

Ambiente Domiciliar e Influências no Desenvolvimento do Prematuro¹²

Home environment and Influences on Development of Premature

Daniela de Oliveira Mota: Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Brasília – UnB.
Autora da [Pesquisa. daniela.olimota@hotmail.com](mailto:daniela.olimota@hotmail.com)

Aline Oliveira Silveira: Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor adjunto no departamento de enfermagem da Universidade de Brasília. Orientadora da Pesquisa.
alinesilveira@unb.br

Tatiana Barcelos Pontes: Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor adjunto do departamento de terapia ocupacional da Universidade de Brasília. Co-orientadora da pesquisa. tatiana.pontes@gmail.com

¹ Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), como requisito necessário para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

² Artigo formatado em conformidade com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Ambiente Domiciliar e Influências no Desenvolvimento do Prematuro

Resumo

Introdução: O desenvolvimento infantil corresponde ao ganho progressivo de competências nas dimensões física, cognitiva, afetiva e sociocultural. Os primeiros anos de vida da criança são essenciais para o desenvolvimento e o nascimento prematuro é fator de risco. A neuroplasticidade, que permite a regulação emocional, a adaptação do comportamento e as habilidades, é vulnerável por causa da imaturidade. A exposição a ambientes estressantes pode ser fator adicional de comprometimento enquanto que intervenções adequadas durante períodos sensíveis na sua maturação podem favorecer o desenvolvimento bem sucedido. O ambiente domiciliar é o principal contexto da criança nos primeiros anos de vida e influencia fortemente seu desenvolvimento. **Objetivos:** Traçar o perfil de lactentes prematuros com idade corrigida de 0 a 4 meses e verificar a influência do ambiente domiciliar no seu desenvolvimento. **Metodologia:** Foi realizado estudo de cunho descritivo e inferencial, transversal, de abordagem quantitativa. Para a coleta de dados utilizou-se os instrumentos Teste de triagem de DENVER II e Inventário HOME. Os dados foram analisados pelo método estatístico descritivo e inferencial, por meio de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. **Resultados/Discussão:** Avaliou-se 23 lactentes. A presença de estímulos favoráveis ao desenvolvimento foi baixa em 69,4% dos domicílios. O desenvolvimento foi avaliado como suspeito em 43,5% dos lactentes. Os dados relativos ao estímulo ambiental não mostraram associação significativa com o desenvolvimento cognitivo. A reduzida amostra e sua homogeneidade inviabilizaram o uso de técnicas que possibilitassem a identificação de relações causais entre as variáveis investigadas. **Conclusões:** A relação entre o estímulo do ambiente domiciliar e o desenvolvimento infantil ainda precisa ser melhor esclarecida, principalmente na prematuridade.

Palavras-chave: Ambiente domiciliar, desenvolvimento infantil, prematuro.

Abstract

Introduction: Child development corresponds to the progressive gain skills in physical, cognitive, emotional and socio-cultural dimensions. The first years of a child's life are critical for the development and premature birth is a risk factor. Neuroplasticity, which allows for emotional regulation, behavioral adaptation and skills, is vulnerable because of immaturity. Exposure to stressful environments can be added factor of commitment while appropriate interventions during sensitive periods in their maturation can favor the successful development. The home environment is the child's main context in early years and strongly influences the development. **Objectives:** To know the profile of preterm infants attending in a university hospital between 0-4 months of corrected age and to verify the influence of family environment on cognitive development. **Methods:** A cross-sectional study and quantitative and inferential design methods were used. DENVER II and HOME assessments were applied in the home environment. Data were analyzed by descriptive statistical method, by means of frequency, percentage, average and standard deviation. **Results / Discussion:** 23 infants participated in the study. The presence of favorable stimulus to development was low in 69,4% of homes. 43.5% of infants had the test DENVER valued as suspect. Data relating to environmental stimuli showed no significant association with cognitive development. The reduced sample and its homogeneity made it impossible to use techniques that enabled the identification of causal relations between such variables investigated. **Conclusions:** The Relationship between the stimulus of home environment and cognitive development still must be better clarified, especially in prematurity.

Keywords: home environment, child development, premature

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil, apesar de já bem estudado, é ainda pouco abordado e avaliado na realidade da saúde pública. A realização de pesquisas e o conhecimento dos profissionais são ainda menores quando se trata de crianças nascidas pré-termo. Sabe-se que o número de nascimentos e a sobrevivência de prematuros é cada vez mais crescente devido aos avanços científicos e tecnológicos¹. Silveira et al (2013) realizou um estudo²

para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo e concluiu que os dados do Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC) não refletem a verdadeira dimensão da prematuridade no Brasil. Fato este que pode contribuir para a falta de investimento em estudos, em políticas públicas e na atualização dos profissionais de saúde que acompanham o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras.

A prematuridade é considerada uma situação de risco e vulnerabilidade à saúde da criança. É um fator de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor, linguístico, cognitivo, social e de autocuidados. Estudos que avaliaram o desenvolvimento de prematuros em diferentes idades identificaram que o nascimento prematuro pode afetar o comportamento da criança em sua relação com o ambiente e que a criança prematura não apresenta na interação as mesmas competências que as crianças nascidas a termo, mesmo com a idade corrigida. Porém, esse atraso parece diminuir com o passar dos meses, sugerindo que as disfunções na prematuridade são transitórias.³⁻⁵

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança prematura deve ser feito a partir de parâmetros específicos ou utilizando-se a idade corrigida até os dois anos de idade, para não subestimar os prematuros na comparação com a população de referência.⁶

A forma como os pais cuidam de seus filhos e estimulam seu desenvolvimento está relacionada com suas crenças e o conjunto de mudanças psíquicas e afetivas necessárias para que eles se tornem pais e mães. O desenvolvimento da parentalidade, no contexto do nascimento prematuro, deve ser tratado com mais atenção, pois exige dos pais ainda mais ajustes para poderem lidar com sua criança, processo este permeado por sentimentos de medo e insegurança. Somado a isso, a parentalidade é conferida aos pais antes do momento esperado, antes deles estarem prontos para tal.^{6,7}

Em relação à percepção dos pais sobre cuidado, ambiente e desenvolvimento infantil, estudos identificaram que a maioria das mães percebe a necessidade de estimulação para o alcance do desenvolvimento satisfatório. Apesar disso, relataram dificuldades para estimular seus filhos, relacionadas à falta de tempo, não se lembrarem de todas as recomendações dos profissionais de saúde e insegurança.⁸⁻¹⁰

Os pais percebem a criança prematura como frágil e susceptível a intercorrências e utilizam a criança a termo como referência para o cuidado.¹¹ Outro estudo demonstrou os momentos de dificuldade e superação que pais de prematuros enfrentam e sua percepção sobre eles, na gestação, parto prematuro, separação do filho e internação nas diferentes

unidades neonatais e expectativa sobre alta hospitalar e cuidados domiciliares com a criança prematura. No momento da alta, as mães sentiam-se agradecidas e reconheceram o trabalho dos profissionais de saúde. Apesar disso, relataram dificuldades para estimular seus filhos, relacionadas à falta de tempo, ao fato de não se lembrarem de todas as recomendações dos profissionais de saúde e à insegurança. Dificuldades que foram gradativamente superadas com a vivência domiciliar e seguimento das crianças em ambulatórios especializados.¹²

O ambiente domiciliar é o principal contexto no qual a criança está inserida nos primeiros anos de vida e influencia seu desenvolvimento, tanto o próprio ambiente físico como o ambiente social.⁶ Estudo sobre essa temática identificou os fatores negativos na manutenção de ambiente domiciliar de qualidade para o desenvolvimento infantil.¹³ Estes foram: baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade dos pais, muitos residentes na mesma casa e mais de 2 filhos, menores de 5 anos, na casa. Além disso, assim como em outro estudo, foi reforçada a ideia de que quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor o seu desempenho cognitivo.¹⁴ Por outro lado, outros trabalhos focados no desenvolvimento motor, não identificaram essa correlação, associando atrasos no desenvolvimento a outras variáveis.^{15,16}

Portanto, acredita-se que o ambiente domiciliar de risco pode gerar grande impacto nos prematuros, que são mais sensíveis às influências ambientais. Esse estudo tem o objetivo de realizar um levantamento do perfil de lactentes pré-termo e suas famílias, com idade corrigida de 0 a 4 meses e identificar associações entre o ambiente domiciliar e o desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo transversal, de abordagem metodológica quantitativa descritiva e inferencial com 23 lactentes com idade corrigida entre 0 e 4 meses, nascidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB), residentes nas regiões administrativas do DF. A amostra utilizada foi do tipo intencional, não probabilística, tendo em vista que o HUB é um dos hospitais de referência no atendimento a gestações de risco e acompanhamento de prematuros. Os lactentes foram selecionados a partir de consulta ao livro de registro da maternidade, do qual foram coletadas as informações dos bebês nascidos com baixo peso entre janeiro e agosto de 2015. A partir dessas informações, entrou-se em contato com os

pais e/ou responsáveis pelo bebê. Por telefone, receberam informações relativas à pesquisa e, com os que aceitaram, foi agendada visita domiciliar, durante a qual consentiram sua participação através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra inicial reunida a partir do livro da maternidade contava com mais de 100 lactentes com baixo peso, pois não há registro sobre a idade gestacional. Destes, foram excluídos lactentes com condições de saúde previamente informadas que pudessem interferir no desenvolvimento (malformações congênitas, deficiências), lactentes nascidos a termo, famílias residentes fora do DF, bem como famílias com as quais não foi possível estabelecer contato (número de telefone não existente, caixa postal, número que não atende). A forma de registro incompleta e as lacunas e falhas no seu preenchimento foi um dos fatores que levou à redução da amostra. A amostra final reuniu famílias residentes em Brasília, Taguatinga, Samambaia, Ceilândia, Paranoá, Itapoã, Sobradinho, Vicente Pires, Planaltina, São Sebastião e Varjão.

Os dados relativos às características do lactente e dados perinatais foram obtidos através de consulta da caderneta da criança de cada lactente. Os dados relacionados ao desenvolvimento cognitivo da criança foram obtidos a partir da aplicação do *Teste de Triagem de Denver II*, e a avaliação da estimulação ao desenvolvimento no ambiente domiciliar obtida por meio do instrumento *Inventário Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)*, ambos aplicados uma única vez durante a visita domiciliar.

Foi feita coleta dos dados sobre a família e a mãe a partir de uma ficha de identificação, com informações sobre idade gestacional ao nascimento da criança prematura, idade e escolaridade dos pais, relação conjugal dos pais, número de filhos, intercorrências durante a gravidez.

Antes da coleta dos dados realizou-se o treinamento da avaliadora pelas pesquisadoras orientadoras através dos manuais dos instrumentos, para sua aplicação.

O Teste de Triagem de Denver II avalia as variáveis de motricidade (fina e ampla), linguagem e interação pessoal-social. É um teste de rastreamento de risco de desenvolvimento infantil, e não um teste diagnóstico. O teste é constituído por 125 itens divididos nos quatro grupos. Os itens são verificados diretamente com a criança, e alguns, previamente determinados, podem ser verificados pela confirmação da mãe se a criança realiza ou não determinada tarefa. Em cada marco do desenvolvimento pode-se observar os respectivos limites mínimo e máximo de aparecimento. As respostas são codificadas em passa, falha ou recusa (não testável). São considerados casos de atraso aqueles em que a

criança falhou em dois ou mais itens esperados para a idade, não importando a área em que a falha ocorreu. A interpretação global do teste é feita como normal ou suspeita.¹⁷

O instrumento HOME avalia comportamentos dos pais e outros aspectos físicos e sociais do ambiente domiciliar, visando avaliar a qualidade e quantidade de estimulação e apoio disponível à criança no ambiente domiciliar, a partir de observação da interação entre o responsável (mãe, pai ou ambos) e a criança e entrevista, realizadas durante a visita domiciliar. O questionário é constituído por 45 itens divididos em seis sub-escalas: responsividade emocional e verbal da mãe, restrição e punição, organização do ambiente físico e temporal, disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a idade da criança, envolvimento materno com criança e oportunidade de variação na estimulação diária. Cada item é avaliado quanto à sua presença (SIM) ou ausência (NÃO). Quanto maior o escore total, melhor a qualidade de estimulação oferecida à criança, classificando o ambiente familiar como ambiente de risco, médio risco ou baixo risco.¹⁸

Na análise estatística dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os dados referentes a fatores sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando medidas de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e medidas de frequência e porcentagem para as variáveis categóricas. O teste Shapiro-Wilk indicou distribuição normal dos dados. Diferenças entre variáveis categóricas medidas pelo Teste de Denver II foram analisadas por meio do teste de Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher. Os participantes foram divididos em dois grupos, de acordo com o resultado do Teste de Denver II, a fim de verificar a associação entre desenvolvimento e ambiente familiar, medido pela HOME, bem como com as variáveis sócio-demográficas. Uma vez que os escores obtidos apresentaram distribuição normal de acordo com o teste de Shapiro-Wilk, a comparação entre os grupos foi realizada por meio do Teste T de Student. Por fim, os dados referentes à idade da mãe, escores da HOME e número de cautelas ou atrasos no Teste de Denver II foram analisados por meio do teste de correlação de Pearson. O nível de significância de 5% foi considerado.

RESULTADOS

Participaram desse estudo 23 crianças, sendo a maioria do sexo masculino (69,6%). A idade corrigida (transformada em dias) variou entre 05 e 94 dias, com média de 49,7.

Tabela 1: Características neonatais dos lactentes e intercorrências gestacionais.

DADOS DO LACTENTE	n	%
SEXO		
Masculino	16	69,6
Feminino	7	30,4
PARTO		
Natural	7	30,4
Cesáreo	16	69,6
GRAVIDEZ PLANEJADA		
Sim	10	43,5
Não	13	56,5
TIPO DE GRAVIDEZ		
Única	17	73,9
Múltipla	6	26,1
IDADE GESTACIONAL		
31-32	3	13
34	4	17,4
35-36	16	69,6
36		
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO	2	8,7
Sim	21	91,3
Não		
ALEITAMENTO MATERNO	21	91,3
Sim	2	8,7
Não		

A idade gestacional ao nascimento variou de 31 a 36 semanas, com média de 34,7 ($\pm 1,42$). O peso dos lactentes ao nascimento teve média de 2155g ($\pm 333,4$), com peso mínimo de 1550g e máximo de 2785g. Ou seja, nenhum dos lactentes avaliados era prematuro extremo ou apresentava extremo baixo peso ao nascimento.

As intercorrências durante a gravidez que mais se destacaram foi a eclampsia, que ocorreu em 21,7% das gestações, e infecção urinária, 17,4%. Seis bebês (26,1%) necessitaram de alguma forma de reanimação neonatal ao nascimento e 8,7% foram intubado. Após os nascimento, 30,4% apresentaram icterícia.

Como demonstrado na tabela 2, a média de idade das mães foi de 27,3 anos ($\pm 7,2$) e dos pais de 28,9 anos ($\pm 7,9$). Quanto à escolaridade, tanto mães (65,2%) quanto pais (39,1%), possuíam, em sua maioria, ensino médio completo, sendo que houve predomínio do ensino médio completo e/ou escolaridade superior das mães em relação aos pais (56,5%). A principal ocupação paterna encontra-se na categoria das atividades manuais especializadas. Já para ocupação materna, a maior porcentagem foi para a categoria de

atividades manuais não especializadas.¹⁹ A situação conjugal mais prevalente foi a união estável (65,2%).

Tabela 2: Características demográficas das famílias, Brasília (2015)

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	n	%	VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	n	%
IDADE MATERNA (anos)			SITUAÇÃO CONJUGAL		
16 - 19	3	13	Casado	6	26,1
20 - 29	12	52,3	União estável	15	65,2
30 - 39	7	30,4	Sem companheiro	2	8,7
Mais de 40	1	4,3	Nº DE PESSOAS FAMÍLIA		
IDADE PATERNA (anos)			3 – 4	14	60,9
16 - 19	1	4,3	5 ou mais	9	39,1
20 - 29	10	43,5			
30 - 39	10	43,5			
Mais de 40 anos	2	8,7			
Nº DE FILHOS					
1 filho	11	47,8			
2 ou mais	12	52,2			

A avaliação da qualidade e quantidade de estimulação, medidos pela escala HOME, foi classificada como pouco na maioria dos domicílios (69,6%), sendo que nenhum foi classificado como regular (maior classificação). As únicas sub-escalas que apresentaram nível regular de estímulos ambientais foi responsividade (13%) e envolvimento (17,4%). Materiais de aprendizagem foi o item com pior avaliação (91,3% classificados como pouco). A média de pontuação na HOME foi de 23,17 ($\pm 4,5$).

Tabela 3: Estímulo do ambiente familiar – ESCALA HOME, Brasília (2015)

ELEMENTOS AVALIADOS	n	%
RESPONSIVIDADE		
Pouco	5	21,7
Médio	15	65,2
Regular	3	13,0
ACEITAÇÃO		
Pouco	2	8,7
Médio	21	91,3
Regular	0	0
ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE		
Pouco	9	31,9
Médio	14	60,9
Regular	0	0

MATERIAIS DE APRENDIZAGEM		
Pouco	21	91,3
Médio	2	8,7
Regular	0	0
ENVOLVIMENTO		
Pouco	12	52,2
Médio	7	30,4
Regular	4	17,4
VARIEDADE DE ESTÍMULOS		
Pouco	9	39,1
Médio	14	60,9
Regular	0	0
HOME TOTAL		
Pouco	16	69,6
Médio	7	30,4
Regular	0	0

A Tabela 4 demonstra o desenvolvimento cognitivo dos lactentes avaliados, segundo o Teste de Triagem de Denver II. A maioria (56,5%) dos testes foi avaliado como normal. 43,5% foram avaliados como suspeito, isto é, testes nos quais a criança apresentou mais de 1 atraso ou 2 cautelas, em algum(uns) do(s) elemento(s) avaliado(s). A variável motor-grosso foi a que apresentou mais atrasos . A variável pessoal-social foi a mais bem avaliada, com apenas 3 testes apresentando 1 cautela.

Tabela 4: Desenvolvimento de lactentes pré-termo – Teste de triagem de Denver II, Brasília (2015).

ELEMENTOS AVALIADOS	n	%
PESSOAL-SOCIAL		
Normal	20	87
1 Cautela	3	13
MOTOR FINO		
Normal	15	65,2
1 Cautela	8	34,8
LINGUAGEM		
Normal	18	78,3
1 Cautelas	3	13
Atraso	2	8,7
MOTOR GROSSO		
Normal	16	69,6
1 Cautela	2	8,7
2 Cautelas	1	4,3
Atraso	4	17,4
INTERPRETAÇÃO DENVER		
Normal	13	56,5
Suspeito	10	43,5

DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido a partir da hipótese de que um ambiente domiciliar de risco ao desenvolvimento geraria maiores prejuízos ao desenvolvimento de prematuros. Na amostra estudada, apesar do estímulo do ambiente domiciliar não ter apresentado influência significativa sobre o desenvolvimento cognitivo de lactentes pré-termo, identificou-se, predominantemente, ambiente domiciliar com pouca estimulação associado a porcentagem significativa de testes desenvolvimentais suspeitos.

O resultado encontrado é diferente de estudos que demonstraram que, quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor o seu desempenho cognitivo.^{13,14} Tal diferença pode ser explicada pelo fato de que a amostra considerada foi do tipo não probabilística e foi direcionada para uma parcela específica da população, a de prematuros. Além disso, a média da idade corrigida dos bebês estudados, transformada em dias, foi de 49,7 dias, isto é, menos de dois meses. Essa idade não permite que muitos aspectos sejam avaliados no teste de DENVER, já que a criança ainda não adquiriu muitos marcos do desenvolvimento. Estudos que confirmaram a correlação entre o estímulo ambiental domiciliar e desenvolvimento cognitivo analisaram crianças a partir de 8 meses.^{13,14} Portanto, o impacto pode ser maior em idades mais avançadas, fato que não exclui a importância da triagem e detecção precoce de possíveis atrasos, para que as intervenções oportunas possam ser feitas a tempo.

Por outro lado, o resultado do presente estudo foi também encontrado em trabalhos na área do desenvolvimento motor^{15,16}, fato que corrobora com a teoria, diversas vezes confirmada, de que o desenvolvimento infantil possui influências multifatoriais.³⁻⁶

Neste estudo, o ambiente domiciliar de estímulo ao desenvolvimento foi classificado como baixo na maioria dos domicílios (69,4%), assim como em trabalho anterior, que relaciona esse fato, em grande parte, à baixa situação socioeconômica.¹³ Apesar de no presente estudo não terem sido coletadas informações quanto à renda familiar, a observação das moradias visitadas e recursos disponíveis levam a acreditar que grande parte das famílias estudadas também apresentava tal característica. O estudo de Souza e Magalhães (2012) fez uma comparação da influência de fatores no desenvolvimento entre crianças nascidas pré-termo e a termo. As pré-termo obtiveram pior

resultados no HOME que as a termo.¹⁴ Resultado este que, assim como o aqui apresentado, preocupa, já que os prematuros estão expostos a maior risco no desenvolvimento.

Esses achados demonstram que, mesmo que estudos⁸⁻¹⁰ indiquem que as mães percebem a necessidade de estimulação ao desenvolvimento, elas não estão colocando essa preocupação em prática. Principalmente no que diz respeito à valorização de materiais de aprendizagem, que estimulem o desenvolvimento (brinquedos, livros, músicas). O que pode estar relacionado com a falta de orientação dos profissionais de saúde, a insegurança que as mães sentem ao cuidar de seus bebês, especialmente os prematuros e as limitações impostas pelo nível socioeconômico.^{11,12}

A relação estudada precisa ser mais bem avaliada. Foram encontrados estudos que utilizaram a HOME associada com outras escalas de avaliação do desenvolvimento. Estes indicaram fatores familiares de proteção ao desenvolvimento (mãe trabalhar fora e escolaridade materna > 5 anos) e de risco (presença de 2 filhos ou mais com menos de 5 anos ou principal cuidador não possuir companheiros). Tais correlações não foram identificadas no presente estudo.

No contexto da prematuridade, foram encontrados mais estudos com a associação do ambiente domiciliar ao desenvolvimento motor, e apenas um ao desenvolvimento infantil como um todo¹⁴, que relacionou baixo estímulo ambiental a menor IG ao nascimento, menor desempenho motor fino e de mobilidade. Um estudo identificou que a proporção entre as variáveis de desenvolvimento motor normal e alterado com relação ao número de filhos, presença do pai, desejo da gestação, ocupação e escolaridade materna e situação socioeconômica não apresentou resultado estatisticamente relevante.¹⁵

O fato da avaliação HOME possuir sub-avaliações com faixas etárias amplas (a utilizada nesse estudo é avaliação para crianças de zero a três anos) pode ser uma limitação, uma vez que alguns itens não são adequados para a faixa etária mais nova. Além disso, como ambas as avaliações (DENVER e HOME) foram feitas em visita única ao domicílio, podem não refletir fielmente a realidade da família e da criança. Os instrumentos utilizados foram os mais viáveis considerando-se a realidade da aplicação da pesquisa.

Apesar dos esforços despendidos, a reduzida amostra inviabilizou o uso de técnicas de análise estatística inferencial, que possibilitassem a identificação de relações causais entre as múltiplas variáveis investigadas.

A escassez de pesquisas epidemiológicas no Brasil e no cenário internacional com o enfoque nessa associação para o grupo específico de prematuros impossibilita maiores comparações com os achados do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre o estímulo do ambiente domiciliar e o desenvolvimento infantil ainda precisa ser melhor esclarecida, principalmente no contexto da prematuridade, situação que implica maior risco, ainda mais quando constatado que essa população tem apresentado mais comumente a casa como um ambiente de risco ao desenvolvimento. Além disso, é preciso investigar a diferença dos impactos em diferentes faixas etárias, a fim de se descobrir o melhor momento busca e intervenção.

Apesar das limitações deste estudo, os resultados encontrados podem contribuir para uma melhor compreensão da relação entre estímulo ambiental e desenvolvimento cognitivo e a percepção dos pais sobre tal relação. Tais resultados indicam uma necessidade de melhorar a educação em saúde voltada aos pais sobre o desenvolvimento infantil, para que esses possam garantir um ambiente domiciliar de qualidade no que diz respeito à estimulação.

Além de dificultar a coleta de dados para pesquisas, a precariedade dos registros da maternidade do hospital dificulta o acompanhamento dessas crianças após seu nascimento, tanto pela dificuldade de contato com as famílias, quanto pela não especificação de características importantes para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento (como a informação sobre prematuridade). Por isso, essa dificuldade percebida e os resultados do estudo serão repassados à equipe da maternidade do hospital e do ambulatório de crescimento e desenvolvimento, a fim de contribuir para melhorias futuras.

A visita domiciliar permite um conhecimento mais aprofundado da quantidade de estímulos disponíveis e permite compreender melhor a relação e interação da família com a criança, além de proporcionar uma oportunidade de intervenção direta pelos profissionais de saúde. Permite também a detecção precoce de possíveis atrasos e intervenção no momento oportuno. Levando-se em consideração as questões éticas do estudo, todas as famílias com resultados não satisfatórios nos instrumentos (baixo estímulo ao desenvolvimento e teste desenvolvimental suspeito) foram instruídas e orientadas quanto a estratégias para melhora e continuação do acompanhamento das crianças por profissionais.

O estudo sobre os fatores de riscos que podem levar ao atraso do desenvolvimento nas crianças é de extrema importância para implementar recursos que visem diminuir sua incidência, ou minimizar seus efeitos sobre a criança e a família.

REFERÊNCIAS

1. Zeppone SC, Volpon LC, Ciampo LAD. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(4):594-9.
2. Silveira, MF et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2013;47(5):992-1000.
3. Lamônica DAC, Picolini MM. Habilidades do desenvolvimento de prematuros. *Rev CEFAC*, São Paulo, 2009; 11: 145-153.
4. Pinto EB. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2009; 22(1): 76-85.
5. Silva CA, Brusamarello S, Cardoso FGC, Adamczyk NF, Neto FR. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatría* 2011;29(3):328-35.
6. Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília, 2012.
7. Schermann LB, Brum EHM. Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: A importância das intervenções pais-bebê. In: Piccinini CA, Alvarenga P (Org.). *Maternidade e Paternidade: A parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 35-58.
8. Silva RA, Magalhães CMC. Crenças sobre práticas: estudo sobre mães primíparas de contexto urbano e não-urbano. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum*, 2011; 21(1): 39-50.
9. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Percepção de cuidadores familiares e profissionais da estratégia saúde da família em relação ao cuidado e desenvolvimento neuropsicomotor da criança. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo 2012; 22(2): 142-150.
10. Paula LIC et al. Percepção da associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal por mães de crianças nos três primeiros anos de vida. *Rev. paul. Pediatr* 2013; 31(2): 211-217.
11. Moraes AC. O cuidado a criança prematura no domicílio. 106 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Pós-graduação em gênero, cuidado e administração em saúde. Salvador, BA, 2008.
12. Siqueira, MBC, Dias MAB. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiol Serv Saúde* 2011; 20(1): 27-36.

13. Filho FL, Medeiros SM, Lamy ZC, Moreira MEL. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(10):4181-4187.
14. Souza ES, Magalhães LC. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(4):462-70.
15. Bueno EA, Castro AAM, Chiquetti EMS. Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes pré-termo. *Rev Neurocienc* 2014; 22(1): 45-52.
16. Defilipo EC, Frônio JS, Teixeira MTBT, Leite, ICG, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC. Oportunidade do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(4): 633-641.
17. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B: The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89: 91-7.
18. Bradley RH, Caldwell BM. *HOME Inventory Manual Administration Manual*. 3^a ed. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock; 2001.
19. Gomes KRO, Tanaka, AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online] 2003; 37(1): 75-82.