mês em cada serviço envolvido no estudo. O estudo-piloto mostrou prevalências baixas (variavam de 0% a 34%) de problemas apresentados nos IRDIs em todas as faixas etárias. Considerando que este envolveu um número não representativo dos atendimentos realizados, adotamos a prevalência de 20% como referência para o cálculo da amostra. Para a definição do número total de crianças atendidas durante um mês utilizou-se um levantamento prévio realizado em alguns dos serviços envolvidos que teve como objetivo estimar a proporção de crianças atendidas por faixa etária. No Anexo 1 é possível observar os resultados desse levantamento em cada serviço e a estimativa para os dois serviços (estimativa feita a partir da média de atendimentos nos serviços, retirado o serviço do Butantã). A estimativa do total de atendimentos por mês foi de aproximadamente 3492 crianças.

O número necessário foi de 683 crianças. Esse cálculo da amostra foi baseado nos seguintes parâmetros: prevalência esperada para o IRDI - 20%; precisão absoluta - 3% (indica o quanto a estimativa deve se distanciar da verdadeira proporção); nível de significância - 5%. Foi utilizado o instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI. As crianças foram avaliadas por pediatras treinados que fizeram uso dos IRDI, observando a relação mãe (ou cuidador)-criança. Cada IRDI foi preenchido para a faixa atual da criança e pontuado como *presente*, *ausente* ou *não verificado*. Considerou-se que uma criança com 2 ou mais ausências nos IRDI, tem maior chance de apresentar alterações psíquicas na sua vida. Os IRDI estão no Anexo 2.

Setenta por cento das crianças agrupadas por faixa etária foram sorteadas a partir de uma lista de inscrições no programa de puericultura dos serviços de saúde. As observações foram feitas em cada uma das crianças nas consultas regulares até 18 meses, ocasião em que foram preenchidos os respectivos indicadores de acordo com a faixa etária. Neste estudo realizou-se um corte transversal no período de junho de 2005

a maio de 2006 utilizando esse banco de dados. Considerando a primeira consulta da criança, a casuística foi constituída por 737 crianças, com idade entre 0 e 18 meses. As crianças acima de 18 meses no momento do corte foram excluídas, totalizando 76 exclusões. No total a amostra era composta por 661 crianças.

A análise dos dados foi composta de uma descrição epidemiológica das crianças para estimar a prevalência dos IRDIs por faixa etária, cidades e macrorregiões brasileiras. Foram comparados grupos de crianças por cidade ou região, em cada faixa etária, considerando 2 ou mais ausências nos IRDI. O programa estatístico utilizado foi o SPSS 13.0. Foi realizado o teste de Chi-Quadrado para comparar a significância entre os estratos pesquisados. O protocolo do projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da FMUSP sob o número 807/02. Em todos os casos foi solicitado consentimento esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis legais dos pacientes.

## **Resultados**

Foram selecionadas segundo os critérios seletivos 737 crianças, sendo que 76 foram excluídas, portanto foram analisadas 661 crianças. A descrição epidemiológica inicial do banco de dados separou as crianças em cada uma das faixas etárias (0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses), conforme o município e a região. Nessa avaliação nota-se uma predominância de crianças da cidade de São Paulo (37,5%), Brasília (16,3%) e Curitiba (9,1%). Por regiões, predomina o Sudeste (46%), Sul (18%) e Centro-Oeste (16,3%). (Anexo 6)

Em seguida as crianças foram separadas por sexo, por serviço de saúde onde foram atendidas, por número de consultas e por faixa etária. Há um leve predomínio do sexo masculino (52,93%) sobre o feminino (47,07%) e a maioria das crianças possuía idade entre 12 e 18 meses (74,54%). (Anexos 7 e 8). Avaliando-se as crianças com os IRDI, considera-se que elas terão desenvolvimento psíquico inadequado caso haja duas ou mais ausências nos IRDI. Portanto as 661 crianças foram separadas nas faixas etárias

e nas cidades/regiões aqui expostas e verificadas quantas têm duas ou mais ausências.

O Anexo 3 aponta a quantidade de crianças com duas ou mais ausências. Foram estudadas 222 crianças na faixa etária de 0 a 4 meses incompletos, observou-se 11 com dois ou mais indicadores ausentes. Na faixa etária de 4 a 8 meses incompletos, estudaram-se 172 crianças, encontraram 26 com duas ou mais ausências. E, de 8 a 12 meses incompletos, foram 84 crianças estudadas, sendo que 20 tinham duas ou mais ausências nos indicadores. Por fim, de 12 a 18 meses, 106 crianças foram analisadas e 31 com duas ou mais ausências nos IRDI. As cidades que apresentaram mais crianças com 2 ou mais ausências foram: Recife e Rio de Janeiro (25%), São Paulo (15,3%), Porto Alegre (13,5%) e Brasília (12,9%) (Anexo 3). Foi analisado cada município em relação à somatória dos outros, foi analisada cada região em comparação com as outras e os municípios foram comparados por faixas etárias. A análise estatística dos municípios, em relação ao conjunto estudado, mostra que não houve diferença estatisticamente significativa (Anexo 4). Quando os municípios são estratificados em suas respectivas regiões, observa-se que também não há diferença estatisticamente significativa (Anexo 5). Também não houve diferença estatística quando a amostra é dividida nas faixas etárias, comparando cada município com o conjunto analisado.

## **Discussão**

Os cuidados com o desenvolvimento psíquico devem ser pensados como um problema de saúde pública e sua avaliação e acompanhamento incorporados pelos programas de assistência materno-infantil já existentes, oferecendo atendimento "integral" à saúde da criança. O Ministério da Saúde propôs elaborar normas de atendimento à criança de zero a cinco anos, nas quais se incluía o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, através de uma ficha simplificada para a monitoração do desenvolvimento. Mas essas fichas são complexas e extensas para serem usadas por especialistas ou pediatras nos serviços básicos de saúde<sup>9</sup>. A elaboração de indicadores



clínicos para a detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, com fins preventivos, bem como o aperfeiçoamento de pediatras e outros profissionais de saúde da atenção básica, para atuar como agentes dessa detecção e prevenção é o objetivo do projeto temático e multicêntrico, no qual esse estudo foi baseado. Sendo o Brasil um verdadeiro caldeirão étnico<sup>38</sup>, formado por inúmeros grupos étnicos que deixaram sua marca na cultura brasileira, e considerando a cultura como “conhecimentos, valores, percepções e práticas compartilhadas pelos membros de uma determinada sociedade e passados de uma geração para a seguinte”, enfatizando que seus componentes são “entrelaçados e inter-relacionados de forma a constituir um todo que governa o funcionamento da sociedade pertinente”, operacionalmente, a cultura emerge de um conjunto bastante heterogêneo de elementos incluindo a linguagem, religião, tradições, crenças, valores, relações interpessoais e de organização social <sup>1,30</sup>.

Portanto surge a dúvida se os IRDIs poderiam ser utilizados em diferentes regiões e cidades do país sem que esses hábitos culturais interferissem de forma a prejudicar sua avaliação. Sabe-se que no Nordeste as dificuldades de vida podem ser percebidas desde a alimentação (pouca variabilidade de alimentos, produção limitada restrita à subsistência), no cuidado com a água (poucos recursos hídricos), assim como na educação e na saúde, às vezes, precária e sem recursos materiais<sup>34</sup>. Já na região Sudeste as dificuldades seriam diferentes, pois é a região mais desenvolvida do país. Inicialmente pode-se achar que os IRDIs devem ser adaptados para cada condição local a fim de que os resultados não sejam afetados pelas influências culturais daquele local. Estudos mostram que diferenças no dialeto de diferentes regiões geográficas, etnias ou classes sociais são freqüentes, em particular quando envolvem experiências subjetivas. Esse problema na comunicação verbal pode afetar as comunicações escritas na forma de questionários, escalas e testes psicológicos<sup>10, 33</sup>. E além dos diferentes dialetos ou “sotaques” existentes em território brasileiro, considera-se também o impacto da cultura

no processo de procura de ajuda profissional. Indivíduos de diferentes estratos sociodemográficos possuem formas particulares de comunicação e compreensão dos problemas relacionados à saúde em geral e à saúde mental em particular, nem sempre percebidos pelos clínicos ou levados em conta nos instrumentos de pesquisa. Há artigos enfatizando como a conceitualização de saúde e doença do indivíduo é influenciada pela cultura e de que forma essa conceitualização estrutura o processo da procura de ajuda<sup>2</sup>.

O presente estudo analisou os IRDIs comparando-os estatisticamente em cada região e em cada município participante do projeto temático, revelando que não houve significância em nenhuma comparação realizada. Portanto trouxe a garantia de validade dos resultados gerados através da aplicação dos indicadores. Provando que, mesmo o Brasil sendo um país composto por diferentes culturas, pode-se utilizar um único método de avaliação de desenvolvimento psíquico para todas as localidades nacionais. Alguns estudos sugerem que quando o instrumento de avaliação é desenvolvido na cultura onde ele será utilizado, seu uso não requererá um processo de tradução e adaptação para uma equivalência cultural. Estudos recomendam que essa equivalência seja avaliada em cinco dimensões: semântica (mesmo significado), de conteúdo (itens relevantes), técnica (forma de coleta), de critério (mesma interpretação normativa) e conceitual<sup>16, 17</sup>. No Brasil, os IRDI se mostraram perfeitamente adaptados às condições culturais de cada local onde foi aplicado. Reforçando a necessidade de um instrumento nacional de avaliação do desenvolvimento psíquico infantil, alguns artigos relatam que existem marcantes diferenças socioculturais entre as populações dos países em que os instrumentos são desenvolvidos e a maioria da população estrangeira aonde eles serão aplicados. Analisando os IRDIs estamos testando a utilização de instrumentos diagnósticos padronizados e criados em nosso meio, para que a geração, a interpretação e a comparabilidade desses dados sejam compatíveis com nossa realidade<sup>27</sup>. Assim a proposta de agregar na discussão sobre a importância do desenvolvimento da criança, a

investigação sobre a existência ou não de influências culturais regionais na formação da subjetividade responde a indagação de que existem diferenças locais e culturais, no Brasil, que afetem diretamente a criança no seu processo de construção de identidade e no processo de desenvolvimento. Logo se verificou que os costumes e culturas regionais, expressos pela região ou cidade onde vive a criança, não interferem na avaliação dos indicadores clínicos de risco do desenvolvimento psíquico infantil.

Espera-se, a partir desta pesquisa, contribuir para que esses indicadores sejam convertidos em instrumento para uso diagnóstico-epidemiológico e associando-os a um plano de prevenção de distúrbios psíquicos na infância. Pretende-se ainda obter uma metodologia de formação de pediatras como agentes de prevenção e detecção de sinais precoces de risco para o desenvolvimento infantil.

### **Conclusão**

A proposta deste estudo foi agregar a discussão sobre a importância da subjetividade (averiguada através dos IRDIs) no desenvolvimento psíquico da criança, à investigação sobre a existência ou não de influências culturais regionais na formação dessa subjetividade através dos indicadores clínicos de desenvolvimento<sup>25, 36, 37</sup>.

Concluiu-se que os costumes e culturas regionais, expressos pela região ou cidade onde vive a criança, não interferem na evolução e na avaliação dos indicadores clínicos de desenvolvimento psíquico infantil. Além disso, o uso dos IRDI no Brasil se mostrou adaptado às condições culturais de cada local onde foi aplicado. Dessa forma iniciamos o estudo da necessidade de um instrumento nacional de avaliação do desenvolvimento psíquico infantil, além de testar um instrumento diagnóstico padronizado e criado em nosso meio para que a geração, a interpretação e a comparabilidade desses dados sejam compatíveis com nossa realidade.

### **Referências Bibliográficas**

1. Alarcon R D. Culture and Psychiatric Diagnosis: Impact on DSM-IV and ICD-10. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18:449-65.
2. Angel R, Thoits P. The Impact of Culture on the Cognitive Structure of Illness. *Culture, Med Psychiatr.* 1987;11:465-94.
3. Baron-Cohen. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatr.* 1992;161: 839-43.
4. Batista Pinto E. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia.* [no prelo].
5. Batista Pinto E, Vilanova L C P, Vieira R M. O Desenvolvimento do Comportamento da Criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento. São Paulo: FAPESP/ Casa do Psicólogo; 1997.
6. Bayley N. Bayley scales of infant development. New York: Psychological Corporation; 1969.
7. Bayley N. Bayley scales of infant development – 2º nd. New York: Psychological Corporation; 1993.
8. Bonaiuto M, Bonnes M. Multiplace analysis of the urban environment: a comparison between a large and small Italian city. *Environ Behav.* 1986; 28: 699-747.
9. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de programas especiais. Divisão nacional de saúde materno-infantil. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento –

Normas Técnicas. Brasília : DINSAMI; 1984.

10. Brislin R. The Wording and Translation of Research Instruments. In: Lonner, J.W.; Berry, J.W. (eds.) *Field Methods in Cross-Cultural Research*, Beverly Hills, Sage; 1986.
11. Chemama R. *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Coll C G, Akerman A, Cicchetti D. Cultural influences on developmental processes and outcomes: implications for the study of development and psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2000; 12:333-56.
13. Crossley S A. Síndrome de Down e autismo? Em Busnel, M.C. (Org.) *A Linguagem dos Bebês ,Sabemos Escutá-los?*. São Paulo: Escuta; 1997.
14. DeVries M W. Kids in context: temperament in cross-cultural perspective. In: Carey, W.B., McDevit, S.C., editors. *Prevention and early intervention: individual differences as risk factors for the mental health of children. A Festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas*. New York: Brunner/Mazel Publishers. 1994; p. 126-39.
15. DeVries M W. Babies, brains and culture: optimizing neurodevelopment on the savanna. *Acta Paediatr, Suppl*; 1999. 88:43-8.
16. Flaherty J.A. Appropriate and Inappropriate Research Methodologies for Hispanic Mental Health. In: Gaviria, M. (ed.) *Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics*. Chicago, University of Illinois Press; 1987.

17. Flaherty J A, Gaviria F M, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman J A, Birz S.  
Developing Instruments for Cross-cultural Psychiatry Research. J Nerv Ment Dis; 1988;  
176:257-63.
18. Fleitlich B W, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems  
in Brazil: cross sectional survey. BMJ; 2001; 323:599-600.
19. Fleitlich-Bilyk B. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South  
East of Brazil. London. (Dissertation) – Department of Child and Adolescent Psychiatry  
Institute of Psychiatry Kings College London, University of London; 2002.
20. Frankenburg, Doods J B. The Denver Developmental Screening Test. Pediatrics.  
1967;71: 181-91.
21. Freud S. (1918-1973). Historia de una neurosis infantil (Caso del Hombre de los lobos).  
Em: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, v.2.; p.1941-2010.
22. Gesell A. *A Criança de 0 a 5 Anos*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
23. Gesell A, Amatruda C. Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño: metodos  
clinicos y aplicaciones practicas. Buenos Aires : Medico Quirúrgica; 1945.
24. Giel R, de Arango M V, Climent C E, Harding T W, Ibrahim H H, Ladrado-Ignacio L,  
Murthy R S, Salazar M C, Wig N, Younis Y O. Childhood mental disorders in primary  
health care: results of observations in four developing countries. A report from the who  
collaborative study on strategies for extending mental health. Pediatric; 1981; 68:677-83.

25. Hallowell A I. Culture and mental disorder. *J Abnorm Soc Psychol*; 1934; 29:1-9.
26. Honzik M P. Value and limitations of infant tests. Em Lewis, M. *Origins of intelligence: infancy and early childhood*. New York : Plenum; 1977. p. 59-95.
27. Jorge M R. Transcultural adaptation of psychiatric instruments in mental health. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*;1998; 25:233-9.
28. Kilbride J E, Kilbride P L. Sitting and smiling behavior of Baganda infants: the influence of culturally constituted experience. *J Cross-Cultural Psychol*; 1975;6:88-107.
29. Laznik-Penot M-C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? Em Wanderley, D. *Palavras em Torno do Berço*. Salvador: Ágalma; 1997.
30. Leighton A H. Culture and Psychiatry. *Can J Psychiatr*; 1981; 26:522-29.
31. LeVine R. Parental goal: a cross-cultural view. *Teachers College Record*; 1974; 76:226-39.
32. Rothbaum F, Pott M, Azuma H, Miyake K, Weisz J. The development of close relationships in Japan and the United States: Paths of symbiotic harmony and generative tension. *Child Development*; 2000; 71:1121-42.
33. Scheff T S. Is Accurate Cross-cultural Translation Possible? *Current Anthropology* 28:365.

34. Silva F S, Azevedo M R C. Children from the backlands: life styles. An ethnographic study on families from Santa Cruz do Banabuiú - State of Ceará. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum (São Paulo); 2001; 11:17-34, jan.-jul.
35. Spencer C, Woolley H. Children and the city: a summary of recent environmental psychology research. Child Care Health Dev; 2000; 26:181-97.
36. Trevarthen C. Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), Before speech: The beginning of human communication; London: Cambridge University Press; 1979; 321-347.
37. Trevarthen C, Aitken K J. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. J Child Psychol Psychiatry; 2001; 42:3-48.
38. Vainfas R, Venâncio R, Kodama K, Grinberg K. Brasil: 500 anos de povoamento. IBGE. Rio de Janeiro – RJ. Centro de Documentação. 240p. Ilustrado cores. 30 x 32 cm; 2000.
39. Vieira R M. O que é isto - o comportamento? Boletim de Psiquiatria; 1974; 7:115-44.
40. Zero to three. Diagnostic Classification: 0-3. Washington: National Center for Infants, Toddlers and Families; 1994.



## ANEXO 1

**Tabela 1** – Número de atendimentos por mês distribuídos por serviço de saúde e faixa etária das crianças atendidas.

CIDADE	ATENDIMENTOS POR MÊS	0 A 4 MESES INCOMPLETOS		4 A 8 MESES INCOMPLETOS		8 A 12 MESES INCOMPLETOS		12 A 18 MESES	
		N	%	N	%	N	%	N	%
BRASÍLIA	200	104	52,0	39	19,5	22	11,0	34	17,0
RECIFE	240	0		0		0		0	
RIO DE JANEIRO	330	60	18,2	80	24,2	80	24,3	60	18,2
PORTO ALEGRE (ESTIMATIVA)	234	0		0		0		0	
CURITIBA	280	43	15,4	70	25,0	77	27,5	90	32,2
BELÉM	205	60	15,4	40	25,0	85	27,5	20	32,2
SALVADOR (ESTIMATIVA)	234	0		0		0		0	
SÃO PAULO (BUTANTÃ/FMUSP)	147	52	35,4	35	23,8	30	20,4	30	20,4
SÃO PAULO (PARAISÓPOLIS)	1.622	107	6,6	411	25,4	414	25,5	690	42,5
TOTAL S/ (RE, POÁ, SA)	2.784	426	15,3	675	24,2	708	25,4	924	33,2
<b>TOTAL</b>	<b>3.492</b>								

## ANEXO 2

**Tabela 2** – Lista dos 31 Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA	INDICADOR
0 A 4 MESES INCOMPLETOS	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).
	3. A criança reage ao mamamhês.
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.
	10. A criança reagi (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

8 A 12 MESES INCOMPLETOS	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
	19. A criança possui objetos prediletos.
	20. A criança faz gracinhas.
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.
	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
12 A 18 MESES	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.
	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

## ANEXO 3

**Tabela 3** - Crianças com 2 ou mais ausências nos IRDI divididas por faixa etária, em cada município: 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses.

MUNICÍPIO	QUANTIDADE DE CRIANÇAS COM 2 OU MAIS AUSÊNCIAS NOS IRDI, DIVIDIDAS EM FAIXAS ETÁRIAS			
	0 A 4 MESES INCOMPLETOS	4 A 8 MESES INCOMPLETOS	8 A 12 MESES INCOMPLETOS	12 A 18 MESES
	SIM	SIM	SIM	SIM
BELÉM	9,1%	7,7%	0%	6,5%
BRASÍLIA	18,2%	26,9%	20%	3,2%
PORTO ALEGRE	9,1%	11,5%	5%	9,7%
FORTALEZA	9,1%	0%	0%	0%
RECIFE	9,1%	7,7%	0%	6,5%
SALVADOR	0%	0%	0%	0%
SÃO PAULO	18,2%	38,5%	50%	51,6%
CURITIBA	27,3%	0%	0%	0%
RIO DE JANEIRO	0%	7,7%	25%	22,6%

## ANEXO 4

**Tabela 4** – Cada município foi comparado com a somatória dos outros e obtido um valor de p. Não houve significância em nenhum dos municípios.

MUNICÍPIOS	CRIANÇAS COM 2 OU MAIS AUSÊNCIAS NOS IRDI		TOTAL	CHI-QUADRADO (VALOR DE P)
	NÃO	SIM		
BELÉM	51 (91,1%)	5 (8,9%)	56 (100%)	<b>p=0,486</b>
BRASÍLIA	98 (87,1%)	10 (12,9%)	108 (100%)	<b>p=0,371</b>
PORTO ALEGRE	52 (86,5%)	7 (13,5%)	59 (100%)	<b>p=0,987</b>
FORTALEZA	22 (95,7%)	1 (4,3%)	23 (100%)	<b>p=0,259</b>
RECIFE	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)	<b>p=0,63</b>
SALVADOR	31 (100%)	0 (0%)	31 (100%)	<b>p=0,37</b>
SÃO PAULO	214 (84,7%)	34 (15,3%)	248 (100%)	<b>p=0,238</b>
CURITIBA	57 (95%)	3 (5%)	60 (100%)	<b>p=0,87</b>
RIO DE JANEIRO	43 (75%)	13 (25%)	56 (100%)	<b>p=0,06</b>
<b>TOTAL</b>	<b>583 (86,7%)</b>	<b>78 (13,3%)</b>	<b>661 (100%)</b>	

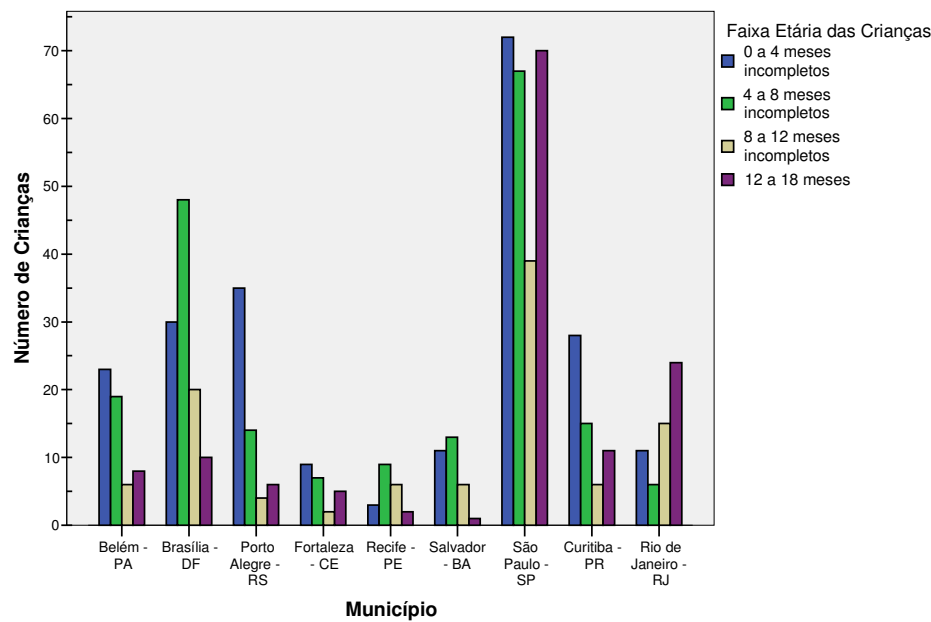
## ANEXO 5

**Tabela 5** – Cada região foi comparada com o todo e obtido um valor de p.

REGIÕES	CRIANÇAS COM 2 OU MAIS AUSÊNCIAS NOS IRDI		TOTAL	CHI-QUADRADO (VALOR DE P)
	NÃO	SIM		
NORTE	51 (91,1%)	5 (8,9%)	56 (100%)	<b>p = 0,12</b>
NORDESTE	68 (91,9%)	6 (8,1%)	74 (100%)	
SUL	109 (91,6%)	10 (8,4%)	119 (100%)	
SUDESTE	257 (84,5%)	47 (15,5%)	304 (100%)	
CENTRO-OESTE	98 (90,7%)	10 (9,3%)	108 (100%)	
<b>TOTAL</b>	<b>583 (86,7%)</b>	<b>78 (13,3%)</b>	<b>661 (100%)</b>	

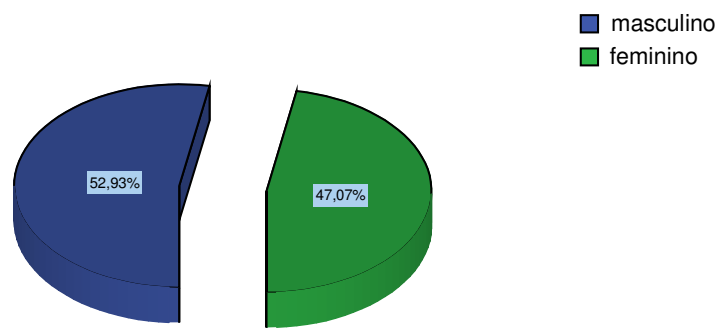
ANEXO 6

Figura 1 – Distribuição das crianças, divididas por faixas etárias, de acordo com o município



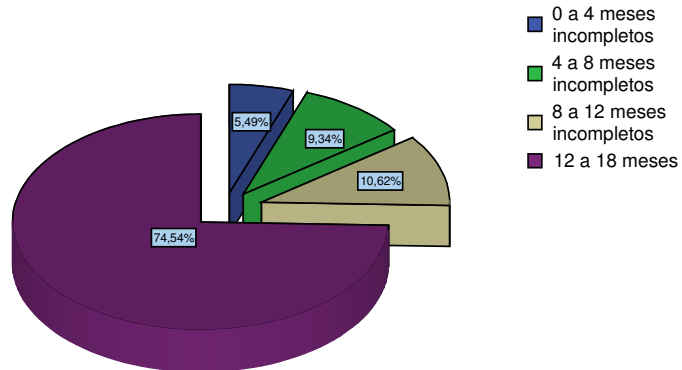
ANEXO 7

Figura 2 – Distribuição do total de crianças participantes da pesquisa multicêntrica por sexo.



## ANEXO 8

**Figura 3** - Distribuição do total de crianças participantes da pesquisa multicêntrica por faixas etárias.



### FICHA TÉCNICA

#### INSTITUIÇÃO

Instituto da Criança (ICR) - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

#### PROFESSOR (ES) ORIENTADOR (ES)

Ana Maria de Ulhôa Escobar

#### ALUNO (S) RESPONSÁVEL (EIS)

André Laranjeira de Carvalho

#### ALUNO (S) RESPONSÁVEL (EIS) PARA CONTATO

André Laranjeira de Carvalho

Fone: (11) 9639-4669

E-mail: andrelaranjeira@gmail.com