

Análise das relações entre diagnóstico de risco gestacional inferido e risco para alterações no desenvolvimento de linguagem

Analysis of the relationship between inferred gestational risk diagnosis and risk of altered language development

Análisis de la relación entre el diagnóstico de riesgo gestacional inferido y el riesgo de alteraciones en el desarrollo del lenguaje

Daniela Cardilli-Dias¹ 

Daniela Regina Molini-Avejonas¹ 

Resumo

Introdução: Apesar dos avanços nos indicadores de saúde e em políticas públicas direcionadas à população infantil, desigualdades persistem e necessitam ser abordadas. **Objetivo:** analisar os riscos materno-infantis, classificar o risco gestacional e investigar o impacto desses fatores nos distúrbios de linguagem em crianças e adolescentes. **Método:** foram selecionados, por meio de uma amostra de conveniência acrescida da técnica de snowball, 100 crianças/adolescentes com queixa fonoaudiológica; os responsáveis foram contatados via telefone em função do contexto pandêmico. Levantaram-se informações de saúde pré-natais, neonatais e pós-natais, e dados sobre o desenvolvimento de linguagem, utilizando o instrumento construído especificamente para este estudo. **Resultados:** constatou-se uma significativa imprecisão da classificação de risco gestacional autorreferida em relação ao diagnóstico durante a assistência pré-natal. Os fatores de risco de maior prevalência foram prematuridade, peso inadequado, diabetes gestacional, situação conjugal insegura, transtornos mentais, doenças infecciosas, uso de álcool e drogas, violência doméstica, intercorrência neonatal e pós-natal. **Conclusão:** os dados sugerem que os

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil.

Contribuição dos autores:

DCD: concepção do estudo, metodologia, coleta de dados, esboço do artigo, revisão crítica.
DRMA: concepção do estudo, metodologia, revisão crítica, orientação.

Email para correspondência: danicardilli@gmail.com

Recebido: 25/04/2025

Aprovado: 28/07/2025



riscos materno-infantis têm impacto no distúrbio de linguagem e relevância na constatação da fragilidade do cuidado durante a gestação, repercutindo na qualidade da saúde materna- infantil.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Saúde infantil; Gravidez de alto risco; Linguagem infantil.

Abstract

Introduction: Despite improvements in health indicators and public policies aimed at children, significant inequalities persist and demand urgent attention. **Objective:** To analyze maternal and child health risk factors, classify gestational risk, and investigate their impact on language disorders in children and adolescents. **Methods:** A total of 100 children and adolescents with speech and hearing complaints were recruited through convenience sampling, supplemented by the snowball technique. Due to the COVID-19 pandemic, guardians were contacted via telephone. Data on prenatal, neonatal, and postnatal health, as well as language development, were collected using a study-specific instrument. **Results:** A notable discrepancy emerged between the self-reported classification of gestational risk and the actual diagnoses recorded during prenatal care. The most prevalent risk factors identified were prematurity, low birth weight, gestational diabetes, unstable marital status, maternal mental health disorders, infectious diseases, alcohol and drug use, domestic violence, and neonatal/postnatal complications. **Conclusion:** The results indicate that maternal and child health risks are associated with language disorders and underscore significant gaps in prenatal care that may compromise the overall quality of maternal and child health services.

Keywords: Maternal and child health; Child health; High-risk pregnancy; Child language.

Resumen

Introducción: A pesar de los avances en los indicadores de salud y en las políticas públicas dirigidas a la población infantil, las desigualdades persisten y necesitan ser abordadas. **Objetivo:** analizar los riesgos materno-infantiles, clasificar el riesgo gestacional y investigar el impacto de estos factores en los trastornos del lenguaje en niños y adolescentes. **Método:** se seleccionaron 100 niños/adolescentes con trastornos del habla y la audición mediante una muestra de conveniencia más la técnica de bola de nieve; se contactó con los tutores por teléfono debido al contexto pandémico. Se recogió información sanitaria prenatal, neonatal y postnatal, así como datos sobre el desarrollo del lenguaje, utilizando un instrumento específicamente diseñado para este estudio. **Resultados:** se encontró una inexactitud significativa en la clasificación del riesgo gestacional autoinformado en relación con el diagnóstico durante la atención prenatal. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la prematuridad, el peso inadecuado, la diabetes gestacional, el estado civil inseguro, los trastornos mentales, las enfermedades infecciosas, el consumo de alcohol y drogas, la violencia doméstica y las complicaciones neonatales y postnatales. **Conclusión:** los datos sugieren que los riesgos maternos e infantiles repercuten en los trastornos del lenguaje y son relevantes para la fragilidad de la atención durante el embarazo, con repercusiones en la calidad de la salud materna e infantil.

Palabras clave: Salud materno-infantil; Salud infantil; Embarazo de alto riesgo; Lenguaje Infantil.



Introdução

Em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu a Rede Cegonha, que integrava a política das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme delineado na Portaria Ministerial nº 4.279. Esta estratégia, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visava garantir a todas as mulheres o direito à atenção de qualidade e segurança no planejamento reprodutivo, bem como à assistência humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. Além disso, a Rede Cegonha assegurava que as crianças tivessem acesso ao cuidado integral desde o nascimento até os 24 meses de vida, promovendo seu crescimento e desenvolvimento saudáveis¹.

Em 2024 foi lançada a Rede Alyne, que foi uma reestruturação do governo federal para substituir a Rede Cegonha. Esse novo programa foi criado com a finalidade de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, aprimorando a estratégia do cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças².

No contexto da saúde materno-infantil, campo do conhecimento base para este estudo, emergem os conceitos de gravidez de alto risco e bebês de alto risco. A gestação, embora considerada um fenômeno fisiológico natural que pode transcorrer sem complicações, apresenta, em cerca de 20% dos casos, a possibilidade de complicações que afetam o binômio mãe-bebê, caracterizando assim uma gravidez de alto risco. Esta condição pode ser atribuída a diversas circunstâncias clínicas, obstétricas ou sociais que comprometem o bem-estar de ambos e influenciam os desfechos obstétricos³.

A avaliação do risco gestacional é uma prática recomendada pelo Ministério da Saúde, que determina fatores a serem analisados, e que está agrupada em quatro categorias: I. características individuais e condições sociais e demográficas desfavoráveis; II. história reprodutiva anterior; III. doenças obstétricas na gestação atual; e IV. intercorrências clínicas que podem elevar o risco gestacional^{3,4}.

A primeira categoria abrange variáveis como faixa etária (menos de 17 e mais de 35 anos), ocupação, insegurança na situação conjugal, baixa escolaridade, altura inferior a 1,45m, e peso (menos de 45 kg ou mais de 75 kg), bem como dependência de substâncias. A segunda categoria considera eventos na história reprodutiva, como

morte perinatal, crescimento fetal retardado, parto pré-termo, abortamento habitual, e intervalos inadequados entre partos. A terceira inclui condições como desvio do crescimento uterino, múltiplos fetos, trabalho de parto prematuro, ganho ponderal inadequado e complicações como pré-eclâmpsia. Por fim, a quarta comporta doenças sistêmicas e infecciosas que podem impactar a gestação^{3,4}.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, os bebês de alto risco são aqueles que atendem ao menos um dos seguintes critérios: possuir genitores residindo em áreas de alto risco; possuir baixo peso ao nascer (menos de 2500g); possuir idade gestacional inferior a 37 semanas; ter asfixia grave ao nascer (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida); ter internação ou intercorrências na maternidade; ser filho(a) de mãe menor de 18 anos ou com baixa escolaridade; e possuir histórico familiar de mortalidade infantil⁵.

Assim, torna-se essencial traçar o perfil das gestantes para identificar determinantes de saúde que podem interferir no desenvolvimento gestacional adequado. Essa compreensão possibilitará que a equipe de saúde desenvolva intervenções preventivas, favorecendo a qualidade de vida do binômio e potencializando o impacto positivo nos indicadores de saúde coletivos⁶. Nesse contexto, oferecer um cuidado adequado exige a adoção de um modelo integrado de atenção, que conte com a atuação de uma equipe interdisciplinar.

A colaboração de profissionais da saúde, como fonoaudiólogos, pediatras, enfermeiros, educadores, psicólogos e terapeutas ocupacionais, é crucial na promoção do desenvolvimento infantil. A atuação em conjunto não apenas amplia a oferta de cuidado, mas também melhora a resolutividade dos serviços e valoriza uma abordagem interdisciplinar, qualificando a equipe de saúde da atenção primária em saúde (APS). Essa estratégia reduz a fragmentação da atenção, consolida a responsabilização clínica, valoriza o cuidado interdisciplinar e regula as redes assistenciais⁴.

Estudos indicam que diversos fatores pré-natais, pós-natais e externos, podem comprometer o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, a identificação precoce de riscos e a prevenção de atrasos no desenvolvimento da linguagem tornam-se imperativas para o pleno desenvolvimento da criança e do adolescente. Nesse ínterim, é fundamental que os profissionais de saúde e educação conheçam os fatores relacionados a esses atrasos, garantindo uma





intervenção oportuna e eficaz⁷. Assim, a identificação precoce dos distúrbios de linguagem, bem como a prevenção de atrasos no desenvolvimento dela são essenciais. Para tal, se faz necessário que os profissionais da saúde bem como da educação conheçam quais fatores podem estar relacionados a esses atrasos⁸.

Assim, embora tenham sido observados avanços nos indicadores de saúde infantil e em políticas públicas direcionadas a essa população, persistem desigualdades que necessitam ser abordadas. O compromisso com o desenvolvimento pleno das crianças é vital para assegurar que todas tenham as condições necessárias para exercer sua cidadania e, consequentemente, contribuir para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2015 a 2030⁹.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar os riscos materno-infantis, classificar o risco gestacional e investigar o impacto desses fatores nos distúrbios de linguagem em crianças e adolescentes.

Material e Método

Desenho do estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Serviço de triagem do Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Atenção Primária em Saúde (LIF APS) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP).

População

A amostra foi constituída por crianças e adolescentes, bem como suas respectivas mães ou responsáveis, que eram usuárias do serviço de triagem do LIF APS, totalizando 100 sujeitos. Foi utilizada a amostra por conveniência para este estudo, acrescida da técnica de *snowball*. Os primeiros respondentes formam a onda 1. Estes, por sua vez, fizeram a indicação de novos participantes¹⁰.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: faixa etária entre 1 e 19 anos na data da coleta de dados; presença de queixa fonoaudiológica; acesso ao serviço de triagem fonoaudiológica do LIF APS; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão aplicado foi a ausência de completude dos questionários.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pelas autoras do estudo, fundamentado na experiência prática das autoras na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na articulação dos serviços de saúde da Rede na região. A elaboração do questionário também se baseou nos manuais técnicos do Ministério da Saúde referentes à gestação de alto risco. Este questionário visou coletar informações sobre o histórico de saúde materna, os riscos relacionados aos períodos pré-natal, neonatal e pós-natal, além de dados sobre o desenvolvimento da linguagem sob a perspectiva familiar.

Adicionalmente, foi utilizado o questionário socioeconômico conforme o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, de 2019, que, juntamente ao TCLE, compôs a metodologia de coleta de dados. Após o contato inicial com os sujeitos, foi agendada uma reunião entre a pesquisadora principal e os pais ou responsáveis. Em virtude do contexto pandêmico, o contato foi realizado via telefone, respeitando a disponibilidade dos responsáveis.

Durante essa interação, a pesquisadora coletou informações sobre o histórico de saúde materna, assim como os riscos pré-natais, neonatais e pós-natais, utilizando o instrumento de questionário personalizado. Para facilitar a compreensão, os questionários foram lidos em voz alta, e, quando necessário, a pesquisadora utilizou um discurso mais acessível. Posteriormente, o questionário socioeconômico do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil de 2019 foi aplicado. Antes da administração dos questionários, o TCLE foi assinado remotamente por ao menos um dos responsáveis.

Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados de forma descritiva (total e porcentagem) teve como foco a percepção dos respondentes em relação aos riscos gestacionais e aos períodos pré, peri e pós-natal dos sujeitos, correlacionando essas informações com o diagnóstico potencial de distúrbios fonoaudiológicos. Salienta-se que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FM-USP, parecer consubstanciado em 4.764.883.

Resultados

A amostra deste estudo composto de 100 sujeitos foi dividida em dois grupos pré-determinados com base na presença ou ausência de um diagnóstico fonoaudiológico (DF), que nesse caso era o distúrbio da linguagem. O grupo experimental foi constituído por 70 casos com pelo menos um DF, correspondendo a 70% da amostra, enquanto o grupo comparativo foi composto por 30 casos sem DF, representando 30%. As análises realizadas vi-

saram identificar os fatores associados ao aumento da ocorrência de DF.

Os resultados do presente estudo estão organizados em dois blocos: o primeiro relativo à caracterização da amostra e o segundo denominado “Estratificação de Risco Gestacional Inferido”, que abrange os marcadores e fatores de risco conforme a classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde³.

Bloco 1. Caracterização da amostra

A Tabela 1 possui as frequências por grupo das variáveis referentes à caracterização da amostra.

Tabela 1. Variáveis referentes à caracterização da amostra. São Paulo/SP, Brasil, 2020

	Grupo Experimental		Grupo comparativo	
Gênero	N=70	%	N=30	%
Masculino	48	69	15	50
Feminino	22	31	15	50
Raça/cor	N=70	%	N=30	%
Amarela	2	3	-	-
Branca	44	63	20	67
Indígena	-	-	-	-
Preta/parda	24	34	10	33
Faixa etária	N=70	%	N=30	%
Até 5 anos	6	8	10	33,5
6 a 10 anos	20	29	10	33,5
11 a 15 anos	28	40	6	20
16 anos ou mais	16	23	4	13
Escolaridade	N=70	%	N=30	%
Ensino Infantil	10	14	9	30
Ensino fundamental	44	63	14	47
Ensino médio	12	17	3	10
Ensino superior	2	3	0	0
Não especificado/reportado	2	3	4	13
Tipo de escola	N=70	%	N=30	%
Pública	33	47	8	27
Particular	34	49	18	60
Home Schools	1	1	-	-
Não especificado/reportado	2	3	4	13
Gênero materno	N=70	%	N=30	%
Feminino	70	100	30	100
Outros	-	-	-	-
Faixa etária materna	N=70	%	N=30	%
31 a 40 anos	26	37	12	40
41 a 50 anos	36	51,5	18	60
51 anos ou mais	8	11,5	-	-
Raça/cor materna	N=70	%	N=30	%
Amarela	7	10	-	-
Branca	35	50	13	43,5
Indígena	1	1,5	-	-
Preta/parda	27	38,5	17	56,5



	Grupo Experimental		Grupo comparativo	
	N=70	%	N=30	%
Escolaridade materna				
Ensino fundamental completo ou incompleto	5	7	1	3
Ensino médio completo ou incompleto	24	34,5	7	23,5
Ensino superior	24	34,5	15	50
Pós-graduação	17	24	7	23,5
Gênero paterno	N=70	%	N=30	%
Masculino	70	100	30	100
Outros	-	-	-	-
Raça/cor paterna	N=70	%	N=30	%
Amarela	1	1	1	3
Branca	35	50	23	77
Indígena	-	-	-	-
Preta/parda	34	49	6	20
Escolaridade paterna	N=70	%	N=30	%
Ensino fundamental completo ou incompleto	11	15,5	2	7
Ensino médio completo ou incompleto	27	38,5	7	23
Ensino superior	18	26	14	47
Pós-graduação	14	20	7	23
Faixa etária paterna	N=70	%	N=30	%
Até 30 anos	-	-	2	6,5
31 a 40 anos	10	14	11	36,5
41 a 50 anos	36	51,5	17	57
51 anos ou mais	17	24,5	-	-
Não especificado/reportado	7	10	-	-
Situação conjugal mãe	N=70	%	N=30	%
Casados	42	60	26	87
Separados	18	26	3	10
Viúva	10	14	1	3
Número de irmãos	N=70	%	N=30	%
Zero	13	19	4	13
1	33	47	15	50
2	13	19	5	17
3	8	11	-	-
4 ou mais	3	4	6	20
Mantenedor	N=70	%	N=30	%
Ambos	2	3	5	16,5
Mãe	31	44	3	10
Pai	34	49	20	66,5
Outros	3	4	2	7
Nível socioeconômico	N=70	%	N=30	%
A	12	17	11	37
B1	10	14	7	23
B2	22	31,5	3	10
C1	13	18,5	3	10
C2	9	13	4	13
D	1	1,5	-	-
D-E	3	4,5	2	7



Observa-se que o grupo experimental possui maior percentual de indivíduos do gênero masculino em relação ao grupo comparativo (69% contra 50%) e pouca diferença percentual na quantidade de irmãos. Com relação aos pais da criança, há um menor percentual de escolaridade materna com ensino superior ou pós-graduação no grupo experimental (58% contra 73%) e ocorrendo o mesmo para a escolaridade paterna (46% contra 70%). Para a situação conjugal da mãe se observa um menor

percentual de casadas (60% contra 87%) no grupo experimental.

Bloco 2. Estratificação de risco gestacional inferido

Neste bloco, considera-se o risco gestacional inferido. Inicialmente, as informações sobre o risco na gravidez são autorreferidas; contudo, segundo o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, é viável classificar o risco gestacional em categorias: habitual, intermediário ou alto⁴.

Tabela 2. Comparação sobre o risco de gravidez autorreferido e inferido. São Paulo/SP, Brasil, 2020

	Inferido - Intermediário		Inferido - Alto	
Autorreferido	N = 19	%	N = 81	%
Habitual	16	84	43	53
Alto	3	16	38	47

A Tabela 2 apresenta o cruzamento das duas formas de classificação de risco da gravidez. Observa-se que todas as gestações foram classificadas com risco inferido de grau intermediário ou alto,

sem haver registros de risco habitual, o que indica uma alta imprecisão na classificação de risco autorreferida.

Tabela 3. Avaliação do risco inferido da gravidez nos casos com DF. São Paulo/SP, Brasil, 2020

Gravidez Risco Inferido	N = 70	%
Intermediário	15	21
Alto	55	79

A Tabela 3 contém as frequências e percentuais de participação conforme o risco gestacional inferido do grupo experimental, isto é, das gestações que resultaram em uma criança com diagnóstico

fonoaudiológico. As gestações classificadas como de alto risco predominam, com uma ocorrência de 79%.



Tabela 4. Presença de fatores que levam a gravidez a ser classificada com risco intermediário segundo a presença ou não de DF. São Paulo/SP, Brasil, 2020

Fatores	Grupo Experimental		Grupo comparativo	
	N = 15	%	N = 4	%
Risco ocupacional	10	67	2	50
Situação conjugal insegura	6	40	2	50
Raça – Parda	5	33	-	-
Transtornos mentais	5	33	4	100
Aborto - gestação anterior	4	27	-	-
Parto cesárea - gestação anterior	4	27	2	50
Intervalo interpartal	4	27	1	25
Álcool	3	20	-	-
Pneumopatia leve	3	20	-	-
Ganho de peso inadequado	3	20	3	75
Idade gestacional > 35 anos	2	13	-	-
Drogas	1	7	-	-
Idade gestacional < 15 anos	1	7	-	-
Raça – Negra	1	7	2	50
Síndrome hemorrágica	1	7	1	25
Hipo	-	-	2	50

Analisando o total de 19 casos categorizados com risco inferido intermediário na gravidez, os fatores associados a essa classificação foram avaliados em relação à presença ou ausência de um DF, conforme ilustrado na Tabela 4. Os fatores com

maior prevalência no grupo experimental foram risco ocupacional (67%) e situação conjugal insegura (40%). No grupo comparativo, observou-se que todos os casos apresentaram a presença de transtornos mentais.

Tabela 5. Presença de fatores que levam a gravidez a ser classificada com risco alto segundo a presença ou não de DF. São Paulo/SP, Brasil, 2020

Fatores	Grupo Experimental		Grupo comparativo	
	N = 55	%	N = 26	%
Prematuridade	25	45	6	23
Doença infecciosa (adquirida)	20	36	8	31
IMC > 40	16	29	4	15
Hemorragia	11	20	6	23
Diabetes Gestacional	9	16	2	8
Morte perinatal - gestação anterior	6	11	-	-
Doença infecciosa (pré-existente)	6	11	1	4
Doença autoimune (mãe)	5	9	4	15
Prematuridade - gestação anterior	4	7	9	35
Recém-nascido malformado	3	5	-	-
Anemia	2	4	-	-
Hipertensão arterial sistêmica	2	4	3	12
Placenta	2	4	5	19
Aborto - gestação anterior	1	2	-	-
Tromboembolismo	1	2	1	4
Eclampsia	1	2	-	-
Insuficiência istmo cervical	1	2	-	-
Restrições de crescimento	1	2	-	-
Redução de líquido amniótico	1	2	0	0



A Tabela 5 adota a mesma lógica da análise anterior, focando exclusivamente nos casos com gravidez classificada como alto risco (inferido). Notou-se um percentual elevado de ocorrência dos fatores de prematuridade, doenças infecciosas adquiridas durante a gestação, Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 e diabetes gestacional no grupo experimental.

Discussão

Aproximadamente 250 milhões de crianças que residem em países de baixa e média renda estão mais expostas ao risco de um desenvolvimento comprometido e/ou a um potencial de subsistência inferior ao esperado, devido à combinação de pobreza extrema e atrasos no crescimento global¹¹. Essas disparidades persistem ao longo do tempo, gerando implicações significativas no nível de escolaridade, na geração de renda, na saúde na vida adulta, nos comportamentos de risco e em outras dimensões do bem-estar individual e social¹². Além disso, as perdas associadas ao baixo desempenho cognitivo e educacional em crianças desprivilegiadas frequentemente resultam em menor empregabilidade e rendimentos reduzidos, além de contribuir para alta fertilidade e piores práticas parentais no futuro¹³.

A relação entre o nível socioeconômico e a vulnerabilidade social é evidente, refletindo como condições econômicas desfavoráveis podem intensificar situações de exclusão, insegurança e acesso limitado a direitos e serviços básicos. Estudos documentam que a vulnerabilidade social pode resultar em complicações neonatais, como prematuridade, neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG), baixo peso ao nascer (BPN), natimortos e morbidade materna grave¹⁴. Outras variáveis relevantes incluem o sexo dos sujeitos e o nível de escolaridade dos pais. Estudos demonstraram uma maior incidência de atrasos de linguagem em crianças do sexo masculino, o que pode ser atribuído à maturação mais lenta do sistema nervoso central dessas crianças, assim como à influência da testosterona, que tem sido associada a um maior risco de atraso no desenvolvimento da linguagem¹⁵.

Os resultados também indicaram que crianças cujos pais possuem escolaridade universitária ou superior apresentaram maior prevalência de diagnóstico de atraso na fala (46,3%; $p = 0,045$). Esse achado sugere que pais com maior nível de

escolaridade tendem a reconhecer mais facilmente dificuldades na fala de seus filhos e a procurar apoio especializado. Esta descoberta está alinhada com estudos anteriores que identificaram uma associação entre o nível de escolaridade dos pais e o atraso na fala¹⁶. Por outro lado, um menor nível de escolaridade dos pais é frequentemente correlacionado a um status socioeconômico inferior, o que, como já mencionado, está associado a um aumento do risco de atraso na fala¹⁷, demonstrando que o analfabetismo materno é um fator de risco significativo para comprometimentos na fala e na linguagem¹⁶.

Outro aspecto a ser abordado é a raça/cor dos sujeitos, sendo que existem significativas disparidades étnicas e raciais relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento de distúrbios de linguagem. Crianças pertencentes a grupos raciais e étnicos minoritários geralmente enfrentam maiores desafios em processos que levariam a um diagnóstico adequado, frequentemente devido ao acesso limitado a serviços de cuidados primários de qualidade, além de uma menor probabilidade de seus pais serem questionados sobre o desenvolvimento infantil e suas preocupações a respeito¹⁸.

A situação conjugal dos pais exerce influência significativa nas condições de desenvolvimento infantil. Estudos apontam, com preocupação, que crianças criadas por pais solteiros apresentam maior vulnerabilidade a riscos neonatais, nutricionais, mentais, além de comprometimentos nas áreas da linguagem, cognição e habilidades motoras¹⁹. Ademais, evidencia-se que crianças nascidas como segundos filhos ou em posições posteriores na ordem de nascimento possuem maior probabilidade de receber diagnósticos de transtornos do desenvolvimento da linguagem em comparação aos irmãos mais velhos²⁰.

As tabelas apresentadas no segundo bloco oferecem uma análise da estratificação do risco gestacional inferido, com base nos dados fornecidos pelas respondentes. O principal objetivo desta estratificação foi prever quais mulheres têm maior probabilidade de experientar eventos adversos à saúde, a fim de otimizar recursos e garantir equidade na assistência à saúde. É importante ressaltar que gestantes de alto risco, além de receber atendimento em seus territórios de origem, devem ser direcionadas a cuidados em saúde especializados e multiprofissionais, podendo ser encaminhadas a serviços de referência secundária ou terciária.





A coordenação do cuidado, no entanto, deve ser mantida sob os cuidados da Atenção Primária em Saúde (APS), o que permite um acompanhamento longitudinal e a vinculação contínua das gestantes ao território⁴.

Nesse cenário, a gravidez de alto risco é caracterizada por condições clínicas, obstétricas e sociais inesperadas, que representam um risco potencial para o binômio mãe-bebê e exigem mudanças no estilo de vida, suporte técnico e, por vezes, internação, bem como acompanhamento especializado para diagnóstico precoce e tratamento perinatal adequado²¹. De acordo com dados preliminares do Ministério da Saúde, em 2021, o Brasil registrou uma taxa alarmante de 107,53 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em comparação a 55,31 em 2019 e 71,97 em 2020, evidenciando um aumento significativo de quase 25% no último ano²².

Em face dos altos índices de mortalidade materna e infantil, a assistência pré-natal no Brasil tem passado por um processo de reestruturação, promovendo a elaboração de planos de cuidados, a colaboração nas ações, o trabalho em equipe e a negociação efetiva do cuidado à gestante. As gestantes de alto risco, em particular, necessitam de um pré-natal especializado (PNAR), realizado por equipes multiprofissionais. No entanto, embora haja avanços nas políticas públicas voltadas para a gravidez de alto risco, essas ainda se fundamentam em um modelo biomédico centralizado²³.

O pré-natal em grupo apresenta vantagens em comparação ao modelo tradicional, com evidências que respaldam a eficácia deste formato em resultados obstétricos, como a redução de partos prematuros e melhorias na amamentação, bem como resultados psicossociais que incluem aumento da satisfação e diminuição do estresse, além de promover a corresponsabilidade no autocuidado da saúde familiar²⁴.

Apesar do acesso universal à atenção pré-natal, existem falhas na adequação assistencial em relação às diretrizes mínimas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)²⁵. Portanto, é fundamental assegurar atendimento eficaz às gestantes em risco gestacional e garantir acesso a serviços ambulatoriais de alto risco, visando minimizar as consequências para a saúde materna e neonatal²⁶. Entretanto, persistem desafios significativos na implementação de uma rede materno-infantil de qualidade, incluindo desi-

gualdades sociais e raciais, subfinanciamento, baixa cobertura, dificuldades de acesso e a necessidade de integralidade e qualidade na atenção primária em saúde, além da carência de vinculação entre os serviços e monitoramento adequado.

Dentre as estratégias necessárias, destacam-se a ampliação e a universalização da cobertura das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com a meta de alcançar 90% até 2027, além da promoção do acesso a métodos contraceptivos e ações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. É igualmente crítico qualificar o pré-natal, o puerpério e a puericultura, proteger o aleitamento materno e regionalizar a atenção ao parto normal e cuidados perinatais. A oferta de serviços ambulatoriais especializados para seguimento neonatal e infantil deve incluir profissionais como pediatras, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fonoaudiólogos²⁵.

Como previamente mencionado, uma variedade de fatores gestacionais, perinatais e puerperais, tanto favoráveis quanto desfavoráveis, afetam o desenvolvimento infantil. A identificação de fatores de risco perinatais que impactam o desenvolvimento da linguagem proporciona a detecção precoce, o diagnóstico e o tratamento de crianças em alto risco de atraso na linguagem, reduzindo, assim, a incidência de distúrbios de linguagem e melhorando a qualidade de vida das crianças, o que é de suma importância clínica e social²⁷.

Estudos já documentaram que as experiências nos primeiros anos de vida são cruciais para moldar a saúde, o bem-estar e as competências das crianças ao longo de suas vidas. A identificação precoce de problemas de desenvolvimento, a definição do diagnóstico e a implementação de intervenções são fundamentais para minimizar os impactos negativos na vida da criança. Assim, os programas de estimulação do desenvolvimento devem ser iniciados desde a concepção até os 3 anos de idade, devido à sensibilidade e vulnerabilidade do desenvolvimento cerebral nesse período, que é caracterizado por um rápido crescimento e constitui uma janela de oportunidades para o estabelecimento das funções que influenciam a saúde e o desenvolvimento adequados²⁸.

A evidência acumulada indica que a intervenção precoce na primeira infância apresenta resultados significativamente mais favoráveis em comparação com intervenções realizadas após esse



período crítico. Assim sendo, torna-se essencial direcionar atenção ao reconhecimento e à intervenção precoce em distúrbios da linguagem e da fala em crianças. Para tanto, é imperativo intensificar as investigações fundamentais relacionadas ao reconhecimento e à intervenção precoces, incluindo o desenvolvimento de ferramentas de avaliação que possibilitem a detecção antecipada e a formulação de diretrizes nacionais. Ademais, novas pesquisas de acompanhamento a longo prazo são essenciais para criar métodos de intervenção mais eficazes, estabelecendo um sistema robusto de identificação, encaminhamento, diagnóstico e intervenção precoce, assim como para avançar na idade de rastreamento e aprimorar a função linguística de crianças com deficiências, utilizando intervenções o mais precocemente possível.

Adicionalmente, é fundamental promover uma conscientização aprimorada sobre as necessidades específicas de cada criança com distúrbios de linguagem e comunicação nas escolas regulares. Para isso, é necessário capacitar os profissionais da educação para que compreendam e enfrentem adequadamente os desafios enfrentados por essas crianças, implementando adaptações curriculares, fornecendo apoio adicional e promovendo estratégias de inclusão social. Essas implicações práticas ressaltam a importância de uma abordagem abrangente e colaborativa no cuidado das crianças com distúrbios de linguagem e comunicação, de modo que os serviços de acolhimento possam ser otimizados, promovendo o bem-estar e a inclusão dessas crianças e de suas famílias²⁹.

Dessa forma, a intervenção precoce e abrangente, centrada na criança e no envolvimento dos pais, pode resultar em melhorias significativas no desenvolvimento infantil e nas habilidades de comportamento social. A compreensão das características clínicas associadas ao atraso no desenvolvimento da linguagem e a prática de diagnósticos precoces, juntamente com a implementação de medidas interventivas abrangentes, revelam-se cruciais para auxiliar as crianças a superar as dificuldades linguísticas. Por meio de colaboração entre profissionais e municípios, é possível maximizar o potencial dessas crianças e alcançar um desenvolvimento linguístico e social aprimorado³⁰.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo identificar a classificação do risco gestacional, analisar os riscos materno-infantis e seu impacto nos distúrbios de linguagem em crianças e adolescentes.. Embora não tenha sido possível estabelecer uma correlação estatística robusta, os dados sugerem que determinados riscos maternos influenciam a incidência de distúrbios de linguagem na infância. É importante destacar que os achados indicam que os cuidados materno-infantis ainda estão aquém do desejável, refletindo negativamente na saúde integral da mulher e das crianças.

A busca por respostas e a consolidação de evidências científicas são de suma importância, pois estimulam reflexões entre os profissionais de saúde quanto à necessidade de um cuidado humanizado e integral. Este modelo de assistência deve considerar não apenas as condições clínicas, mas também os aspectos psicossociais, contribuindo diretamente para a melhoria da assistência infligida ao público feminino e à infância. Essa abordagem favorece a identificação de demandas gestacionais e puerperais, promovendo um trabalho proativo na prevenção de agravos e promoção da saúde, com ênfase em diagnósticos e intervenções precoces que possibilitem um desenvolvimento infantil adequado de modo singular e humanizado.

Por fim, embora o estudo enfrente limitações inerentes ao contexto de coleta de dados, os resultados obtidos apresentaram uma volumetria significativa, com 100 respondentes, corroborando a relevância das questões abordadas e a necessidade de continuidade das pesquisas nessa área. A implementação de estratégias efetivas para a intervenção precoce é fundamental para mitigar os impactos negativos do atraso no desenvolvimento da linguagem, proporcionando às crianças as oportunidades necessárias para alcançar seu pleno potencial.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União. 2011. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=1%C2%B0%20A%20Rede%20Cegonha,crescimento%20e%20ao%20desenvolvimento%20saud%C3%A1veis%2C





2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/SM nº 5.350, de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação De Alto Risco: Manual Técnico. 5 ed. [Internet]. Brasília. 2012. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco. Brasília. 2022. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. [Internet]. Brasília. 2004. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
6. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de Alto Risco: Análise dos Determinantes de Saúde. Sanare. 2017; 16 (Sup.1): 23-28.
7. Zengin-Akkus P, Kurtipek GÖ. Atraso na fala em crianças pequenas: elas apenas “falam tarde”? J Pediatr. 2018; 60:165-72.
8. Bettio CDB, Bazon MR, Schmidt A. Fatores de risco e de proteção para atrasos no desenvolvimento da linguagem. Psicologia em Estudos. 2019; 24: e41889. doi: 10.4025/1807-0329e41889.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília. 2018. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: <https://portaldeobraspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
10. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. Sociol Methods Res. 1981; 10(2): 141-63. doi: 10.1177/004912418101000205.
11. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet. 2017; 389(10064): 77-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7.
12. Walker SPWT, Grantham-Mcgregor SBM, Nelson CA, Huffman SL, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Lancet. 2011; 378:1325-38. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60555-2.
13. Celhay P, Martinez S, Vidal C. Measuring socioeconomic gaps in nutrition and early child development in Bolivia. Int J Equity Health. 2020; 19(1):122. doi: 10.1186/s12939-020-01197-1.
14. Gulersen M, Alvarez A, Suarez F et al. Risco de morbidade materna grave associado à carga de comorbidade materna e à vulnerabilidade social. Sou J Perinatol. 2024. <https://doi.org/10.1016%2Fj.xagr.2024.100330>.
15. Silva GMD, Couto MIV, Molini-Avejona DR. Fatores de Risco e Fonoaudiologia. Codas. 2013; 25(5): 456-62.
16. Mondal N, Bhat B, Plakkal N, Thulasingam M, Ajayan P, Poorna DR. Prevalência e fatores de risco de atraso na fala e linguagem em crianças menores de três anos. J Compr Ped. 2016; 14: e33173. doi: 10.17795/compred-33173.
17. Kumar A, Zubair M, Gulraiz A, Kalla S, Khan S, Patel S, et al. An Assessment of Risk Factors of Delayed Speech and Language in Children: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2022;14(9): e29623. doi: 10.7759/cureus.29623.
18. Guerrero AD, Rodriguez MA, Flores G. Disparities in provider elicitation of parents' developmental concerns for US children. Pediatrics. 2011; 128(5): 901-9. doi: 10.1542/peds.2011-0030.
19. Lut I, Woodman J, Armitage A, Ingram E, Harron K, Hardelid P. Health outcomes, healthcare use and development in children born into or growing up in single-parent households: a systematic review study protocol. BMJ Open. 2021; 11(2): e043361. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043361.
20. Diepeveen FB, van Dommelen P, Oudesluys-Murphy AM, Verkerk PH. Specific language impairment is associated with maternal and family factors. Child Care Health Dev. 2017; 43(3): 401-5. doi:10.1111/cch.12451.
21. Pereira AA, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Nunes HHM, Andrade EGR, et al. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. Rev Esc Enferm USP. 2023; 57: e20220463. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en.
22. Fundo de População das Nações Unidas UNFPA. Mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia. [Internet]. Brasília 2022. [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2022/10/mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-a-pandemia/>.
23. Souza DRS, de Moraes TNB, Costa KTDS, de Andrade FB. Maternal health indicators in Brazil: a time series study. Medicine (Baltimore). 2021; 100(44): e27118. doi: 10.1097/MD.00000000000027118.
24. Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17(1):329. doi: 10.1186/s12884-017-1522-2.
25. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. Rev Bras Enferm. 2019; 72(suppl 3): 204-11.doi: 10.1590/0034-7167-2018-0425.
26. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio, LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Qualidade da Assistência Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciênc Saúde Coletiva 2019; 24(3):1223-32. doi: 10.1590/1413-81232018243.13122017.
27. Silva AA, Jardim, M.J.A., Rios CTF, Fonseca, L.M.B., Coimbra, L.C. Assistência pré-natal às gestantes de risco habitual: potencialidades e fragilidades. Rev Enferm UFSM 2019; 9(15):1-20. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769232336>.
28. Chen SQ, Ge LJ, Chen GQ, He WJ, Guo JJ, Li Y et al. Identification, diagnosis, and early intervention of children with developmental language disorder in Ningxia. Transl Pediatr 2022; 11(2): 204-11. doi: 10.21037/tp-21-601.



29. Pfeiffer LI, Santánnna MMM. Terapia ocupacional na infância: procedimentos na prática clínica. São Paulo: Memnon; 2020.

30. Foster ME, Choo AL, Smith SA. Speech-language disorder severity, academic success, and socioemotional functioning among multilingual and English children in the United States: The National Survey of Children's Health. *Front Psychol.* 2023; 14:1096145. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1096145.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

