

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

BRUNA CÂNDIDO ARAÚJO

**ASPECTOS AVALIATIVOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

PORTO ALEGRE

2018

BRUNA CÂNDIDO ARAÚJO

**ASPECTOS AVALIATIVOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de conceito final da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II da Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Doutora Carla Skilhan de Almeida

PORTO ALEGRE

2018

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, à minha orientadora Carla Skilhan de Almeida, por toda paciência e dedicação para realização deste trabalho. E, principalmente, por toda generosidade em dividir seu conhecimento, me ensinando tanto e fazendo eu me apaixonar pela área da neuropediatria. Obrigada por ter acompanhado minha trajetória desde o início da graduação, por confiar, acreditar no meu potencial e sempre estar disposta para ajudar. Tu és uma inspiração para mim.

Ao meu noivo, melhor amigo e companheiro de vida, Igor, por estar ao meu lado em todos os momentos. Por ser incansável em me apoiar nos meus projetos. Por dividir sonhos comigo e sempre acreditar no meu potencial. Por ser um exemplo para mim, um profissional e uma pessoa na qual eu me espelho sempre. Por ser a minha pessoa.

Ao meu filho, Kalel, por ser fonte de inspiração, de alegria e de amor. Por me dar um motivo maior para lutar por um mundo melhor. E por despertar a melhor versão de mim.

À minha mãe, Rosana, por ser incansável em me ajudar, por estar sempre disponível, me possibilitando tempo para realização deste trabalho. E, principalmente, por tudo que me ensinou e todo apoio que sempre me deu.

Às minhas irmãs e ao meu pai, pelo apoio e compreensão durante os 5 anos de graduação e durante a vida toda. E por, junto a minha mãe, moldarem quem eu sou hoje.

À minha amiga e melhor dupla, Katiele Orso, por se manter sempre ao meu lado durante toda graduação. Por dividir anseios e alegrias. Por ser essa pessoa única, que me inspira. Por sempre me apoiar. E por ser uma das melhores pessoas que a Universidade colocou na minha vida.

A todas as colegas e amigas que fizeram parte dessa longa trajetória que foi a graduação, pelo enorme apoio no momento que mais precisei e por tornarem os dias mais alegres.

Por fim, à toda equipe PIMP/Kinder por me ensinarem tanto sobre amor a neuropediatria, sobre trabalho em equipe e sobre cumplicidade. Foi um prazer fazer parte desta equipe.

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar na literatura atual como acontece a vigilância da saúde do bebê na atenção básica (AB), bem como, quais os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais que trabalham com o público infantil e como acontece o encaminhamento desses bebês com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor para o atendimento especializado. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Cochrane CENTRAL, Lilacs, PEDro e Google Acadêmico, do início das bases até setembro/2018. A busca compreendeu os descritores “vigilância da saúde da criança”, “avaliação”, “saúde da criança”, “desenvolvimento infantil” e “atenção básica” associados a seus termos sinônimos. **Resultados:** Foram encontrados 130 estudos, 32 foram selecionados para análise detalhada, após, 8 foram incluídos na revisão. Verificou-se que as práticas mais comuns são a avaliação do crescimento e orientações aos pais. A utilização de testes específicos para o desenvolvimento não é uma prática comum na AB. Acerca do encaminhamento para o serviço especializado, os artigos que abordam o tema não deixam claro como é feito tal processo. **Conclusões:** a vigilância do crescimento infantil está bem estruturada na AB, já a vigilância do desenvolvimento infantil encontra muitas barreiras frente ao despreparo dos profissionais. Fazendo-se necessário capacitações para os profissionais das AB.

**Palavras chave:** Desenvolvimento Infantil; Atenção Básica; Saúde da Criança.

## **Sumário**

APRESENTAÇÃO.....	6
Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica .....	7
RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUÇÃO .....	10
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS .....	13
DISCUSSÃO .....	18
CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
ANEXO – Normas para submissão na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.....	26

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi realizado na forma de artigo, seguindo as normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Anexo). As ilustrações (tabelas e figuras) foram inseridas ao longo do texto para melhor compreensão do avaliador, no entanto, ao ser submetido para publicação será organizado conforme as normas.

Foi realizada uma revisão de literatura para verificar como acontece a vigilância da saúde da criança na atenção básica no Brasil, bem como, quais os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais e como acontece o encaminhamento das crianças com atraso no DNPM para o atendimento especializado.

Este trabalho foi elaborado com o intuito de conhecer as práticas dos profissionais da atenção básica à saúde sobre a vigilância do desenvolvimento infantil. A ideia surgiu a partir do projeto de extensão Programa de Intervenção Motora Precoce – PIMP, onde percebemos que os bebês procuravam pelo atendimento de fisioterapia com uma idade próximos a um ano. No entanto, a fisioterapia deveria iniciar antes de quatro meses de idade. Isso nos instigou a investigar o motivo dos bebês virem tarde para o atendimento especializado.

Nos questionamos se os bebês que chegam tardiamente são diagnosticados como: 1. bebês típicos e, com o “Crescer no Déficit” (conforme crescem e amadurecem, aparecem os problemas neurológicos) aparecem os problemas; 2. Bebês “*boderline*”, ou seja, há um diagnóstico de suspeita de atraso e os pediatras encaminham somente quando há atraso; 3. Não existe uma avaliação precoce criteriosa acerca do desenvolvimento infantil nos serviços de atenção básica. Esse olhar acerca do desenvolvimento neuropsicomotor seria um papel da vigilância da saúde do bebê na atenção básica no Brasil. A partir de tais indagações, surgiu a dúvida que deu origem a este trabalho: será que isto já está sendo descrito na literatura atual?

## **Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica**

### *Evaluation aspects of child development in primary care*

Bruna Cândido Araújo<sup>1</sup> e Carla Skilhan de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciência do Movimento Humano, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

---

#### **Autor correspondente**

Nome: Carla Skilhan de Almeida

Rua Felizardo, 750 – Jardim Botânico

90690-200 - Porto Alegre – RS [Brasil]

[carlaskilhan@gmail.com](mailto:carlaskilhan@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar na literatura atual como acontece a vigilância da saúde do bebê na atenção básica (AB), bem como, quais os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais que trabalham com o público infantil e como acontece o encaminhamento desses bebês com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor para o atendimento especializado. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Cochrane CENTRAL, Lilacs, PEDro e Google Acadêmico, do início das bases até setembro/2018. A busca compreendeu os descritores “vigilância da saúde da criança”, “avaliação”, “saúde da criança”, “desenvolvimento infantil” e “atenção básica” associados a seus termos sinônimos. **Resultados:** Foram encontrados 130 estudos, 32 foram selecionados para análise detalhada, após, 8 foram incluídos na revisão. Verificou-se que as práticas mais comuns são a avaliação do crescimento e orientações aos pais. A utilização de testes específicos para o desenvolvimento não é uma prática comum na AB. Acerca do encaminhamento para o serviço especializado, os artigos que abordam o tema não deixam claro como é feito tal processo. **Conclusões:** a vigilância do crescimento infantil está bem estruturada na AB, já a vigilância do desenvolvimento infantil encontra muitas barreiras frente ao despreparo dos profissionais. Fazendo-se necessário capacitações para os profissionais das AB.

**Palavras chave:** Desenvolvimento Infantil; Atenção Básica; Saúde da Criança.

**ABSTRACT**

Objective: to review in the current literature how the surveillance of the health of the baby in primary care (AB) happens, as well, what evaluation methods are used by the professionals that work with the infantile public and how the referral of these babies with delay in the neuropsychomotor development to the specialized service. Methods: This is a literature review. A search was made in MEDLINE (via PubMed), Cochrane CENTRAL, Lilacs, PEDro and Google Academic, from the beginning of the databases until September / 2018. The search comprised the descriptors "child health surveillance", "evaluation", "child health", "child development" and "basic care" associated with its synonyms. Results: 130 studies were found, 32 were selected for detailed analysis, after which, 8 were included in the review. It was verified that the most common practices are the evaluation of the growth and orientations to the parents. The use of specific tests for development is not a common practice in AB. Regarding the referral to the specialized service, the articles that approach the subject do not make clear how this process is done. Conclusions: the surveillance of child growth is well structured in AB, but child development surveillance is already facing many barriers in the face of unprepared professionals. It is necessary to train AB professionals.

**Keywords:** Child Development; Primary Health Care; Child Health.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é um processo vinculado à maturação cerebral, tendo seu início na vida intrauterina e seguindo até a vida adulta.<sup>1</sup> Ele pode sofrer influência de diversos fatores como baixo peso ao nascer, idade gestacional baixa, condições de saúde e nutrição, condições socioeconômicas, entre outras.<sup>2,3</sup>

Sabe-se que os primeiros mil dias da criança, ou seja, da concepção até completar dois anos, são cruciais para o desenvolvimento.<sup>4</sup> Intervenções nesse período são mais eficientes, pois aproveitam as janelas de oportunidade, facilitando a aquisição de aptidões e competências.<sup>5,6</sup> Ademais, uma combinação de experiências positivas nessa fase, como alimentação adequada, relação parental positiva e estimulação precoce, apresenta um papel importante para o desenvolvimento global do bebê, pois essas experiências refletirão não somente na infância, mas na vida escolar e adulta.<sup>4,7</sup>

Com o avanço técnico-científico nos serviços de neonatologia, as taxas de mortalidade têm sido cada vez mais baixas,<sup>8</sup> por consequência, ocorre o aumento nas taxas de morbidade em recém-nascidos, resultando em atrasos no desenvolvimento e alterações neuromusculoesqueléticas.<sup>9</sup> Com isso, necessita-se de um olhar atento de todos os profissionais de saúde, com uma avaliação e um diagnóstico precoce.<sup>10</sup> Visando as particularidades de cada um, a avaliação deve ser um processo individualizado, dinâmico e compartilhado com cada criança. Identificar precocemente atrasos no DNPM (ADNPM) pode trazer diversos impactos positivos, indo desde minimizar os agentes causadores, até proporcionar experiências positivas.<sup>6,11</sup>

Os profissionais da saúde que se dedicam ao desenvolvimento sabem da importância de um olhar atento e da aplicação de testes de triagem para facilitar o manejo com o bebê e sua família. Deste modo, os profissionais que estão na atenção básica (AB) tem o papel de realizar

a vigilância do DNPM, identificar as crianças com possíveis atrasos e encaminhá-las para atendimento especializado o mais cedo possível.<sup>12</sup>

O Brasil apresenta uma realidade onde há uma desvalorização da avaliação do desenvolvimento como parte da consulta em pediatria, levando a um despreparo profissional e, por conseguinte, a uma falta de detecção precoce de atraso.<sup>13,14</sup> Também é sabido que apenas uma avaliação clínica informal, como é muito utilizada por pediatras, é insuficiente para detecção de atrasos, mostrando menos de 30% das crianças com alterações no desenvolvimento.<sup>14</sup>

Assim, bebês com ADNPM são tardiamente diagnosticados e, logo, chegam tarde aos serviços especializados, dificultando o processo de aquisição neuropsicomotora. A avaliação dos General Movement (GMs) por exemplo, é um teste de observação extremamente específico que prediz se o bebê tem alguma anormalidade antes mesmo de completar cinco meses de vida.<sup>15,16,17</sup> Sendo assim, um teste que deveria ser utilizado por todos os profissionais de saúde que atendem bebês. Com a falta deste tipo de avaliação, o bebê que apresenta ADNPM e/ou problema neurológico é encaminhado para o serviço especializado muito tarde, estando próximo a completar um ano de idade. Perdendo assim muitas janelas de oportunidades que podem ter se fechado.<sup>15</sup>

Deste modo, surgem os seguintes questionamentos: 1. os bebês que chegam tardiamente no serviço especializado são diagnosticados primeiramente como bebês típicos e, com o “Crescer no Déficit” (conforme crescem e amadurecem, aparecem os problemas neurológicos) aparecem os problemas?<sup>18</sup> 2. São bebês “*boderline*”, ou seja, há um diagnóstico de suspeita de atraso e os pediatras encaminham somente quando há atraso? 3. Não existe uma avaliação precoce criteriosa acerca do desenvolvimento infantil nos serviços básicos de atenção básica? Esse olhar acerca do desenvolvimento neuropsicomotor seria um papel da vigilância da saúde do bebê na atenção básica no Brasil.

Tendo em vista o contexto apresentado, o objetivo do estudo foi revisar na literatura atual como acontece a vigilância da saúde do bebê na AB no Brasil, bem como, verificar quais os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais que trabalham com o público infantil e como acontece o encaminhamento desses bebês com ADNPM para o atendimento especializado.

## **MÉTODOS**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. Como critérios de elegibilidade, foram incluídos textos da literatura que citassem (a) como é a prática dos profissionais de saúde que realizam a vigilância da saúde do bebê na AB (b) quais instrumentos avaliativos ou de triagem são utilizados (c) como é feito o encaminhamento dos bebês que são diagnosticados com ADNPM o atendimento especializado; e foram excluídos textos que abordassem o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que avaliassem os conhecimentos dos enfermeiros acerca da vigilância da saúde da criança, que falassem sobre tipos de intervenções realizadas na ABS e que fossem sobre a percepção dos cuidadores sobre as práticas dos profissionais de saúde da ABS.

Como estratégia, a busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Cochrane CENTRAL, Lilacs, PEDro, Scielo e Google Acadêmico, do início das bases até setembro de 2018. A busca compreendeu os seguintes descritores “vigilância da saúde da criança”, “puericultura”, “desenvolvimento infantil”, “atenção básica” e “atendimento especializado” associados a seus termos sinônimos. Além de busca manual em referências de estudos já publicados sobre o assunto.

Na busca dos estudos foram encontrados 130 artigos. Os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados. Aqueles que não forneciam

informações suficientes sobre os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para avaliação do texto completo. Após, foram avaliados os textos completos e incluídos no presente estudo aqueles que seguiam os critérios de elegibilidade citados anteriormente.

A extração dos dados foi realizada através de um formulário padronizado. Foram extraídas informações sobre amostra, local onde foi realizado, formas de avaliação e critérios de encaminhamento.

## RESULTADOS

A estratégia de busca encontrou 130 artigos, dos quais 32 foram selecionados para análise detalhada. Destes, 8 preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão. A figura 1 apresenta o fluxograma dos estudos incluídos na revisão, a Tabela 1 apresenta as principais características dos estudos.



*Figura 1 - Fluxograma da busca e seleção dos estudos.*

Tabela 1- Principais características dos estudos

<b>ESTUDO</b>	<b>AMOSTRA E LOCAL DA COLETA</b>	<b>PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>MÉTODOS AVALIATIVOS UTILIZADOS</b>
Figueiras et al,2003 <sup>19</sup>	40 médicos e 40 enfermeiros das Unidades Municipais de Saúde e mesmo número do Programa da Família Saudável (PFS) que atendiam crianças em regime ambulatorial na cidade de Belém.	Dentre as práticas citadas estão: questionamento às mães sobre o desenvolvimento do filho; mais de 70,% afirma avaliar rotineiramente o desenvolvimento; além de orientação às mães sobre como estimular o desenvolvimento do seu filho.	Mais de 68% afirmam fazer avaliação sem auxílio de instrumentos, sendo que entre os enfermeiros foi mais comum a utilização de alguma escala. A maioria dos profissionais que dizem utilizar escalas citam o uso da CSC, e, além disso, a escala de Denver é citada por 3 pediatras.
Saparolli e Adami, 2007 <sup>20</sup>	14 enfermeiras de 8 UBS do PSF em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, localizadas na zona Leste da capital paulistana. E 20% do total de crianças de até 1 ano da equipe de saúde de cada enfermeira, abrangendo 114 consultas de enfermagem	Mensuração do peso e comprimento e perímetro cefálico; orientações às mães sobre as crianças que estavam abaixo ou acima da faixa de normalidade nas curvas de crescimento; identificação dos itens referentes aos principais marcos do desenvolvimento; orientação sobre a importância da estimulação do desenvolvimento.	Foi utilizada pelas enfermeiras das UBS a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, que é uma adaptação dos principais marcos estabelecidos por alguns testes e escalas.
Reichert et al., 2012 <sup>21</sup>	45 enfermeiras que atuam nas USF do Distrito Sanitário III, da cidade de João Pessoa – Paraíba, e mães de crianças menores de dois	96% afirma avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil (100% das mães afirmam sobre o crescimento, mas só 48% sobre o	É citado apenas o uso da CSC.

	anos de idade, cadastradas nas USF do referido Distrito. Para cada enfermeira foram selecionadas cinco mães, totalizando 225.	desenvolvimento). 98% afirma orientar sobre peso da criança (42,7% das mães) e 100% sobre alimentação (85,8% das mães).	
Andrade et al., 2013 <sup>22</sup>	14 enfermeiros atuantes em 14 Unidades Básicas de Saúde do município de Passos-MG.	A avaliação inclui avaliar, identificar, orientar, indicar a periodicidade das consultas e encaminhar. Orientações sobre aleitamento e alimentação	Não é cita o uso de nenhum instrumento avaliativo.
Gasparino, Simonetti e Tonete, 2013 <sup>23</sup>	10 enfermeiros das USF de 4 municípios do Consórcio Intermunicipal do Circuito das Águas (CONISCA), polo turístico do interior paulista.	As seguintes funções foram apontadas: pesar e medir, fornecer orientações de saúde, especialmente sobre aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento saudáveis, além de questões sobre vacinação.	Apenas uma enfermeira cita que utiliza a avaliação do crescimento estabelecida pelo próprio Ministério da Saúde. As demais não citam uso de nenhum instrumento.
Yakuwa, 2015 <sup>24</sup>	21 enfermeiros atuantes nas ESF da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo.	As consultas tem como foco o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além de monitorar os indicadores de saúde. Visitas domiciliares (VD) para ver as necessidades de cada família. Monitoramento do peso e do aleitamento materno. Trazem o	É relatado que realizam exame físico, medida de peso e altura e acompanhamento do DNPM, no entanto não é citado de que maneira isso é feito.

		exame físico como uma prática rotineira. Além disso, fazem a vigilância para identificação de vulnerabilidade.	
Silva e Monteiro, 2016 <sup>25</sup>	9 enfermeiros que atuam na atenção básica do município de Redenção-CE.	Dentre as práticas de vigilância citadas frente a crianças com diagnóstico de atraso, estão elas: orientações aos responsáveis, encaminhamento para o especialista, monitorar resposta ao tratamento, realizar VD, observar reflexos, acompanhar as curvas de crescimento, investigar aleitamento materno exclusivo e esquema vacinal, avaliar evolução de marcos do DNPM e linguístico.	Não cita.
Gaiva et al, 2018 <sup>26</sup>	4 enfermeiros, de 4 USF, escolhidas aleatoriamente para contemplar uma unidade de cada regional de saúde do município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil.	Em todas as consultas observadas foram realizadas a mensuração do peso, estatura e perímetro cefálico; além disso são realizadas orientações sobre importância de acompanhar a saúde da criança. Avaliação do desenvolvimento infantil foi realizada em 66,7% das consultas.	Para verificar o crescimento dos bebês foi utilizada a CSC. Já para avaliar o desenvolvimento infantil, em oito consultas foram utilizadas a própria CSC, em três consultas o teste de Denver II e em outras três apenas foi questionado para a mãe sobre alguns marcos.

Pode-se observar que com relação às práticas dos profissionais de saúde, as mais citadas são: orientações gerais aos pais, avaliação do desenvolvimento infantil, avaliação do crescimento infantil, acompanhamento das vacinas, realização das VD e orientações sobre a importância de a família estimular o desenvolvimento infantil.

Com relação aos métodos avaliativos utilizados pelos profissionais, pode-se ver que três artigos não citam de que forma realizam a avaliação, em três os profissionais dizem utilizar a CSC e também escalas ou testes específicos, em outros três os profissionais utilizam apenas a CSC, um artigo apenas usa o método observacional e um artigo os profissionais não falam sobre avaliação do desenvolvimento infantil. Dentre aqueles que utilizam escalas ou testes específicos, os citados foram: a CSC (n=3), o teste de Denver II (n=2) e a Ficha de Acompanhamento do desenvolvimento (n=1).

Sobre o encaminhamento para o atendimento especializado quando se faz necessário, três estudos afirmam realizar o encaminhamento, enquanto cinco não trazem esse tema. Os principais achados que motivaram os profissionais a realizar o encaminhamento foram: atraso no desenvolvimento e crescimento, vulnerabilidade por questões financeiras, questões clínicas e atraso na fala. Apenas três estudos<sup>22,24,25</sup> deixavam claro como é feito o encaminhamento. Os demais não relatam esse processo. Como mostra a Tabela 2.

*Tabela 2- Principais achados sobre o encaminhamento para o serviço especializado*

	<b>ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO ESPECIALIZADO</b>
Andrade et al., 2013 <sup>22</sup>	Enfermeiros reconhecem que faz parte das consultas o encaminhamento para outros profissionais. Citam o encaminhamento para o pediatra e nutricionista assim que detectado baixo peso ou que a criança está na linha de risco; para o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou NASF quando a questão é financeira; para o médico ou pediatra se for questão clínica; para o fonoaudiólogo, quando apresenta atraso na fala. O enfermeiro é visto como um “mediador entre cliente, equipe

	<p>multiprofissional, família e comunidade”. No entanto, os profissionais relatam que uma dificuldade nesse quesito é a resistência familiar para procurarem outro profissional.</p>
Yakuwa, 2015 <sup>24</sup>	<p>O enfermeiro cita a importância de encaminhar os pacientes se necessário e a importância de discutir os casos com a equipe multiprofissional. É falado sobre a importância de verificar o que tem na rede para apoiar o bebê biologicamente, como por exemplo, estimulação precoce. É realizado o encaminhamento para o Posto de Atendimento Médico (PAM) para estimulação precoce. Além disso, o encaminhamento é feito para um programa no qual tem ações voltadas para a saúde materno-infantil.</p>
Silva e Monteiro, 2016 <sup>25</sup>	<p>Dentre as atividades prescritas por enfermeiro para crianças com atraso no crescimento e desenvolvimento, “encaminhar para o profissional especialista” é a que aparece com mais frequência.</p>

## DISCUSSÃO

No presente estudo, foi realizada uma revisão de literatura acerca da maneira como é feita a vigilância da saúde do bebê na ABS no Brasil em relação ao desenvolvimento motor. Este tema foi de interesse porque trabalhamos em um serviço especializado onde os bebês tem atraso no desenvolvimento motor. Eles são prontamente encaminhados para realizar a intervenção motora precoce (IMP) assim que é detectado na atenção primária. No entanto, aqueles em que essas alterações não são visíveis, demoram a chegar ao nosso serviço. Porém, se fossem utilizadas avaliações específicas<sup>27</sup> e sensíveis já na triagem da atenção básica, esses bebês seriam encaminhados precocemente (antes de quatro meses) para um serviço especializado.

Sabe-se da necessidade de um olhar atento e da importância da aplicação de testes de triagem para uma melhor avaliação do DNPM.<sup>10</sup> No entanto, essa prática ainda não é comum para os profissionais que realizam o acompanhamento dos bebês.<sup>14</sup> O que se percebe, na

realidade atual, é um despreparo dos profissionais frente a anormalidades que possam surgir.<sup>25</sup> Quando iniciamos as leituras, pensamos que encontraríamos médicos pediatras utilizando escalas específicas para a verificação do desenvolvimento infantil. Todavia, o que encontramos foram as enfermeiras a frente deste processo.<sup>19</sup> Ambos são profissionais extremamente competentes e que podem utilizar escalas específicas.

É possível observar neste estudo que grande parte dos profissionais da saúde ainda utilizam a CSC como única ou principal forma de realizar a triagem do desenvolvimento. No entanto, a mesma não é considerada uma escala de avaliação, apenas apresenta marcos do desenvolvimento que devem ser assinalados quando a criança os atingir.<sup>19,21,26</sup> Também foi possível averiguar que o uso da CSC está diretamente ligada a vigilância do crescimento infantil, devendo ser utilizada não apenas para anotar dados antropométricos, mas como forma de acompanhar se esses dados estão dentro dos padrões ditos “normais”. Além de ser uma forma de mostrar aos responsáveis como está a saúde do seu bebê, estimulando-os a realizar esse acompanhamento mensal.<sup>21,22,26</sup>

Um fator que se destaca em alguns estudos presentes nessa revisão, é a importância que muitos profissionais atribuem a responsabilizar as mães ou responsáveis pela vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, fazendo com que os mesmos sejam sujeitos ativos nas consultas.<sup>21,22,24,26</sup> O que vai ao encontro do que a literatura evidencia, quanto mais o profissional permite que os responsáveis participem das consultas de forma ativa, maior é a adesão ao acompanhamento e às orientações e, assim, maior é a melhora dos resultados clínicos.<sup>28</sup>

Outra maneira de aumentar a adesão às consultas e de realizar a vigilância da saúde da criança de um modo geral é através da VD. A VD é vista como uma intervenção de grande importância, visto que através dela é possível a realização de uma vigilância ambiental e sanitária,<sup>24</sup> além de favorecer o vínculo com a família. Ademais, ela possibilita que o

profissional veja a criança no seu ambiente natural, facilitando o entendimento sobre o contexto que a mesma está inserida, como é sua relação familiar e mesmo, que consiga perceber fatores relacionados ao DNPM.<sup>20,24</sup>

Diversos profissionais atribuem uma grande importância a realização do acompanhamento do DNPM.<sup>20,21</sup> No entanto, muitos afirmam que essa avaliação é realizada apenas de forma observacional<sup>19,21,24</sup> e outros citam testes de triagem que utilizam, sendo o mais citado o teste de Denver II.<sup>19,26</sup> Todavia, pode-se verificar que os profissionais questionavam as mães sobre os itens do mesmo, assim como perguntavam a elas sobre os marcos motores que os filhos haviam atingido, não os verificando diretamente.<sup>24,26</sup> O que vai contra a recomendação, que diz o profissional deve observar a movimentação, interação, linguagem da criança desde a entrada até a sua saída do consultório, além de testar diretamente a presença dos marcos motores.<sup>29</sup>

Dentre os motivos atribuídos pelos profissionais para não realização de exame físico e testes de triagem específicos estão: o tempo de consulta insuficiente, falta de experiência para realizar esse tipo de avaliação, falta de material, falta de espaço, avaliar apenas o estado geral e não valorizar muito o desenvolvimento, por sobrecarga de tarefas no cotidiano.<sup>19,24</sup> Alguns profissionais dizem avaliar apenas quando a mãe traz alguma demanda, realizando então a avaliação da queixa específica.<sup>19</sup>

A respeito de como é realizado o encaminhamento dos bebês de risco ou daqueles observados com ADNPM é possível perceber que há uma escassez do tema na literatura. O estudo de Silva e Monteiro<sup>25</sup>, apresenta diversos diagnósticos clínicos para nove enfermeiras atuantes na ABS no município de Redenção-CE e questiona-as sobre quais condutas tomariam frente a esses casos. A conduta mais observada é o “encaminhar para o profissional especialista”, no entanto, esse resultado é atribuído a um despreparo das mesmas em lidar com tais diagnósticos de atraso no desenvolvimento. Apenas um artigo<sup>22</sup> explicita que o

encaminhamento é realizado logo que percebido o ADNPM na criança. Andrade et al.,<sup>22</sup> coloca o enfermeiro no papel de mediador entre os pacientes, a equipe multiprofissional, a família e a comunidade. Sendo o enfermeiro também o profissional de referência para essa criança e sua família, tendo o papel não apenas de realizar o encaminhamento, mas também de averiguar os resultados do tratamento.<sup>24</sup>

A falta de capacitação dos profissionais de saúde que atendem crianças na ABS é um fator de grande influência para esse déficit na avaliação do DNPM mostrado. De acordo com os estudos, além de grande parte dos médicos que atuam na vigilância de saúde da criança serem clínicos gerais e dos enfermeiros não terem especializações em saúde da criança,<sup>19,24-26</sup> há também o impasse de que na ABS não há o costume de realizar cursos de capacitação para o atendimento em pediatria, o que dificulta um olhar atento e impede que os profissionais tenham conhecimento sobre escalas de desenvolvimento.<sup>19,21,23,24,26</sup> O estudo de Reichert (2011)<sup>30</sup> mostrou que, após a implementação de um programa de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento infantil, houve um aumento na avaliação rotineira sobre o desenvolvimento feita pelos profissionais, um aumento no uso de instrumento sistematizado para avaliação, além disso, todos profissionais passaram a orientar os responsáveis a estimularem o desenvolvimento. Mostrando que essa é uma alternativa que impacta positivamente o acompanhamento do desenvolvimento.

## **CONCLUSÃO**

Enquanto a vigilância do crescimento infantil está bem estruturada como prática corriqueira dos profissionais da ABS, a vigilância do desenvolvimento infantil encontra muitas barreiras frente ao despreparo dos profissionais acerca do tema. A presente revisão de literatura nos sugere que não há uma avaliação precoce criteriosa do DNPM nos serviços de

AB, bem como, os bebês somente são encaminhados quando a lesão neurológica ou ADNPM é evidente. Uma revisão curricular no curso de enfermagem e medicina se faz necessária para que incorporem testes específicos de detecção precoce para encaminhamento a serviços especializados, visto que estes profissionais estão a frente desta vigilância. A exemplo de cursos como o de fisioterapia que já tem incorporado nos seus currículos testes específicos de detecção precoce como o “*General Moviments*” (GM), TIMP (Teste Infantil da Performance Motora), Bayley III, Teste Motor Infantil de Alberta (AIMS), etc, no entanto, estes profissionais não estão inseridos na equipe que realiza a vigilância da saúde do bebê.

Há a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, que mostrem em outros estados do Brasil como é feito o acompanhamento dos bebês. Além da importância de entendermos melhor como os profissionais agem frente a uma criança diagnosticada com atraso ou risco de atraso e como é feito o encaminhamento para o serviço especializado. Mas muito além disso, concluímos que há a necessidade, frente a situação apresentada, de intervenções junto ao governo e junto à rede básica de atenção à saúde da criança para capacitar os profissionais a estarem aptos a realizar uma avaliação detalhada e munidos de ferramentas que sejam capazes de diagnosticar precocemente bebês com risco de atraso, e ainda, que saibam agir frente a isso, realizando o encaminhamento para o serviço especializado.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Neto, F.R.; Almeida, G.M.F.de; Caon, G.; Ribeiro, J.; Caram, J.A.; Piucco, E.C. Desenvolvimento Motor de Crianças com Indicadores de Dificuldades na Aprendizagem Escolar. R. bras. Ci e Mov. 2007; 15(1): 45-51.

- 2- PILZ, Elsa Maria Luz; BRAUN SCHERMANN, Lígia. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, 2007.
- 3- Ishii N, Kono Y, Yonemoto N, Kusuda S, Fujimura M. Outcomes of infants born at 22 and 23 weeks' gestation. *Pediatrics*. 2013;132(1):62–71, 2013.
- 4- DA CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; DE ALMEIDA, Isabela Saraiva. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 6, p. S44-S51, 2015.
- 5- ILARI, Beatriz. A música e o cérebro: algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical. **Revista da ABEM**, v. 11, n. 9, 2014.
- 6- HENNEMANN, Ana L. **Janelas de Oportunidades**. Novo Hamburgo, 19 nov/ 2015. Disponível online em: <http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2015/11/janelas-de-oportunidades.html>
- 7- BARTOSZECK, Amauri Betini; BARTOSZECK, Flavio Kulevicz. Neurociência dos seis primeiros anos: implicações educacionais. **EDUCERE. Revista da Educação**, v. 9, n. 1, p. 7-32, 2007.
- 8- DE SÁ NETO, José Antonio; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-7, 2010.

- 9- MANCINI, Marisa C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004.
- 10- SACCANI, Raquel; VALENTINI, Nadia C. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos ítems da Alberta Infant Motor Scale por faixa etária e postura. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 3, p. 711-722, 2010.
- 11- DE AGUIAR, Ludmilla CV et al. Prevalência de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 06 a 24 meses. 2003.
- 12- LUCATO SIGOLO, Ana Regina; ROSSITO AIELLO, Ana Lúcia. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. **Paidéia**, v. 21, n. 48, 2011.
- 13- RIBEIRO, Augusta Morgado; SILVA, Rosa Resegue F. da; PUCCINI, Rosana Fiorini. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, 2010.
- 14- ZEPPONE, Silvio Cesar; VOLPON, Leila Costa; DEL CIAMPO, Luiz Antonio. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, p. 594-599, 2012.
- 15- Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Suppl 1):S71--83
- 16- DE BOCK, Freia et al. Predictive value of General Movement Assessment for preterm infants' development at 2 years— implementation in clinical routine in a non-academic setting. **Research in developmental disabilities**, v. 62, p. 69-80, 2017.

- 17- BOSANQUET, Margot et al. A systematic review of tests to predict cerebral palsy in young children. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 55, n. 5, p. 418-426, 2013.
- 18- Snell R. Neuroanatomia Clínica. 7 edição. Guanabara Koogan, RJ. 2011
- 19- FIGUEIRAS, Amira Consuelo de Melo et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1691-1699, 2003.
- 20- SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2007.
- 21- REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 1, 2012.
- 22- ANDRADE, Raquel Dully et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 719-27, 2013.
- 23- GASPARINO, Roberta Fernandes; SIMONETTI, Janete Pessuto; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Consulta de Enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, 2013.
- 24- YAKUWA, Marina Sayuri. **Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de enfermeiros da estratégia saúde da família**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- 25- SILVA, Evair Barreto da; MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães. Atraso no crescimento e no desenvolvimento. 2016.
- 26- GAIVA, Maria Aparecida Munhoz et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 1, p. 9-21, 2017.

27- MIJNA HADDERS-ALGRA. General Movements, A Window for Early Identification of Children at High Risk for Developmental Disorders. *The Journal of Pediatrics* August 2004.

28- MALAQUIAS, Tatiana da Silva Melo; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; HIGARASHI, Ieda Harumi. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 62-68, 2015.

29- Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica n.º 33 [informe na Internet]. Brasília D.F.: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso: 28 nov 2018]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)

30- REICHERT, Altamira Pereira da Silva. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família. 2011.

## **ANEXO – Normas para submissão na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**

### **Escopo e política**

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de

artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas

### **Direitos autorais**

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

### **Aspectos Éticos**

#### **1. Ética**

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio

## **2. Conflitos de interesse**

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

### **Critérios para aprovação e publicação de artigo**

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido

sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigí-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

### **Seções da Revista**

**Editorial** escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo.

**Revisão** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. **Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua

justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

**Notas de Pesquisa** relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, com até 10 referências. **Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

**Informes Técnico-Institucionais** referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa de suas atividades científicas e organizacionais. Deverão

ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências. **Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

**Resenhas** crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras). **Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

**Artigos Especiais** textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

#### **Notas**

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

#### **Forma e preparação de manuscritos**

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

## **Estrutura do manuscrito**

**Identificação** título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

**Resumos** deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Ilustrações** as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a

seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

**Artigo** **de** **revista**

Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

**Livro** Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system*. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

**Editor, Organizador, Compilador** Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro** Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs*. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

**Congresso considerado no todo** Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North

Holland; 1992.

**Trabalho apresentado em eventos** Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

**Dissertação e Tese** Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997. **Documento em formato eletrônico – Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf)

### **Envio de manuscritos**

A submissão *on line* é feita, exclusivamente, através do Sistema de gerenciamento de

artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

**Disponibilidade da RBSMI**

A revista é *open and free access*, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e *download*, bem como para cópia e disseminação com propósitos educacionais.

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva Rua dos Coelhos, 300

Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550 Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br) Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)