

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

Francine Manara Bortagarai

**ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR
DE BEBÊS PREMATUROS E A TERMO COM E SEM RISCO
PSÍQUICO**

Santa Maria - RS, 2017

Francine Manara Bortagarai

**ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE BEBÊS
PREMATUROS E A TERMO COM E SEM RISCO PSÍQUICO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza

**Santa Maria, RS
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bortagarai, Francine
Análise comparativa do desenvolvimento psicomotor de
bebês prematuros e a termo com e sem risco psíquico /
Francine Bortagarai.- 2017.
172 p. ; 30 cm

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2017

1. Desenvolvimento Infantil 2. Desempenho Psicomotor
3. Fatores de Risco I. Ramos de Souza , Ana Paula II.
Título.

@2017

Todos os direitos autorais reservados a Francine Manara Bortagarai. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Tuiuti, n. 570, apto. 307, Bairro: Centro, Santa Maria, RS. CEP: 97015-660

Fone: (055)991435776; End. Eletrônico: fbortagarai@hotmail.com

Francine Manara Bortagarai

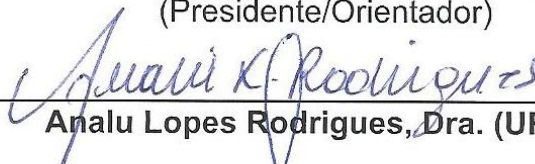
**ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE BEBÊS
PREMATUROS E A TERMO COM E SEM RISCO PSÍQUICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana

Aprovado em 17 de outubro de 2016:



Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Analu Lopes Rodrigues, Dra. (UFSM)



Angela Regina Maciel Weinmann, Dra. (UFSM)



Erika Parlato de Oliveira, Dra. (UFMG)



Leris Salete Bonfanti Haeffner, Dra. (UNIFRA)

Santa Maria, RS
2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a minha avó que sempre preservou o estudo na família como o melhor bem que se poderia herdar.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente pela dedicação, auxílio e compreensão de várias pessoas. Agradeço a todos, que de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo.

Agradeço a minha orientadora Ana Paula Ramos de Souza pela oportunidade concedida, pela confiança em mim depositada e pela dedicação incansável pela pesquisa.

Agradeço a professora Anaelena Bragança de Moraes pela sua ajuda e ensinamentos dos cálculos estatísticos, pela sua doçura e pelo seu sorriso.

Agradeço aos professores que fizeram parte da banca de qualificação e de defesa da tese que doaram o seu saber e seu tempo para a construção deste trabalho, com excelentes contribuições.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana por compartilharem seus conhecimentos.

Agradeço a secretária do Programa Adriana pela sua competência e ajuda.

Agradeço aos funcionários da Universidade Federal de Santa Maria do setor de acompanhamento dos prematuros e do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, e também da Unidade Wilson Paulo Noal por colaborarem nesta pesquisa.

Agradeço a minha família que sempre acreditou e me incentivou a estudar e ir em busca das minhas aspirações.

Agradeço ao meu namorado Rodrigo Favarin pelo amor, pela paciência e pela compreensão.

Agradeço as minhas colegas Cristina, Dani Laura, Inaê, Anelise, Vitória, Carolina, Luciele, Tatiane, Maria Fernanda e Antonia que tornaram o percurso alegre e me presentearam com muitos momentos de aprendizado e de diversão.

Agradeço aos amigos que souberam entender as minhas ausências e sempre me incentivaram nesta caminhada.

E por fim, agradeço as famílias que aceitaram participar da pesquisa e nos concederam o privilégio de acompanhar o crescimento de seus filhos, além da possibilidade da realização deste trabalho.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

(Carl Jung)

RESUMO

ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE BEBÊS PREMATUROS E A TERMO COM E SEM RISCO

AUTORA: Francine Manara Bortagarai
ORIENTADORA: Ana Paula Ramos de Souza

A presente pesquisa foi subdividida em três estudos, cujos os objetivos foram investigar os sinais precoces de alteração psicomotora comparando bebês nascidos pré-termo e a termo, com e sem risco psíquico, e averiguar a correlação entre essas variáveis e fatores de risco socioeconômicos, obstétricos e psicossociais. O Estudo 1 foi composto por 30 bebês os quais foram investigados em duas faixas etárias (3meses e um dia - 4 meses e 29 dias e 8meses e 1 dia - 9 meses e 29 dias). Já os Estudos 2 e 3 foram constituídos pelo mesmo grupo amostral: 165 bebês na faixa etária correspondente a 3-4meses e 29 dias; 130 bebês na faixa etária de 8 – 9 meses e 29 dias e 102 bebês na faixa de 11-12 meses e 29 dias. Foram realizadas entrevistas referentes a dados socioeconômicos, psicossociais, obstétricos e também referentes à rotina alimentar, do sono e motora do bebê em todas as faixas etárias analisadas. Os instrumentos utilizados foram o Teste Denver II para averiguar o desempenho motor fino e grosso, e para evidenciar risco psíquico utilizou-se os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento e os Sinais PREAUT. Para as análises estatísticas foram usados os aplicativos computacionais STATISTICA 9.1 e PAW 17.0. Os resultados evidenciaram que a variável prematuridade não foi relevante na diferenciação dos grupos em função do pequeno número de bebês prematuros extremos na amostra. Houve repercussão negativa do risco psíquico no desempenho psicomotor dos bebês com sintomas como instabilidade psicomotora, construção inadequada do esquema e da imagem corporais, e não efetuação da imitação e da antecipação do gesto materno. Também foi constatada correlação entre risco psíquico e atraso motor fino e grosso, sobretudo quando o risco psíquico foi avaliado pelos Sinais PREAUT. Logo, manifesta-se a necessidade de atentar-se, durante a avaliação do desenvolvimento infantil, para questões psicomotoras, psíquicas e também para questões ambientais, que podem ser obstáculos a esse desenvolvimento, para poder intervir em tempo de removê-los ou minimizá-los, favorecendo a evolução positiva do bebê.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Desempenho Psicomotor; Fatores de risco.

ABSTRACT

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF PRETERM AND A TERM BABIES WITH AND WITHOUT PSYCHIC RISK

AUTHOR: Francine Manara Bortagarai

ADVISER: Ana Paula Ramos de Souza

The present study was subdivided into three studies whose objectives were to investigate the early signs of psychomotor alteration comparing preterm and full term babies with and without psychic risk and to verify the correlation between these variables and socioeconomic, obstetric and psychosocial risk factors. The study 1 was composed of 30 babies who were investigated in two age groups (3 months and 1 day - 4 months and 29 days and 8 months and 1 day - 9 months and 29 days). Yet studies 2 and 3 were made up of the same sample group: 165 babies in the age group corresponding to 3-4 months and 29 days; 130 babies in the age group of 8 - 9 months and 29 days and 102 babies in the range of 11-12 months and 29 days. There were made interviews relative to socioeconomic, psychosocial, obstetric data and relative to the feeding, sleeping and motor routines in all age groups analysed. The instruments used were the Denver II Test for fine and gross motor performance and, the Clinical Indicators of Developmental Risk and PREAUT Signals, to demonstrate psychic risk. The software's STATISTICA 9.1 and PAW 17.0 were used for the statistics analyses. The results showed that the variable prematurity was not relevant in the differentiation of the groups due to the small number of preterm babies in the sample. There was a negative repercussion of psychic risk on the psychomotor performance of infants with symptoms such as psychomotor instability, inadequate construction of body image and scheme, and not effectuation of imitation and anticipation of maternal gesture. It was also verified correlation between psychic risk and fine and gross motor delay, especially when the PREAUT Signals evaluated the psychic risk. Therefore, it is necessary to take into account, during the evaluation of child development, psychomotor, psychic and also environmental issues, which may be obstacles to this development, so that we can intervene in time to remove them or minimize them, favoring the positive evolution of the baby.

Keywords: Child Development; Psychomotor Performance; Risk factor

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP3 - Avaliação Psicanalítica dos 3 anos
AIG - Adequado para Idade Gestacional
AIMS - Alberta Infant Motor Scale
CAAE – Comitê de Apresentação para Apreciação Ética
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
ED - Estabelecimento de demanda
FP- Função Paterna
GIG – Grande para a Idade Gestacional
HCAA - Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
IRDI - Indicadores clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil
MF – Motor Fino
MG – Motor Grosso
OMS - Organização Mundial de Saúde
OR - Odds ratio
P- Prematuro
PA - Alternância Presença/ Ausência
PIG - Pequeno para Idade Gestacional
RS – Rio Grande do Sul
SS - Suposição de um Sujeito
T- a Termo
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VM - Ventilação Mecânica

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Análise comparativa do atraso do motor fino nos grupos nas fases estudadas.....	78
Gráfico 2 -	Análise comparativa do atraso do motor grosso nos grupos nas fases estudadas.....	78
Gráfico 3 -	Análise comparativa de bebês com risco no IRDI nas fases estudadas.....	79
Gráfico 4 -	Análise comparativa de bebês com risco nos Sinais PREAUT nas fases estudadas.....	79
Gráfico 5 -	Análise comparativa do sintoma de instabilidade psicomotora nos grupos nas fases estudadas.....	80
Gráfico 6 -	Análise comparativa do sintoma de inibição psicomotora nos grupos nas fases estudadas.....	80
Gráfico 7 -	Análise comparativa da imitação nos grupos nas fases estudadas.....	83
Gráfico 8 -	Análise comparativa da antecipação do gesto materno nos grupos nas fases estudadas.....	84
Gráfico 9 -	Análise de risco no IRDI nas três fases estudadas no grupo de prematuros e a termo.....	110
Gráfico10 -	Análise de risco nos Sinais PREAUT nas fases 1 e 2.....	111
Gráfico 11 -	Análise do motor fino atrasado em ambos grupos nas três fases.....	112
Gráfico 12 -	Análise do motor grosso atrasado em ambos grupos nas três fases.....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição de dados do grupo dos prematuros	70
Quadro 2 - Descrição de dados do grupo de bebês nascidos a termo	74
Quadro 3 - Análise dos juízes da imitação, da oferta de objetos ao bebê e da reação corporal ao manhês nos prematuros	81
Quadro 4 - Análise dos juízes da imitação, da oferta de objetos ao bebê e da reação corporal ao manhês nos bebês a termo	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.....	51
Tabela 2 -	Grupo amostral dos estudos.....	56
Tabela 3 -	Sinais PREAUT	61
Tabela 4 -	Continuação Sinais PREAUT.....	61
Tabela 5 -	Classificação Econômica das famílias dos bebês prematuros e a termo segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil.....	99
Tabela 6 -	Desempenho do Motor fino frente às variáveis na fase 1.....	99
Tabela 7 -	Desempenho do Motor grosso frente às variáveis na fase 1.....	101
Tabela 8 -	Instabilidade psicomotora em relação às variáveis na fase 1.....	102
Tabela 9 -	Inibição psicomotora em relação às variáveis na fase 1.....	102
Tabela 10 -	Imitação e antecipação do gesto materno frente às variáveis na fase 1.....	103
Tabela 11 -	Desempenho do Motor fino frente às variáveis na fase 2.....	104
Tabela 12 -	Desempenho do Motor grosso frente às variáveis na fase 2.....	105
Tabela 13 -	Instabilidade psicomotora em relação às variáveis na fase 2.....	106
Tabela 14 -	Inibição psicomotora em relação às variáveis na fase 2.....	107
Tabela 15 -	Imitação e antecipação do gesto materno frente às variáveis na fase 2.....	107
Tabela 16 -	Análise da correlação entre variáveis motora e psíquica nas três fases.....	114
Tabela 17 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 1.....	116
Tabela 18 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 1.....	117
Tabela 19 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 2.....	118
Tabela 20 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 2.....	119
Tabela 21 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 3.....	120
Tabela 22 -	Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 3.....	122

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 Desenvolvimento psicomotor normal, risco psíquico e ao desenvolvimento.....	22
2.1.1 O desenvolvimento psicomotor infantil: estudo do desenvolvimento típico e risco no primeiro ano de vida.....	22
.....	
2.1.1.1 Estudos referentes à psicomotricidade na área da Fisioterapia	27
2.1.1.2 Aspectos básicos do desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida.....	30
2.1.1.3 Fatores de risco ao desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida.....	35
2.1.2 Detecção precoce de risco psíquico/desenvolvimento e sua interface com o desenvolvimento psicomotor	44
3 POPULAÇÃO E MÉTODO.....	55
3.1 Delineamento da Pesquisa	55
3.2 Considerações éticas	55
3.3 População e Amostra	56
3.3.1 Critérios de Inclusão	57
3.3.2 Critérios de Exclusão	57
3.4 Procedimentos de Avaliação	57
3.5 Procedimentos de Análise Estatística.....	68
4 RESULTADOS	69
4.1 Estudo 1 – Análise psicomotora na interação mãe-bebê por juízes e sua relação com risco psíquico, dados motores no Denver II e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais.....	69
4.1.1 Análise descritiva dos resultados.....	69
4.1.2 Análise qualitativa dos casos de risco: histórico e o dizer dos juízes.....	87
4.1.3 Análise Estatística do Estudo 1.....	98
4.2 Estudo 2 – Análise da relação entre motricidade e risco psíquico.....	109
4.3 Estudo 3 – Fatores de risco ao desenvolvimento do motor fino e grosso em bebês prematuros e a termo.....	115
5 DISCUSSÃO	123
5.1 Discussão do Estudo 1.....	123
5.2 Discussão do Estudo 2.....	135
5.3 Discussão do Estudo 3.....	138
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	149
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161
Apêndice B – Termo de Confidencialidade.....	164

Apêndice C – Entrevistas (Inicial e Continuada).....	165
Apêndice D- Roteiro para análise dos vídeos.....	170
Anexo A – Teste Denver II	172

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é considerado um processo que envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades nas áreas cognitiva, comportamental, social e afetiva da criança, tornando-a competente para responder as suas necessidades e as do seu meio (JERUSALINSKY, CORIAT, 1997). Os primeiros anos de vida são considerados críticos para tal desenvolvimento, em função da maior plasticidade cerebral, e também do efeito da experiência apropriada nesse período sobre os sistemas neurais (GOMES, 2005; LUNDY-EKMAN, 2008).

Portanto, ressalta-se que as experiências proporcionadas pela interação da criança com a família e com o mundo irão influenciar seu desenvolvimento psicomotor, visto que seu corpo não pode ser visto como “pura carne” e, sim, como um corpo falado, um corpo que terá de ser desejado, lido, interpretado, inscrito no mundo e satisfeito pelo Outro, conforme afirma Levin (2009). Este mesmo autor diz que tão necessário quanto os conhecimentos do desenvolvimento motor normal infantil e seus marcos esperados para cada etapa da vida, a associação de teorias da Psicologia e da psicanálise dão ao corpo – visto, por esses conhecimentos, como de um sistema biológico apenas – um sujeito, o qual é pertencente ao corpo e que ali habita.

Bullinger (2006) afirma que o corpo da criança é fundamental na construção de sua atividade psíquica, uma vez que por meio das interações entre o corpo e o ambiente todas as representações são construídas. Este autor preconiza que essas interações ocorrem a partir de fluxos sensoriais, concentrados no corpo, como o fluxo gravitacional (ouvido interno e tônus muscular), o tátil, o gustativo, o visual e o olfativo. Também ressalta que a execução da discriminação e modulação sensorial são fatores de impacto no desenvolvimento motor e social infantil. Muitos outros autores reportam-se também em aportes teóricos advindos da Integração Sensorial, a relevância do aparato sensório-motor inicial do bebê como estrutura básica para entrar em relação com o ambiente (GOLDESTEIN, 2009; MAGALHÕES, 2007; RODRIGUES, MIRANDA, 2005; ROLEY, JACOBS, 2011). Tais estudos não minimizam a importância daquele que exerce a função materna na atribuição de significação às ações do bebê, o que fará advir o sujeito (MIEIRO, 2003), mas

destacam que observar o potencial corporal do bebê também é um caminho necessário para ver a viabilidade da relação inicial com seu cuidador.

A literatura é unânime em descrever fatores biológicos e ambientais, entre eles, sociais, econômicos e a interação familiar como atuantes no desenvolvimento infantil (CRESTANI et al., 2013; PILZ, SCHERMANN, 2007; SACCANI, 2009; WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008).

Dentre os fatores biológicos, está a prematuridade, um dos focos desta pesquisa, uma vez que ela tem sido relatada como o fator de risco que mais exerce atraso no desenvolvimento cognitivo e motor infantil (NASCIMENTO, CARVALHO, IWABE, 2012; OLIVER, 2010; RODRIGUES E BOLSONI-SILVA, 2011) e como o principal determinante de morbidade e mortalidade em recém-nascidos (GABBARD, RODRIGUES, 2006).

Sabe-se que, com o grande avanço no conhecimento técnico e científico na área da obstetrícia e da neonatologia, houve um aumento significativo no número de bebês prematuros que sobrevivem, o que, por consequência, requer investigação e acompanhamento do seu desenvolvimento (OLIVER, 2010). Alguns estudos como o de Goyen, Lui e Hummell (2011) indicam que os bebês prematuros, avaliados quanto a habilidades visuomotoras, percepção visual, tátil e cinestésica, e praxias apresentaram dificuldades importantes quanto à percepção visual e praxias quando comparados a bebês controles. Esses resultados são importantes porque demonstram que a investigação de habilidades psicomotoras e sensoriais em prematuros pode captar dificuldades que testes de triagem como o Denver II e o Bayley não preveem por abordarem grandes marcos motores e não detalharem alguns aspectos psicomotores mais específicos.

Também há estudos que indicam que bebês prematuros parecem ter mais indicadores de risco para autismo do que bebês a termo (JOHNSON et al., 2011; McCOY et al., 2014; MOORE et al., 2012; SCHIEVE et al., 2014). São destacados como fatores de risco o baixo peso ao nascer, a idade gestacional, o parto cesáreo e riscos potenciais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MAHONEY et al. 2013).

Além da própria condição de imaturidade dos sistemas, outros fatores biológicos e/ou ambientais podem estar associados à prematuridade, o que agrava ainda mais o desenvolvimento da criança (MAGALHÃES et al., 2011).

Quanto aos fatores de risco ambientais, destacam-se como intervenientes ao desenvolvimento da criança: a escolaridade e a renda familiar (CRESTANI, et al.

2013; SACCANI, 2009; WILLRICH, AZEVEDO E FERNANDES, 2008; ZAJONZ, MULLER, VALENTINI, 2008) o número de adultos e de crianças que vivem na casa (SACCANI, 2009; WILLRICH, AZEVEDO E FERNANDES, 2008) e a qualidade da interação familiar com a criança, principalmente dependente do estado emocional da mãe (BELTRAME, 2011; CRESTANI et al., 2013; FLORES, 2012;; PRETTO-CARLESSO, 2011). Tal estado pode ser agravado na situação de prematuridade tendo em vista os desafios que o tempo de internação e os procedimentos médicos podem trazer ao bebê e seus familiares (VORCARO, 2010).

As falhas nessa relação são estabelecidas como fator de risco e podem comprometer o desenvolvimento infantil. Muitos estudos emergem com a preocupação de detectar possíveis deficiências nessa interação, como na relação da mãe depressiva com seu filho (BRUM, SCHERMANN, 2006; PRETTO-CARLESSO, 2011), de mães ansiosas (BELTRAME, 2011; PEROSA, SILVEIRA, CANAVEZ, 2008) e a associação de depressão e ansiedade (FLORES et al., 2013). A condição emocional da mãe constitui um risco ao desenvolvimento, principalmente para a formação psíquica infantil. Por isso, a utilização de sinais que possam detectar a presença de risco psíquico precocemente, mesmo antes de psicopatologias se estabelecerem, emerge como possibilidade de acompanhar o estudo de bebês prematuros que, além de sua condição biológica desfavorável, também possam estar expostos a dificuldades ambientais.

Nesta tese, serão utilizados dois recursos instrumentais para detectar risco psíquico até o primeiro ano de vida: os Indicadores clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) segundo Kupfer et al. (2010) e os sinais PREAUT (ASSOCIATION PRÉAUT, 2012). Enquanto os indicadores possibilitam prever risco psíquico de um modo amplo, os sinais PREAUT buscam identificar de modo mais específico as crianças com risco de evolução para o autismo. Ambos instrumentos têm por bases teóricas o campo psicanalítico de orientação freudolacaneana.

Estudos já evidenciaram comportamentos motores em crianças com risco psíquico, que não o autismo, como a hiperatividade (KUPFER, BERNADINO, 2009) e sintomas de inibição e instabilidade corporais (LEVIN, 2009). Quanto a crianças com risco psíquico para evolução para o autismo foram observadas alterações motoras importantes, como a assimetria corporal em diversas posições (sentado, deitado e andando) (ESPOSITO, VENUTI, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012) e o comprometimento da imitação e da

antecipação do gesto do outro (MURATORI, 2014). E também as dificuldades na interação sócio comunicativa do bebê com outro podem ter relação com tais dificuldades motoras iniciais (BULLINGER, 2006).

Considerando os fatores biológicos e psíquicos a que está exposto o bebê prematuro, esta tese pretende abordar o desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros, comparando o mesmo com o de bebês a termo, nas situações de presença e de ausência de risco psíquico. A hipótese central desta tese é de que a presença de risco psíquico, seja ele de evolução para o autismo ou não, combinada a prematuridade poderá evidenciar-se em características psicomotoras específicas, ou seja, bebês prematuros, com risco psíquico, poderão ter evolução psicomotora diferenciada quando comparados a bebês prematuros sem risco psíquico e bebês termo com e sem risco psíquico.

Considerando o exposto, esta pesquisa se justifica pela importância da avaliação e do acompanhamento, nos primeiros anos de vida, do desenvolvimento psicomotor e psíquico de crianças nascidas a termo e pré-termo, visto que essa fase é considerada crítica no desenvolvimento e influenciada por fatores de risco biológico, como a prematuridade, e ambientais, como a qualidade da relação mãe-filho.

A relevância de tal estudo se dá pela possibilidade da detecção precoce de alterações e do encaminhamento imediato para programas de intervenção precoce, evitando, com isso, déficits e repercussões futuras de risco biológico e/ou ambiental. Também há a possibilidade de poder orientar a família, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao filho e de facilitar o desenvolvimento psicomotor e psíquico dele.

Diante da temática que será abordada, torna-se fundamental ao profissional que trabalha com o desenvolvimento psicomotor de crianças, como o fisioterapeuta, ter a ampla visão de que o desenvolvimento infantil atravessa as fronteiras da simples constituição biológica, e que está em relação dialética com os fatores ambientais, pois não só a condição biológica do bebê pode-se apresentar como um limite às interações, como pode sofrer interferências do ambiente.

O caráter inovador desta tese está em alinhar temáticas ainda não investigadas na realidade brasileira, tais como desenvolvimento psicomotor, prematuridade e risco psíquico, em análise quantitativa, pois os estudos de risco ao desenvolvimento, em especial o psíquico, não abordaram a questão psicomotora

com dados quantitativos. Nesse âmbito há apenas estudos de caso, de cunho qualitativo sob a óptica psicanalítica.

No que tange à Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, busca-se, no olhar da fisioterapia, transcender o puro conhecimento “motor funcional”, a partir de um enfoque interdisciplinar no grupo de intervenção precoce da UFSM, que conta com profissionais da Fonoaudiologia, da Fisioterapia, da Psicologia e da Pedagogia, com o trabalho atravessado pela psicanálise enquanto teoria de constituição psíquica. Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar de modo mais preciso aspectos da avaliação e intervenção psicomotoras no contexto de intervenção precoce e talvez, no futuro próximo, subsidiar a criação de sinais de desenvolvimento psicomotor, que considerem em conjunto as condições corporais do bebê para entrar em relação e as condições ambientais para proporcionar as interações necessárias ao desenvolvimento psicomotor.

Considerando que os estudos atuais indicam alguns sinais psicomotores precoces como a assimetria corporal, e dificuldade na imitação e na antecipação de gestos como sendo relacionados com evolução autista; e a instabilidade e inibição como possibilidade de sintoma psicomotor de bebês em risco psíquico de evolução não autista, propõem-se nesta tese três grandes estudos:

No **Estudo 1**, foi realizada a investigação do sintoma psicomotor do bebê e da atividade materna durante interação, efetuada por meio da análise de 60 vídeos, avaliada por dois juízes, a partir de um roteiro baseado na análise de sintomas psicomotores propostos por Levin (2009) e neuromotores descritos por Muratori (2014). Participaram 30 bebês (15 prematuros e 15 a termo) os quais foram investigados em duas faixas etárias: 3 meses e um dia - 4 meses e 29 dias e 8 meses e 1 dia - 9 meses e 29 dias.

No **Estudo 2**, realizou-se a análise descritiva do grupo amostral composto por 165 bebês (103 a termo e 62 prematuros) na faixa etária correspondente a 3-4 meses e 29 dias; 130 bebês (84 a termo e 46 prematuros) na faixa etária de 8 – 9 meses e 29 dias e 102 bebês (69 a termo e 33 prematuros) na faixa de 11-12 meses e 29 dias. Também foi efetuada a análise estatística da correlação da atividade neuropsicomotora (Teste Denver II: motor grosso e fino) com o comportamento psíquico (instrumentos de avaliação do risco psíquico: IRDI e PREAUT).

A análise estatística, a partir de uma regressão logística da relação da atividade neuropsicomotora (Teste Denver II: motor grosso e fino) com o comportamento psíquico (IRDI e PREAUT) e também com dados obstétricos, sociodemográficos e psicossociais foi realizada no **Estudo 3**, que contou com o mesmo grupo amostral do estudo 2.

A partir do exposto, o **objetivo geral** desta tese foi investigar sinais precoces de alteração psicomotora comparando bebês prematuros e a termo, e bebês que apresentem ou não risco psíquico no primeiro ano de vida.

Considerando os estudos propostos, os objetivos específicos em cada estudo são:

a) Estudo 1- Analisar o sintoma e construções psicomotoras na atividade espontânea em interação do bebê com a mãe, considerando as variáveis idade gestacional e presença ou não de risco psíquico:

- Verificar a presença de instabilidade e inibição psicomotora;
- Analisar o comportamento materno quanto à sustentação psicomotora do bebê por parte da mãe;
- Analisar a capacidade espontânea dos bebês de imitar e de antecipar o gesto materno;
- Averiguar a construção da imagem corporal dos bebês.

b) Estudo 2- Análise da atividade neuropsicomotora grossa e fina por meio de teste padronizado de desenvolvimento, considerando as variáveis idade gestacional e presença ou não de risco psíquico:

- Comparar o desempenho neuropsicomotor (fino e grosso) de bebês a termo e prematuros;
- Verificar a correlação do desempenho neuropsicomotor (fino e grosso) com os resultados do IRDI de bebês a termo e prematuros.
- Verificar a correlação do desempenho neuropsicomotor (fino e grosso) com os resultados dos Sinais PREAUT de bebês a termo e prematuros.

c) Estudo 3 – O objetivo amplo deste estudo foi analisar a atividade neuropsicomotora grossa e fina por meio de teste padronizado de desenvolvimento e sua relação com variáveis psicossociais, sociodemográficas, obstétricas e com o risco psíquico, cujo objetivo específico foi calcular ordem de risco ao desenvolvimento psicomotor considerando as variáveis ambientais e orgânicas em conjunto.

Para embasar teoricamente o estudo, no próximo capítulo, realiza-se uma revisão da literatura com foco no desenvolvimento psicomotor, considerando as variáveis biológicas, sobretudo a prematuridade, e as ambientais. Também são debatidos os protocolos de detecção precoce utilizados nesta pesquisa e os estudos sobre a sintomatologia psicomotora associada ao risco psíquico e à prematuridade.

A seguir é descrita a metodologia geral do estudo, com a descrição dos procedimentos específicos a cada estudo.

No capítulo de resultados são apresentados os dados fruto da análise dos três estudos já mencionados, que a seguir são discutidos no capítulo de discussão da tese.

A tese se encerra com as considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Desenvolvimento psicomotor normal, risco psíquico e ao desenvolvimento

Para permitir a compreensão do tema deste projeto, aborda-se, a seguir, a psicomotricidade, tanto a partir de um enfoque psicanalítico quanto motor; depois, os estudos sobre risco ao desenvolvimento do ponto de vista psíquico são discutidos.

2.1.1 O desenvolvimento psicomotor infantil: estudo do desenvolvimento típico e riscos no primeiro ano de vida

Segundo Jerusalinsky e Coriat (1997), a definição de desenvolvimento inclui o crescimento (aumento de tamanho, peso e volume), a maturação (evolução orgânica) e os processos psicológicos. Esses autores distinguem aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. Os aspectos estruturais relacionam-se com o aparelho biológico, a constituição psíquica, esta tanto do ponto de vista cognitivo quanto psicoafetivo. Já os aspectos instrumentais relacionam-se a aprendizagem, a psicomotricidade e a linguagem enquanto função comunicativa, pelos hábitos, pelo jogo e pelos processos práticos de socialização. A psicomotricidade, assim como os demais aspectos instrumentais do desenvolvimento, permite a realização de intercâmbios do sujeito com o seu meio.

Historicamente o termo "psicomotricidade" aparece a partir do discurso médico, mais precisamente neurológico, quando foi necessário, no início do século XIX nomear distúrbios da atividade gestual e da atividade práxica que não estavam anatomicamente circunscritos a uma área ou parte do sistema nervoso central (LEVIN, 2009).

Oliveira (1998) destaca os seguintes nomes na evolução do termo psicomotricidade. Dupré, em 1909, correlaciona a motricidade com a inteligência e utiliza a palavra paratonia para designar as debilidades motoras (inábeis, torpes, desajeitados). Em 1925, Henry Wallon, grande pioneiro da psicomotricidade, correlaciona o movimento ao afeto, a emoção, ao meio ambiente e aos hábitos do indivíduo. Assim surge a expressão "diálogo tônico-postural" e a introdução do conceito de esquema corporal, não como uma unidade biológica ou psíquica, mas

como elemento básico para a construção do desenvolvimento da personalidade da criança. Em 1935, Eduard Guilmain impulsiona as primeiras tentativas de estudo da reeducação psicomotora, onde se sobressai e desenvolve um exame psicomotor para fins de diagnóstico, de indicação da terapêutica e de prognóstico. A partir disto, se inicia a prática mais especificamente psicomotora. Em 1947, Julian de Ajuriaguerra, líder da escola de psicomotricidade, delimita com clareza os transtornos psicomotores que oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico no seu Manual de Psiquiatria Infantil.

Já na década de 70 diferentes autores (J. Bergès, R. Diatkine, B. Jolivet, C. Launay, S. Lebovici, Jean Lê Boulch) definem a psicomotricidade como uma motricidade de relação. A partir destes autores começa-se a delimitar uma diferença entre a postura reeducativa e a terapêutica, uma vez que essa transcende a pura técnica instrumentalista e ocupa-se do corpo em sua globalidade, dando-se maior importância à relação afetiva e ao emocional e seus efeitos no motor. É por esta via que vários autores da psicanálise, como Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilhem Reich, Paul Schilder, Jacques Lacan, Maud Mannoni, Françoise Dolto, Samí Alí, entre outros, começam a ser tomados e citados pelos psicomotricistas, a partir desta preocupação que se apresenta a eles e em apoio as suas hipóteses sobre a vida emotiva. Na Argentina, destaca-se, em 1975, Lydia Coriat que propõe às autoridades educativas a necessidade da existência da carreira de psicomotricidade na Universidade de Buenos Aires.

Portanto, muitos autores contribuíram na quebra da relação direta unívoca entre a percepção motora e o dano orgânico, relacionando o movimento também com o afetivo, com o emocional e com o meio ambiente, dando lugar, neste novo campo conceitual, a terapias psicomotoras que enfatizaram o vínculo, a expressividade e a relação corporal. Sob a influência dos conhecimentos psicanalíticos, a psicomotricidade alcança um novo campo conceitual quando olha além do corpo orgânico e expressivo, para este corpo receptáculo olhado, falado, tocado, marcado e inscrito por outro “corpo na linguagem”, por estar inserido num discurso (LEVIN, 2009).

A psicomotricidade pode ser definida como uma ciência que tem como objeto de estudo o homem, através de seu corpo em movimento, nas suas relações com o seu mundo externo e interno (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, 2014). Para Levin (2009), o corpo é um dos instrumentos

mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, ideias, sentimentos e emoções. É ele que une o indivíduo com o mundo que lhe dá as marcas necessárias para que se constitua como sujeito.

Segundo Boato (1996), a psicomotricidade está dividida em três campos distintos:

- Reeducação psicomotora: visa corrigir alterações no desenvolvimento psicomotor, tais como, equilíbrio, coordenação e dispraxia;
- Terapia psicomotora: refere-se a todos os casos nos quais a dimensão afetiva ou relacional parece dominante na instalação inicial do transtorno;
- Educação psicomotora: visa desenvolver, na criança, a capacidade de criar, resolver e adaptar as tarefas realizadas, sem usar a imposição como método de educação.

A psicomotricidade é constituída por dois elementos básicos: esquema corporal e imagem corporal. A conceituação do esquema corporal e de seus constituintes (lateralidade, dominância lateral, estruturação espacial e orientação temporal, ritmo, equilíbrio, tônus, coordenação global ou motricidade ampla e motricidade fina) serão descritas a partir da concepção de Le Boulch (2000), por ser amplamente discutido em seu livro. Já a conceituação de imagem corporal será analisada a partir dos preceitos de Levin (2009) que fez uma apropriação mais voltada para este termo, ao contrário do autor anterior.

O esquema corporal pode ser definido como uma intuição de conjunto ou um conhecimento imediato que temos do nosso corpo estático ou em movimento, na relação de suas diferentes partes entre si e, sobretudo, nas relações com o espaço e com os objetos e pessoas que o circundam. As informações proprioceptivas ou cinestésicas constroem este saber acerca do corpo e à medida que o corpo cresce, acontecem modificações e ajustes no esquema corporal (LE BOULCH, 2000). Conforme Levin (2009), conhecer as partes do corpo, suas funções e interações com ele mesmo e com o meio que o cerca é de fundamental importância na construção do esquema corporal e no desenvolvimento normal no âmbito motor, social e afetivo. Para Piaget (1978) as sensações visuais, auditivas, tácteis e proprioceptivas, oriundas da exploração que o bebê faz em seu corpo, promovem a elaboração do seu esquema corporal, ou seja, a noção dos limites do seu próprio corpo, das partes que o compõem e das relações delas no espaço. Ainda segundo esse autor, o desenvolvimento do esquema corporal, por sua vez, vai aprimorando

as funções motoras, num mecanismo de feedback positivo que denominou, no período de 0 a 2 anos, como sensório-motor.

A seguir, seguem os elementos que constituem o esquema corporal: a lateralidade, a estruturação espacial, a orientação temporal, o ritmo, equilíbrio, tônus, motricidade ampla e fina.

A lateralidade é a capacidade de vivenciar os movimentos utilizando-se, para isso, os dois lados do corpo, ora o lado direito, ora o lado esquerdo. Por exemplo: a criança destra, mesmo tendo sua mão direita ocupada, é capaz de abrir uma porta com a mão esquerda. É diferente da dominância lateral que é a maior habilidade desenvolvida num dos lados do corpo (membros inferiores, superiores e olhos) devido à dominância cerebral, ou seja, pessoas com dominância cerebral esquerda tem maior probabilidade de desenvolverem mais habilidades do lado direito do corpo e, por isso, são destros. Com os canhotos, acontece o inverso, já que sua dominância cerebral é do lado direito.

A estruturação espacial é a conquista de consciência da posição do próprio corpo em um lugar e da orientação que pode ter em relação as pessoas e as coisas. Já a orientação temporal é a capacidade de se situar em função da sequência dos acontecimentos (antes/durante/depois), da duração dos intervalos (ideia de tempo longo e curto; ritmo regular e irregular; cadência rápida e lenta) e da renovação de certos períodos (dias, semanas, estações).

O ritmo é um fenômeno espontâneo e individual, cada pessoa possui o próprio, que começa pelos ritmos naturais internos (respiração, batimentos cardíacos). Ainda que careçam de ordenação, por se tratar de parte efetiva do desenvolvimento psicomotor, o indivíduo organiza-os lentamente por meio de vivências sucessivas, na exploração de suas possibilidades.

O equilíbrio é a habilidade da pessoa em manter o controle do corpo, utilizando ambos os lados simultaneamente, um lado só, ou ambos, alternadamente. Esse ocorre pela interação de certo número de estruturas neurofisiológicas, sentidos e vias, como a visão, a excitação labiríntica, as sensações táteis e proprioceptivas. Segundo De Meur e Staes (1991) a psicomotricidade não se limita a considerar o equilíbrio como uma função motora influenciada apenas por estímulos táteis e proprioceptivos, mas também inclui o aspecto psicológico, por influenciar na execução de determinados exercícios. Reações de medo e de insegurança são manifestadas durante atividades que envolvem vivências de equilíbrio, portanto

deve-se estar atento com respeito às variantes que interferem na execução do movimento corporal humano.

O tônus é a tensão fisiológica dos músculos que garante equilíbrio estático e dinâmico, coordenação e postura em qualquer posição adotada pelo corpo, esteja ele parado ou em movimento.

A coordenação global ou motricidade ampla é a ação simultânea de diferentes grupos musculares na execução de movimentos voluntários, amplos e relativamente complexos.

E, a motricidade fina é a capacidade de realizar movimentos coordenados utilizando pequenos grupos musculares das extremidades.

Já a imagem corporal é anunciada por Levin (2009) como a representação mental inconsciente que fazemos do nosso próprio corpo, formada a partir do momento em que este corpo começa a ser desejado e, conseqüentemente a desejar e a ser marcado por uma história singular e pelas inscrições das funções materna e paterna. Logo, a imagem corporal é incomparável e própria de cada sujeito.

Assim como existem distúrbios psicomotores advindos de lesões neurológicas ou musculoesqueléticas, há distúrbios manifestados no corpo, sem nenhuma relação com alterações neurológicas ou orgânicas aparentes, que comprometem a construção do esquema e da imagem corporal, o que pode impedir a criança de ter domínio adequado de seu próprio corpo, que se relacionam com alguma alteração no laço como aqueles que fazem as funções parentais. A partir de problemas na construção nas relações as crianças podem evidenciar sintomas psicomotores, cujos principais são, segundo Levin (2009):

1. Instabilidade psicomotora: neste transtorno a criança não consegue começar e terminar a brincadeira e é assim com todas as suas produções corporais. Há uma dificuldade em inibir seus movimentos, provocando ações explosivas e agressivas. São crianças agitadas, ansiosas e inquietas, pois possuem uma grande necessidade em se movimentarem. Encaixam-se nos diagnósticos de hiperatividade, precisando, em alguns casos com perturbações severas no sono e na atenção, de medicamentos como anfetaminas e psicotônicos. As crianças com este transtorno podem ter uma grande tensão muscular e paratonias severas, caracterizando uma instabilidade tensional, ou serem hipotônicas, elásticas e bastante flexíveis, o que chamamos de estado de

deiscência. Em ambos os casos, a causa do transtorno é a falta de limite e a ausência de corte simbólico.

2. Inibição psicomotora – neste transtorno a criança não usa seu corpo para se relacionar com o mundo ou com os outros. É o oposto da instabilidade, pois também há uma falta de limite, mas esta falta, barra o agir da criança. Ela mostra-se então sempre cansada, demonstrando pouca expressão facial e corporal. Seu aspecto é de extrema fragilidade e debilidade e é nele que se reconhece e é reconhecida. A criança inibida, diferentemente da instável, possui outra estratégia para não se separar do Outro, ser o objeto bom de seus pais. Estes se expressam do seguinte modo sobre o filho: “É como se não estivesse”, “Nem dá para ouvir”, “Não briga com ninguém”, “Passa inadvertidamente” (LEVIN, 2009, p. 163).

Então, diante de tais distúrbios, que ampliam o olhar do terapeuta precoce do motor para além dos limites biológicos, a psicomotricidade não vê apenas o corpo sob a óptica de um sistema musculoesquelético funcional, mas, sim, um corpo que compõe um sistema musculoesquelético marcado por linguagem e simbolismo, ou seja, a visão de um sujeito que habita o corpo, e que dele se vale para estar e ser no mundo. Um sujeito que sofre e que fala por meio de seu corpo, de seus movimentos, de suas posturas, de seus gestos, de seu tônus e do seu eixo corporal (LEVIN, 2009).

2.1.1.1 Estudos referentes à psicomotricidade na área de Fisioterapia

Cabe ressaltar que, na literatura, há inúmeras investigações acerca do desenvolvimento motor infantil na área da fisioterapia, porém, poucos artigos referendando a psicomotricidade associada a propostas fisioterapêuticas. Esses artigos investigam a percepção da imagem corporal de crianças portadoras de paralisia cerebral (CORRÊA et al., 2004), de adultos com lesão medular (SANTINO et al., 2013), de gestantes adolescentes (WAKAHARA, MARQUES, 1999), de pacientes com fibromialgia (MELLO, MARQUES, 1995) e de idosos (GAMARRA et al., 2009; PRACIDELLI et al., 2001). Houve um consenso nos resultados quanto à dificuldade de percepção da imagem corporal nestes diferentes grupos amostrais. No entanto, essa percepção ainda é pouco utilizada nas práticas fisioterapêuticas no tratamento de crianças pequenas e de bebês.

Resultados da interação de técnicas fisioterapêuticas aliadas a conceitos psicomotores foram averiguados no estudo de Valeski et al. (2004). Os autores analisaram um paciente com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, utilizando recursos lúdicos terapêuticos durante o atendimento e observaram sensível melhora da concentração e da coordenação motora do paciente, colaborando para sua independência funcional e para as atividades pedagógico educacionais.

Outro grupo de fisioterapeutas investigou a ocorrência de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em uma comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família de Recife (PSF). Diante da amostra de 31 crianças, com 5 anos de idade (avaliadas por meio do exame neurológico evolutivo) puderam comprovar que a coordenação apendicular foi o parâmetro que apresentou a maior frequência de déficit (90%) e que crianças que passavam mais tempo com a família e de início mais cedo na creche apresentaram melhor desempenho quanto ao equilíbrio estático (AMORIM et al., 2009).

Abelheira e Beresford (2004) chamam a atenção dos profissionais da saúde sobre a importância da estimulação psicomotora precoce em pacientes com encefalopatia crônica infantil, pois são negligenciados pelos profissionais da saúde no que tange à humanização ao atendimento. Na visão dos autores, não há preocupação em criar alternativas para estimulação desses pacientes; assim, propõem as técnicas psicomotoras como fundamentais nos atendimentos fisioterapêuticos.

Para Souza e Godoy (2005) a interação entre a fisioterapia e a psicomotricidade pode tornar o tratamento mais eficaz e significativo tanto para o paciente como para o fisioterapeuta. Esses autores destacam que a forma mecanicista da assistência fisioterapêutica priva o participante de intervir na proposta de trabalho, tirando a espontaneidade nas ações e a motivação na tarefa e também não permite a observação de aspectos relevantes para a psicomotricidade como a avaliação da imagem corporal, a percepção espacial, a espontaneidade do sujeito e os aspectos afetivos e emocionais.

Bortagarai (2011) em sua dissertação realizada com 12 fisioterapeutas, na qual buscou investigar a forma de comunicação não-verbal efetuada com sujeitos com encefalopatia cerebral crônica não progressiva concluiu que, mesmo que o instrumento de trabalho do fisioterapeuta seja a sua mão e o corpo do sujeito

assistido, ainda há pouca base teórica e pouca aplicação da leitura gestual do corpo tanto do fisioterapeuta quanto do sujeito que é assistido. Afirma, portanto, a fragilidade do profissional quanto ao reconhecimento do movimento muscular enquanto gesto e da percepção do fisioterapeuta diante de seu próprio corpo e do corpo do outro. A esses aspectos, soma-se a usual desconsideração de questões psíquicas dos pacientes no campo fisioterapêutico, como, por exemplo, de dores sem motivo biológico ou da resistência em aderir à intervenção, o que pode levar o tratamento à inocuidade e, em consequência, ao fracasso (PAIM, KRUEL, 2012).

A possibilidade de melhoria da percepção corporal, a partir de uma visão psicanalítica, é discutida no estudo de Paim e Krueel (2012), que reflete a possibilidade de um trabalho interdisciplinar entre a Psicologia (no campo da psicanálise) e a Fisioterapia. Os autores ressaltam que, embora a técnica fisioterapêutica se detenha no corpo orgânico, o conhecimento desses aspectos psicanalíticos que envolvem o corpo pode possibilitar ao profissional a detecção de possíveis entraves de cunho psíquico que se apresentem durante um tratamento. Eles também destacam a interdisciplinaridade como otimizadora e com a possibilidade de ampliar a visão de cada profissional envolvido nessa troca. Para a efetuação dessa reflexão foram realizadas entrevistas com oito estagiários de fisioterapia (último semestre) referentes à compreensão de conceitos de corpo, imagem corporal e esquema corporal. Vale lembrar que o corpo que interessa para a psicanálise é o corpo sentido, ou seja, aquilo que o psiquismo humano sente em relação ao corpo, que é construído por percepções, representações, investimentos libidinais, pulsão e fantasias mentais (NASIO, 2008).

Como resultado da pesquisa de Paim e Krueel (2012), o conceito de corpo foi relatado por todos do grupo amostral a partir do que a técnica fisioterapêutica se propõe, que é tratar do corpo biológico. Já a imagem corporal foi compreendida levando-se em consideração o esquema corporal que, embora considerado diferente pelos acadêmicos de fisioterapia, ainda não recebe uma definição clara sobre as distinções. Por fim, o esquema corporal foi entendido por se tratar da mecânica do corpo, do ritmo corporal, da propriedade do ser humano sobre seus movimentos e da noção espacial do corpo, confirmando a perspectiva psicanalítica proposta no artigo.

Esses trabalhos reforçam a ideia de que agregar conhecimentos psicanalíticos aos aspectos psicomotores potencializará a qualidade da atenção

prestada à criança, agregando aos marcos motores as noções de esquema e imagem corporal, elementos chaves da concepção psicomotora. Obviamente que não se trata de negar o aspecto biológico na análise psicomotora, mas de incorporar a essa análise a noção de gesto corporal, ou seja, de um motor dotado de sentido e que expressa desejos, conhecimentos, etc. A seguir, revisam-se alguns estudos sobre o desenvolvimento motor.

2.1.1.2 Aspectos básicos do desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida

O desenvolvimento motor é um processo contínuo, sequencial e relacionado à idade cronológica, pelo qual o ser humano adquire uma grande quantidade de habilidades motoras (GABBARD, RODRIGUES, 2006). Já que a mielinização do Sistema Nervoso Central (SNC) ocorre no sentido céfalo-caudal e próximo-distal, os movimentos se iniciarão em bloco, passando a segmentar a medida que a criança segue o seu desenvolvimento normal, aqui descrito em quatro trimestres, conforme Goldberg e Van Sant (2002).

O primeiro trimestre está regido por muitos reflexos ativos (postura reflexa tônico-cervical assimétrica, olhos de boneca, tônico flexor, busca e preensão, marcha reflexa, fuga a asfixia), evidentes nas atitudes posturais do bebê. Ele pode levar a cabeça até a linha média para observar objetos. A posição assimétrica na cabeça produz assimetria postural dos membros, predominando a extensão do hemitórax para qual a criança olha, porém esta assimetria não é constante. Pode manifestar certo grau de lateralização devido à hipertonia do plano dorsal da coluna que causa um discreto opistótono fisiológico nesta idade. Destaca-se como principal ganho motor a elevação da cabeça, ao findar do terceiro mês. Aos três meses de idade, o lactente adquire simetria postural: a cabeça fica mais na linha média, em alinhamento com o tronco e os membros superiores e inferiores se movimentam de forma mais simétrica. Pode erguer a parte superior do tronco, na posição prona, apoiando-se nos antebraços. Na posição supina, as mãos, muitas vezes, juntam-se na linha média e os membros inferiores fazem movimentos que lembram o pedalar. Apesar de a presença da assimetria postural ser normal nos três primeiros meses, assimetria muito acentuada é sinal de alerta para alguma anormalidade do desenvolvimento (MURATORI, 2014).

O segundo trimestre é marcado por aquisições importantes que garantem uma série de interações com o mundo a sua volta. O cessar dos reflexos do primeiro trimestre, como o tônico cervical assimétrico, tônico flexor, de olhos de boneca, de marcha reflexa e de busca e preensão, permite uma intencionalidade nos movimentos e uma evolução da coordenação visuomotora, na habilidade manual e postural. O bebê, então, pode acompanhar um objeto que cai no chão, não o perdendo de vista; pode levar as mãos à linha média para pegar objetos; deitado em prona eleva a cabeça e com o apoio dos membros superiores consegue elevar o tronco e pode tentar buscar o objeto com uma das mãos; pode movimentar-se na superfície de apoio pela posição de ponte (em supina – pés na superfície de apoio e os quadris e joelhos fletidos) ou por rastejamento (em prona – empurra-se com mãos e joelhos) e senta-se com apoio.

Já no terceiro trimestre, o bebê é referido como curioso, uma vez que possui habilidades motoras para se mover pelo ambiente e explorá-lo. Ele rola de supina para prona; brinca com objetos na posição prona; senta sem suporte, passa o brinquedo de uma mão para a outra e mantém um objeto em cada mão; passa de sentado para a posição quadrúpede (de gatas – ao final do terceiro trimestre), envolvendo-se num comportamento de balanceio, o qual estimula os membros superiores, inferiores e o sistema vestibular. Em pé, o bebê move-se com apoio e inicia um trabalho de equilíbrio e transferência de peso.

O quarto trimestre é marcado pelo aumento da mobilidade e do equilíbrio. O bebê fica pouco tempo nas posições supina e prona, uma vez que, nessa fase, ele se torna um engatinhador muito habilidoso, sendo a posição sentada muito funcional para possibilitar passar para a postura de “gatas” e em pé, apoiando-se nos móveis para se elevar. Consegue dar seus primeiros passos de marcha livre e ir em busca de objetos que chamam a sua atenção. Exercita a preensão bimanual e simétrica a um nível superior, bate palmas e bate entre si os brinquedos que segura em uma e outra mão. Também faz pinça fina e consegue agarrar a colher e leva-la até a boca para se alimentar.

Muitas dessas aquisições no comportamento motor, por diversos anos, foram atribuídas, pelos fisioterapeutas, unicamente a mudanças que ocorrem no SNC, uma vez que se acreditava que tais mudanças nas habilidades motoras refletiam apenas a maturação desse sistema, de acordo com Goldberg e Van Sant (2002). Segundo esses autores, observou-se, recentemente, que o SNC não é a única estrutura que

determina essas mudanças, sendo que os sistemas musculoesquelético e cardiorrespiratório, assim como o ambiente em que vive o sujeito, também exercem influências muito fortes e sistemáticas no desenvolvimento motor.

Gabbard e Rodrigues (2006) enfatizam a valorização das histórias, da cultura e das vivências do sujeito em formação como primordiais para seu desenvolvimento motor e para o desenvolvimento de alterações estruturais cerebrais em resposta a experiência. Essa capacidade adaptativa do SNC é chamada de plasticidade cerebral ou neuroplasticidade, ou seja, a modelação das conexões neuronais a partir de experiência e de aprendizado (LUNDY-EKMAN, 2008). E é exatamente nos primeiros anos de vida que deve haver maior estimulação, pelo sistema estar em formação e “maleável” às aprendizagens (GOMES, 2005).

Assim, é fundamental pensar que a sintonia fina entre o cuidador e a criança permite que o adulto vá expondo a criança às vivências que demandam uma articulação psicomotora e que induzem não só o processo de maturação neurológica como conferem identidade corporal a criança, ou seja, a crença e o investimento que os pais realizam no filho demarcarão suas habilidades futuras a partir das condições genéticas que ele apresentar para sustentar as demandas parentais (SILVA et al., 2006). Dito de outro modo, uma criança cuja família superprotege motoramente, por exemplo, pode não ter um desenvolvimento psicomotor adequado, não por uma limitação genética ou biológica, mas por falta de investimento ambiental na criança (AMORIN et al., 2009).

Para a averiguação do desenvolvimento infantil há inúmeras avaliações que são utilizadas em pesquisas, a partir de escalas e testes, na tentativa de quantificar e qualificar o desenvolvimento da criança. O teste de triagem Denver II, o qual será utilizado neste estudo, foi criado por Frankenburg et al. nos EUA (Colorado) e é a versão mais recente do teste que se propõe a avaliar e identificar atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor infantil (SOUZA et al., 2008). Drachler et al. (2007) realizaram a padronização do Denver em 3389 crianças menores de 5 anos no sul do Brasil (Rio Grande do Sul), o que permitiu o ajuste do teste ao contexto cultural brasileiro. O teste é considerado de fácil execução e pode ser utilizado por vários profissionais da saúde e, por isso, é um dos testes mais utilizados no Brasil, sendo empregado também em diversos países (SANTOS, ARAÚJO, PORTO, 2008; SOUZA et al., 2008). Outra vantagem é a longa faixa etária que o teste atinge, até 6 anos de idade, possibilitando o acompanhamento prolongado do desenvolvimento

infantil. Este instrumento inclui avaliação de comportamento social e pessoal, de linguagem e de habilidades motoras grossas e finas preconizadas como típicas do desenvolvimento (FRANKENBURG et al., 1992).

Apesar do teste Denver II abranger uma longa faixa etária e permitir o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento, parece ser insuficiente para avaliar mudanças qualitativas ao longo do tempo e detectar precocemente alterações psicomotoras sutis (DIAS et al., 2005), uma vez que tem um objetivo de triagem de alterações nos grandes marcos motores.

A partir disso, com a finalidade de abarcar comportamentos e gestos psicomotores que não podem ser identificados por meio do teste Denver II é possível pensar em uma análise clínica, a partir da observação de habilidades psicomotoras, por meio da oferta de ambientes e tarefas sensório-motoras adequadas (BULLINGER, 2006; LEVIN, 2009).

A observação da criança em atividades lúdicas pode oferecer informações comportamentais do bebê, que dizem sobre suas possibilidades corporais, como, por exemplo, reação corporal do bebê frente a fala materna, gesto motor ao brincar, interação com o ambiente e o seu estado emocional. Também pode fornecer dados sobre o estado emocional e o comportamento corporal da mãe frente a seu filho.

Segundo autores que estudam a psicomotricidade em sua conexão com a integração sensorial, não só as condições cerebrais são consideradas, mas as condições ambientais que incidem sobre a motivação da criança. Portanto, nesta proposta os sistemas proprioceptivo, vestibular, gustativo, olfatório, visual e auditivo estão envolvidos na integração sensorial e são fundamentais no desenvolvimento psicomotor. As disfunções em um ou mais desses sistemas estão relacionadas a processos de modulação e discriminação sensorial (ROLEY, JACOBS, 2011), que podem ter um impacto social tanto nos transtornos de modulação, quanto motor. As sensações podem sofrer de hiper ou hipofuncionamento.

Entre as hipersensibilidades, que geram transtornos de modulação, são descritas a auditiva (hipersensibilidade ou aversão ao barulho), defensiva tátil (reação de maneira exagerada ou aversiva ao estímulo tátil), insegurança gravitacional (reação de medo desproporcional ao perigo), aversão ao movimento (sensação de desconforto ao movimento- náusea, vertigem). Afirmam ainda que podem haver transtornos de modulação como a hiper-reação ou hipo-reação (este gera tendência a procura de estímulos) e respostas flutuantes (falhas no registro sensorial). Quanto

às disfunções na discriminação sensorial, pode-se exemplificar déficits posturais, de interação bilateral e da somatodispraxia. Tais quadros acabam por ser aprofundados a partir de uma nosologia precisa no artigo de Bullinger (2006), autor que realizava na Europa já há algum tempo formação em integração sensorial com vistas à intervenção clínica, na qual analisava os fluxos das interações sensoriais e as matrizes corporais que trazem algumas evidências para estudos acerca da integração sensorial na avaliação da psicomotricidade infantil, que esta tese, contudo, não tematizará, visto que no Brasil, os estudos de integração sensorial são restritos, enquanto prática, ao profissional de terapeuta ocupacional.

Fortes e Jerusalinsky (1999) reúnem cinco “engramas constitucionais” (p, 275) importantes na reflexão sobre o primeiro ano de vida: os reflexos arcaicos e a gestualidade reflexa, o tônus muscular, os sistemas posturais e os ritmos biológicos. Os autores também articulam suas funções e importância para o desenvolvimento do bebê à relação materna. Um exemplo desta posição teórica é a forma como interpretam a importância dos reflexos arcaicos e a gestualidade reflexa no diálogo tônico (AJURIAGUERRA, 1977) vivido com a mãe. Segundo os autores, os reflexos arcaicos possuem como característica seu automatismo. Destes, os corticalizáveis perdem este caráter automático e vão servir como os “moldes sobre os quais se estruturarão os processos da aprendizagem inicial e a atividade psicomotora primária” (p. 276). O reflexo tônico cervical assimétrico, por exemplo, dá ao bebê a possibilidade de iniciar a coordenação óculo-manual. As ações que compõem este e os outros reflexos, desencadeadas pelas ações da mãe, produzirão mudanças tanto na criança quanto na própria mãe. Os autores chamam esta relação circular de “retroalimentação, em que se modifica a integração da resposta do filho e o que significa a criança para sua mãe” (op. cit.:p.276). Neste sentido, a gestualidade reflexa da expressão de luta contra a asfixia poderá ser interpretada pela mãe como um gesto social indicando força, coragem, iniciativa, etc.

Por isso, as teorias apresentadas estão sempre circulando na possibilidade ou não da oferta de um espaço potencial pela mãe para seu bebê. Isso não significa que se desconsideram a existência de conceitos que marcam, por exemplo, a idade cronológica aproximada para a aquisição de uma postura (CORIAT, 2001) ou de um conhecimento (PIAGET, 1975). Porém, necessitam ser tomados para identificação não somente do que o bebê já adquiriu ou ainda não adquiriu, mas também para a

compreensão de até onde o bebê e seus familiares encontraram recursos pessoais para seu desenvolvimento.

Portanto, além dos recursos biológicos do bebê a partir do domínio das matrizes corporais, propostos por Bullinger (2006) propõe-se a avaliação dinâmica de tais recursos em funcionamento na interação com o outro, em especial aquele que exerce a função materna, geralmente em nossa experiência clínica a mãe biológica. Acredita-se que esse olhar permitirá observar uma semiótica corporal, e lançar hipóteses sobre as manifestações corporais do bebê, por um processo de interpretação de sua demanda pela mãe, o que permite uma articulação corpo linguagem (RAMOS, 2013) e a sustentação de um funcionamento psicomotor em que estejam harmônicas as dimensões psíquica e biológica.

Logo, a análise do desenvolvimento infantil por meio de instrumentos e de averiguações qualitativas pode facilitar e auxiliar tanto na avaliação quanto no planejamento e na progressão da intervenção precoce (WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008) ou com programas de acompanhamento (originado do inglês “*follow-up*”) destinados à família e à criança (FLORES et al., 2013). Esses programas devem ter profissionais com um olhar que inclua as relações familiares e os seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil, pois, quando a criança tem algum risco biológico, a situação fica complexa tanto pelos limites que ela encontrará para atender as demandas parentais quanto em função da possibilidade de o projeto parental ficar afetado pelo conhecimento de que o filho tem um limite biológico (LEVIN, 2009). A prematuridade, tema deste estudo, parece trazer esse duplo risco ao desenvolvimento psicomotor, que demanda o olhar sobre o laço bebê-família, e para eventuais predisposições biológicas do bebê que colocam o mesmo em risco psíquico/desenvolvimento, em que sintomas psicomotores podem emergir.

2.1.1.3 Fatores de risco ao desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida

Entre os fatores de risco ao desenvolvimento psicomotor há dois grandes grupos que podem ser identificados: os fatores de risco biológico e os fatores de risco ambiental. Na literatura encontra-se um grande número de trabalhos relacionados aos riscos biológicos e um número menor de trabalhos que investigam o risco ambiental, sobretudo do ponto de vista psíquico.

Há um consenso na literatura quanto a existirem influências de fatores biológicos e ambientais no desenvolvimento psicomotor infantil (PILZ, SCHERMANN, 2007; SACCANI, 2009; WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008) e também uma preocupação, dentre as pesquisas, em averiguar as influências dos fatores de risco nas interações entre a criança, a família e o seu contexto socioeconômico (HALPERN et al., 2002; WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008; ZAJONZ et al., 2008). O comprometimento do desenvolvimento psicomotor gerado pelos fatores de risco pode acarretar prejuízos que se estendem até a fase adulta (WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008).

A influência de fatores de risco ao desenvolvimento psicomotor infantil foi investigada por Saccani (2009) em 561 crianças, de 0 a 18 meses, com a aplicação da *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS). Destacaram-se, dentre os fatores de risco biológico, o baixo peso ao nascer, a prematuridade e o tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Já quanto aos fatores socioambientais, prevaleceram a escolaridade dos familiares, o grau de instrução paterno, a renda mensal familiar, o número de adultos e de crianças que vivem na casa, o tempo que a criança é carregada no colo e o número de brinquedos para motricidade fina e ampla dela.

A prematuridade tem sido citada como o risco biológico que mais exerce atrasos motores e cognitivos que impactam o desenvolvimento psicomotor (NASCIMENTO, CARVALHO, IWABE, 2012; RODRIGUES, BOLSONI-SILVA, 2011), principalmente no primeiro ano de vida, uma vez que pode vir associada a outros fatores de risco biológico como baixo peso, comprometimento neurológico, vulnerabilidade a doenças respiratórias, dentre outros (ARNAUD et al., 2007).

O termo prematuro é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Ele pode ser classificado em: prematuro tardio (34 a 36 semanas de idade gestacional), moderado (30 a 33 semanas) e extremo (inferior a 30 semanas). Quanto ao peso gestacional, são considerados de baixo peso, os recém-nascidos com peso menor ou igual a 2500 gramas, independentemente da idade gestacional. Eles são estratificados em três subgrupos, um constituído por bebês com peso ao nascimento menor ou igual a 1500 gramas (recém-nascido de muito baixo peso), o segundo que se refere a crianças com peso ao nascimento menor ou igual a 1000 gramas (recém-

nascido de muito muito baixo peso) e o terceiro composto por recém nascidos com peso inferior a 750 gramas (extremo) (LORENA, BRITO, 2009).

A incidência de um parto prematuro leva em consideração fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais (assistência pré-natal inadequada, pré-eclâmpsia, baixo nível socioeconômico, anemia e doenças maternas, gestação múltipla, complicações durante o parto, hemorragias, sofrimento fetal e infecções) (OLIVER, 2010).

O prematuro, por ter o seu desenvolvimento incompleto no período pré-natal, é mais suscetível a complicações e déficits físicos, neurológicos e cognitivos (ALMEIDA et al., 2013; RODRIGUES, BOLSONI-SILVA, 2011). As complicações neurológicas nos primeiros dois anos de vida podem estar relacionadas aos baixos escores nos testes de desenvolvimento, a cegueira, a surdez, a distonia transitória, as dificuldades alimentares, ao atraso no desenvolvimento da linguagem e, ao transtorno motor e psíquico (ALMEIDA et al., 2013).

A tecnologia no campo dos cuidados intensivos de saúde perinatal, no decorrer do século XX, reduziu notavelmente a taxa de mortalidade neonatal (MAGALHÃES et al., 2011) exigindo com isso, equipes preparadas para assistir essas crianças, Unidade de Terapia Neonatal (UTIN) com cuidados humanizados para esse grupo e sua família, ambulatórios de acompanhamento dos prematuros egressos da UTIN e também estudos prospectivos das repercussões da prematuridade em idade pré-escolar, escolar e adulta.

A OMS (2010) refere que anualmente nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo. Segundo esse relatório, o Brasil aparece na 10ª posição em números absolutos, com 279,3 mil partos prematuros por ano, e uma taxa de 9,2% de nascimentos prematuros. Conforme o Ministério da Saúde (2009), em 10 anos o Brasil teve um aumento de 27% no número de nascimentos prematuros, sendo que os casos de prematuridade extrema ainda são pouco vistos. Este incremento populacional de prematuros foi observado em um estudo realizado por Silva et al. (2009) no Sul do país.

Magalhães et al. (2011) avaliaram 177 crianças prematuras, nas quais o teste de Denver II foi aplicado, com a idade corrigida, no 4ª, 8ª, 12ª, 18ª e 24ª mês de vida. Foram excluídas crianças com diagnóstico ou sinais de alterações neurológicas, genéticas, metabólicas, sinais de transtorno invasivo ou deficiência mental. O teste Denver II mostrou que, após o primeiro ano de vida, houve pior

desempenho do grupo pré-termo em relação ao grupo normativo, principalmente no setor motor grosso aos 12 meses e na área da linguagem aos 24 meses.

Gonçalves (2014) acompanhou 54 crianças prematuras de janeiro de 2004 a janeiro de 2011, do seguimento de prematuros participantes do Método Canguru, até a idade pré-escolar. Essas crianças foram submetidas ao teste Denver II com um ano e na idade pré-escolar (5 anos). Com um ano de idade corrigida se averiguou um risco no desenvolvimento motor grosso de 31%, na linguagem 7%, psicossocial 6% e motor adaptativo 2%. Já na idade pré-escolar foi observada uma redução significativa no desempenho do desenvolvimento para 4% em linguagem, 3% em motor grosso e 0% psicossocial e motor adaptativo. A autora destaca a importância de ambulatorios de seguimento de prematuros para o acompanhamento dessas crianças e da assistência de uma equipe multidisciplinar.

Pesquisas têm revelado que as diferenças no desenvolvimento psicomotor de crianças pré-termo e a termo são observadas não só no que se refere aos componentes neuropsicomotores estruturais, mas também na qualidade da função motora (MANCINI et al., 2002). Goyen et al. (2011) analisaram aspectos sensório-motores como coordenação visuo-motora, percepção visual, percepção tátil, cinestesia e práxis. Identificaram problemas perceptivos e práxicos nas crianças prematuras com problemas na coordenação motora, demonstrando que há necessidade de uma avaliação mais precisa da psicomotricidade. Em concordância, outro estudo observou em crianças nascidas abaixo de 32 semanas e peso abaixo de 1500g, um risco aumentado para problemas no desenvolvimento psicomotor e cognitivo, principalmente nas áreas de coordenação motora, controle motor fino das mãos, sensação tátil/cinestésica e percepção visuo-espacial, quando comparadas ao grupo a termo (LARROQUE et al., 2008).

Lopes et al. (2008) avaliaram o comportamento exploratório em situação do brincar de 20 bebês nascidos pré-termo com muito baixo peso, aos dez meses de idade cronológica corrigida, comparando dois grupos de neonatos diferenciados quanto ao risco para problemas de desenvolvimento. A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o desempenho no teste de Denver II, sendo 8 bebês com risco de atraso no desenvolvimento e 12 bebês com desenvolvimento normal. Foi realizada a observação sistemática da latência de resposta (tempo em segundos que o bebê pega o brinquedo) e dos comportamentos exploratórios dos bebês (direção do olhar, sorriso, vocalização, posição, locomoção e manipulação de

brinquedos) diante de brinquedos padronizados. Os resultados mostraram semelhanças entre os grupos quanto ao tempo de latência de resposta para explorar os brinquedos, a direção do olhar e a vocalização. No entanto, os bebês com desenvolvimento normal olharam significativamente mais para a observadora, sorriram mais e permaneceram mais estáveis na posição sentada do que os bebês em risco de atraso no desenvolvimento, o que facilitou a exploração dos brinquedos.

Ressalta-se, porém, que nesse estudo o brincar partia de um pressuposto sem interação com o outro, no qual eram expostos três brinquedos para a criança e ela deveria reagir pegando o objeto. Esses foram colocados enfileirados na frente da criança, sendo que, a terapeuta mudava a posição dos brinquedos para que a criança pegasse um de cada vez, filmando-se com isso três interações. Todavia, salienta-se a importância de se observar o brincar, não medido pelo tempo ou sem a interação com o outro, mas sim medido pela sua qualidade que pode ser representativa em uma análise de interação da díade mãe-bebê, partindo-se de um brincar contextualizado, no qual o objeto de estudo será o gesto, o ato motor, o desejo manifestado por meio da ação endereçada ao outro, ou não, nos casos de risco psíquico.

O desejo de investigação do efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamental e no desempenho da criança em idade escolar foi relatado por Moreira et al. (2014) em uma revisão sistemática. Dentre os 33 artigos incluídos na revisão, a grande maioria possuía prematuros de idade gestacional menor que 32 semanas. Os resultados indicaram que as investigações comportamentais foram a partir de avaliações amplas que utilizaram instrumentos para identificar depressão, ansiedade, agressividade, impulsividade, temperamento infantil, saúde mental, habilidades sociais e transtornos psiquiátricos. Já os componentes motores foram amplamente investigados através de testes e escalas e de um grupo controle, destacando-se os estudos de habilidades sensório-motoras tais como a integração visuomotora. E o desempenho de crianças prematuras em âmbito escolar tem sido averiguado ultimamente, como uma forma de acompanhar a evolução dessas crianças, uma vez que pode haver déficit de motricidade fina e de atenção que interferem no desempenho e no aprendizado infantil. Custódio et al. (2012) fizeram uma revisão da produção científica Brasileira a respeito do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo avaliadas através do teste Denver II e averiguaram que os 8 artigos selecionados para a análise identificaram

associação entre as variáveis neonatais, as ambientais e o desempenho no teste Denver II.

Samara et al. (2008) trouxeram à tona a questão sobre o futuro de bebês nascidos prematuramente e a questão da relação entre pais-criança-doença. Eles observaram nos prematuros extremos (sem sequelas neurológicas) uma prevalência de déficits de atenção de 33,3% contra 6,8% nos não prematuros; problemas de socialização de 25,4% contra 5,4; e da regulação emocional de 13,5 contra 4,1. Na conclusão desse estudo, os autores reforçaram o impacto da prematuridade nos pais, como alterações emocionais (medo, ansiedade, dentre outros) e a importância de estarmos atentos a essas modificações comportamentais. Na pesquisa de McCoy et al. (2014) a prevalência de autismo foi três vezes maior em crianças nascidas antes de 27 semanas, em comparação com crianças nascidas a termo, sendo que a cada semana de gestação mais curta foi associada com um risco aumentado de autismo, assim como também em bebês com menos de 34 semanas expostos a alta frequência de ventilação mecânica e com hemorragia intracraniana.

Vanier (2013) relata que recentemente uma investigação publicada na revista americana *Pediatrics*, realizada pelos pesquisadores da Universidade da Pensilvânia com 862 crianças nascidas entre setembro de 1984 e junho de 1987, em New Jersey, com peso no nascimento variando entre 500 gramas e dois quilos, mostrou que as crianças prematuras têm um risco de autismo multiplicado por cinco. Dentre o grupo analisado, 5% dessas crianças, acompanhadas até a idade de 21 anos, sofriam de autismo, contra 1% na população geral. A autora também faz um relato do bebê prematuro que foi reanimado e se mantém ligado a aparelhos; ela coloca que os orifícios são direcionados para outros fins, uma vez que a boca não emite som nem come, pois há um tubo que a permite respirar, no nariz há uma sonda de alimento que entra continuamente sem que haja o desejo de comer, a máquina de ventilação mecânica, embora seja o objeto de extrema importância ao bebê, não lhe proporciona gozo nem circuito pulsional - “a máquina fornece tudo, mas não responde nada” (p. 55). Ela demonstra, assim, a desapropriação do corpo do bebê, que permanece passivo ao instrumental e com poucas significâncias do seu fazer funcional.

Laznik (2013) faz um relato do trauma de uma criança nascida prematura que permaneceu internada sob cuidados na UTIN e que revivia o trauma toda vez que tinha de ser submetida a fisioterapia respiratória, que necessitou ser mantida após a

alta hospitalar. O fisioterapeuta durante a sessão realizava as técnicas de higiene brônquica o mais rápido possível em função do choro da criança o que acabava por lhe fazer reviver o trauma já que não havia a percepção do profissional do que poderia significar essa relutância da criança a tais sessões. O procedimento de aspirar a cavidade nasal e oral da criança era sentido por ela como invasivo porque não era anunciado antes. Por isso, ela via o profissional como alguém ruim, assim como seus pais, que a deixavam com esse “torturador” (p.48). Esse fato foi compreendido e minimizado quando a psicanalista pode entender o significado desse momento enquanto atualizador do trauma vivido no período neonatal, pois a criança chorava diante de qualquer profissional vestindo branco.

A partir do momento em que pôde compreender que aqueles procedimentos eram necessários a sua sobrevivência pode lidar de outro modo com as intervenções feitas por profissionais de saúde. Logo, os profissionais que assistem crianças (ou adultos ou idosos), hospitalizadas ou não, devem ter plena consciência da repercussão de seus atos na psique do paciente e da importância de uma atenção humanizada que leve em conta os aspectos psíquicos. Para tanto, a necessidade da interdisciplinar e da postura de escuta diante de cada caso.

Mesmo que prematuridade seja a principal causa de morbidade (distúrbios respiratórios, complicações infecciosas e neurológicas) e mortalidade (75% das mortes neonatais) (NASCIMENTO, CARVALHO, IWABE, 2012; RODRIGUES, BOLZONI-SILVA, 2011;), a associação dos fatores de risco à ela tem-se mostrado mais importante para os distúrbios do desenvolvimento do que a ocorrência da prematuridade isoladamente (OLIVER, 2010).

Quanto aos fatores ambientais, a evidência de que o nível socioeconômico influencia no desenvolvimento infantil é retratada em um estudo analisando a interação entre nascimento pré-termo e nível socioeconômico sobre o desenvolvimento em termos de independência. Nesse estudo, verificou-se que crianças com nível socioeconômico maior, independentemente de serem prematuras ou não, apresentaram maiores escores por uma maior qualidade da maternagem (MANCINI et al., 2002). Porém, cabe ressaltar que, mesmo em uma família com baixa renda familiar (fator de risco), pode ser possível um ambiente estimulador e com práticas participativas e de interação (OLIVEIRA, 1998). Tais atos são capazes de reduzir os riscos biológicos e psíquicos e facilitar a superação de dificuldades apresentadas pela criança em fases precoces da vida (RUGOLO, 2005).

Outro fator ambiental importante é a escolaridade dos pais. A influência do grau de instrução dos pais é diretamente relacionada ao desempenho psicomotor infantil (SANTOS, TOLOCKA, CARVALHO, 2009). Para Saccani (2009), a formação mais elevada dos pais reflete em cuidados adequados com a criança, uma vez que se aumenta o acesso às informações vinculadas aos serviços de educação e saúde, com melhor compreensão a respeito. A autora observou em seu estudo que os filhos de pais com maior escolaridade, receberam maior número de oportunidades a diversas práticas motoras além de maior exposição a brinquedos adequados para a sua idade e, com isso, obtiveram melhor desempenho motor.

Os sentimentos maternos, também fator de influência ambiental, geram um clima emocional que confere a criança uma variedade de experiências vitais muito importantes por estarem guiadas pelo afeto materno. Tais experiências são essenciais na infância porque, nesse período, os afetos possuem relevância maior do que em qualquer outro período da vida, visto que, do ponto de vista psicológico, grande parte dos aspectos instrumentais, tais como a percepção auditiva, a percepção visual e a psicomotricidade, ainda não estão prontos ao nascimento, pois necessitam da interação ambiental para que se desenvolvam. Mesmo que haja uma parte geneticamente determinada no desenvolvimento infantil, não se pode esquecer, nas intervenções precoces, que a atitude emocional da mãe ou sua substituta serve para orientar os afetos da criança e garantir qualidade à sua experiência (BOING, CREPALDI, 2004).

Silva et al. (2006) verificaram a influência de práticas maternas, através do cuidado diário de lactentes saudáveis, no desenvolvimento motor infantil. Selecionaram 14 lactentes, nascidos a termo e saudáveis, avaliados longitudinalmente no 6º, 9º e 12º mês de vida, utilizando-se a *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. Em cada avaliação a mãe respondeu a um questionário fechado sobre práticas, predominantemente adotadas no cuidado diário do lactente, durante os períodos de vigília. Considerou-se neste estudo a postura predominantemente adotada pelo lactente, local preferencial de permanência e a forma de carregar o lactente no colo. De acordo com os resultados encontrados, a forma de carregar o lactente no 6º, 9º e 12º mês de vida não influenciou o desempenho motor do grupo estudado, porém as práticas que estimularam a adoção da postura de quatro apoios e a utilização do chão como local de permanência influenciaram positivamente o desenvolvimento motor de lactentes saudáveis a partir do 6º mês de vida.

Nesse sentido, tem-se a contribuição de pesquisas relatando que crianças que dispunham de menor tempo diário com a mãe apresentaram uma frequência maior de déficit no equilíbrio estático quando comparadas àquelas que permaneciam mais tempo com a mãe. Esse resultado sugere que a presença materna pode agir como um fator de proteção para aquisição dessa habilidade motora (AMORIN et al., 2009).

Os prejuízos ocasionados por falhas na relação mãe-criança poderão manifestar-se por distúrbios da fala e da linguagem, da psicomotricidade, e, como exemplo, as crianças podem apresentar fixação em fases anteriores do desenvolvimento (manutenção da chupeta, fralda, mamadeira e da dependência materna), alterações na esfera alimentar e esfinteriana, bem como distúrbios do sono e de conduta (ANZIEU, 1989).

Os distúrbios de carência afetiva estão vinculados à qualidade da relação que sofre influência da personalidade da mãe, que pode atuar como agente desencadeante, seja por não suprir a carga libidinal necessária, por carência ou excesso de estímulo, excitação, descontinuidade de conduta, oscilações cíclicas de humor ou ainda por incoerências qualitativas e quantitativas do seu investimento ocasionando um disfuncionamento da interação (MORIZOT, 1999). Essas falhas interacionais podem-se manifestar em estilos maternos, como intrusividade ou apatia (CRESTANI et al., 2012).

Recentemente, dois estudos com orientação psicanalítica na realidade de Santa Maria averiguaram que estados emocionais maternos como a ansiedade e a depressão se associaram com a presença de risco ao desenvolvimento de crianças de 0 a 4 meses (BELTRAME, 2011; PRETTO-CARLESSO, 2011). Em outro estudo, Crestani et al. (2012) averiguaram, em estudo de casos, que mães em estados depressivos e ansiosos apresentam dificuldades na interação com seus filhos, o que pode trazer risco ao desenvolvimento, que podem-se somar a limitações biológicas dos filhos. Enquanto a mãe ansiosa ocupava excessivamente o lugar enunciativo do filho, falando por ele e apresentando dificuldade em se concentrar nas demandas do filho, a mãe em estado depressivo foi menos participativa no diálogo e no brincar. Flores et al. (2013), em estudo quantitativo sobre o mesmo tema, demonstram que a associação dos estados de humor materno (depressivo e/ou ansioso) se correlacionam estatisticamente com presença de risco ao desenvolvimento e ressaltam a importância da inserção de políticas públicas com a finalidade da

promoção de atendimentos, quando necessário, para a díade, uma vez que evidenciaram, em sua pesquisa, significativa associação entre ansiedade e depressão maternas na amostra estudada.

No entanto, vale lembrar que o intercâmbio da díade deve ser bilateral, pois a mãe entra em comunicação com seu filho, que deve responder por de seus recursos, emitindo mensagens verbais e não verbais, por meio de gestos corporais, vocalizações, sorrisos, do próprio ato de chorar, dormir e mamar. É um autêntico diálogo, uma parceria que vai influenciar e orientar, antecipando a condição materna (MORIZOTI, 1999). Os Indicadores clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) analisam essa relação da díade e verificam a possibilidade de risco psíquico infantil. Elaborados entre 2000 e 2008, esses indicadores já foram avaliados em pesquisa multicêntrica nacional (KUPFER et al., 2010) e na realidade de Santa Maria (BELTRAMI, 2011; CRESTANI et al., 2012; CRESTANI et al., 2015; FLORES et al., 2013; PRETTO-CARLESSO, 2011; VENDRUSCULO et al., 2012). As pesquisas de Santa Maria abordaram aspectos mais focados no fazer fonoaudiológico e psicológico, ou seja, nas condições relacionais entre mãe-bebê-pai, no desenvolvimento de linguagem, mas nenhum dos estudos abordou o desenvolvimento psicomotor.

O tema desta tese é relevante porque estudos indicam que, embora o desenvolvimento psicomotor possa ser afetado por fatores de risco biológico (como a prematuridade) e ambientais (familiar e socioeconômico), há um consenso entre os pesquisadores de que o efeito cumulativo de risco é mais importante na determinação de problemas emocionais e psicomotores da criança do que a presença de um estressor único (SACCANI, 2009; WILLRICH, AZEVEDO, FERNANDES, 2008;). Acredita-se que o foco psíquico adotado nesta pesquisa é inovador, considerando-se a possibilidade de uma pesquisa quantitativa. Por isso, apresenta-se uma breve revisão do desenvolvimento psíquico e formas de detecção precoce de risco.

2.1.2 Detecção precoce de risco psíquico/desenvolvimento e sua interface com o desenvolvimento psicomotor

A estruturação psíquica infantil está relacionada com a estrutura familiar da criança e ao seu lugar dentro da família, traçado pela presença de um projeto

simbólico para o bebê, que lhe confere um lugar singular no mundo. (JERUSALINSKY, CORIAT, s/d). Sob essa óptica, quando se avalia o desenvolvimento infantil, ao longo do primeiro ano de vida, torna-se fundamental analisar a relação entre as possibilidades da criança com o ambiente, em especial as figuras que desempenham as funções parentais (FLORES et al., 2013).

Winnicott (2006) afirma que uma criança não existe sem a sua mãe. Nesse contexto, fala-se, na psicologia, em mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1978) e *holding* (suporte físico e psíquico dependente do estado emocional materno), que se dá pela comunicação através do “manhês”, que inclui mãe e filho em um processo de protoconversa e também da sustentação corporal, aspectos visualizáveis em tarefas corriqueiras do cuidado materno diário ao bebê. Conceitos como a relação entre filho real e imaginado (produto das fantasias dos pais, construído durante a gestação) e fantasmático (relacionado às fantasias inconscientes que estão presentes na mãe desde a infância) (LAZNIK, 2013) são conceitos importantes para se pensar no risco que emerge quando a mãe se vê diante de um bebê prematuro, com risco evidente não só de vir a ter um problema no desenvolvimento, mas com risco de vir a óbito. Isso pode gerar dificuldades de apego seguro, ou seja, na construção do vínculo afetivo, em que se necessita a presença do Outro encarnado (a mãe) próximo fisicamente do seu bebê (MIEIRO, 2003).

Esses são apenas alguns conceitos que permitem refletir sobre o quão importante é o papel maternal na constituição psíquica da criança. Quem exerce essa função, em geral, a mãe biológica, manifesta seu desejo pelo filho por meio do olhar, do toque, do gesto, da carícia e da mímica, atuando além dos cuidados básicos de alimentação e higiene (MORIZOT, 1999). Conforme Levin (2009), o corpo infantil será conformado por demarcações, histórias, desejos, mitos e representações que se relacionam indefectivelmente com o discurso que lhes dá origem. Por seu corpo, segundo o autor, a criança se manifesta, por meio de variações tônico-motoras, do movimento, dos gestos e do esquema corporal e que, para ter significado, precisa ser olhado, lido, escutado e registrado simbolicamente.

Considerando os estudos de Kupfer e colaboradores, destaca-se o estudo de Kupfer e Bernardino (2009), que de 280 crianças avaliadas aos três anos, demonstrou uma relação entre alteração da imagem corporal e dificuldade de separação da figura materna. Entre os sintomas psicomotores encontrou a agitação motora e vínculos corporais estreitos com as mães, o que engendra uma discussão

crítica da noção atual de hiperatividade e do processo de medicalização das crianças. Portanto, nesse estudo há clara evidência de que bebês em risco psíquico, no caso de natureza não autística, podem ter comportamentos motores hiperativos.

Levin (2009) destaca, a partir de suas observações clínicas como psicomotricista que a hipoatividade também pode ser uma resposta psicomotora da criança em risco psíquico.

Para Muratori (2014) o estudo da antecipação e imitação de gestos pode ser outro caminho promissor para analisar o desenvolvimento psicomotor de bebês com risco psíquico, uma vez que, segundo o autor, a imitação fornece à criança a oportunidade de confrontar os próprios ritmos e as próprias ações com as do outro. Uma vez que a imitação precoce pressupõe uma atenção focal sobre uma ação feita pelo outro e uma repetição da ação observada; depois desta repetição, segue outra ação do adulto, levemente modificada, criando assim um círculo vicioso que instala as bases para o desenvolvimento dos comportamentos de antecipação das ações intencionais do outro (LACOBONI, DAPRETTO, 2006). Esses dados foram avaliados porque o bebê tende a reproduzir movimentos fluídos das mãos e dos braços, coordenados de modo rítmico e simétrico em sintonia com a linguagem materna. Este processo de acoplamento de ações motoras e comunicativas representa um dos primeiros mecanismos de coordenação intersubjetiva que tem provavelmente sua base no funcionamento dos neurônios-espelho (DAPRETTO, 2006).

Já considerando os estudos a partir de filmes familiares de bebês que se tornaram autistas, diagnosticados após três anos de idade, uma série de achados demonstraram alterações motoras importantes, destacando-se a assimetria corporal em diversas posições (sentado, deitado e andando) como característica diferencial importante de bebês que se tornaram autistas, quando comparados a bebês em desenvolvimento típico ou com atraso (ESPOSITO, VENUTI, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012). Os autores resumem uma série de sinais motores precoces em bebês que se tornaram autistas após três anos.

Alguns desses sinais também são ressaltados por Bullinger (2006), sugerindo que dificuldades na interação sócio comunicativa do bebê com outro podem ter relação com tais dificuldades motoras iniciais. Bullinger (op.cit) afirma a importância do desenvolvimento de matrizes corporais que permitem ao bebê progressivamente entrar em relação com o ambiente e fazer a construção cognitiva do seu corpo em ação com os objetos e na interação com o outro.

Além da leitura do corpo da criança, o contato corporal na díade mãe-bebê, nessa fase inicial, atua como fator essencial para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, assim como os cuidados físicos (amamentar, carregar, abraçar, banhar e ninar) que geram estímulos involuntários, fundamentais à maturação motora e às experiências de prazer/desprazer (MORIZOT, 1999). Experiências como explorar o ambiente, manipular objetos, interagir com outros e fantasiar brincadeiras devem ser oferecidas à criança como forma de engrandecer seu repertório psicomotor e socializá-la, além de imprimir, em seu corpo, diferentes histórias e sensações (LEVIN, 2009).

Não menos importante, a função paterna atua na constituição psíquica do bebê. A figura do pai possibilita que o bebê perceba que ele existe em separado da mãe, ou seja, tem efeito de alterização. Isso gera a percepção de que não são unos, mas, sim, independentes e, para tal, possuem necessidades diferentes que devem ser supridas por meio de buscas individuais (LAZNIK, 2004). O brincar evidencia que essa separação da criança em relação à mãe está sendo construída e gera, como efeito, a necessidade cognitiva de constituir a permanência do objeto, como bem evidencia Piaget (1978) de um ponto de vista cognitivo e Winnicott (2000) de um ponto de vista psicoafetivo, ao falar em objeto transicional.

Ressalta-se, na estrutura psíquica, a inclusão das contribuições contextuais/ambientais que podem favorecer ou dificultar a relação mãe/bebê. Essas questões preocupam na medida em que as condições psicológicas e físicas da mãe, no período pré e pós-parto, constituem um fator crítico, pois as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente da relação mãe-bebê (FONSECA, SILVA, OTTA, 2010). Logo, relações inadequadas ou insatisfatórias podem ocasionar transtornos posteriores, como na comunicação e na psicomotricidade infantil, promovendo um repensar da abordagem profilática e terapêutica de crianças (MORIZOT, 1999).

Segundo Wanderly, Weise e Brant (2008) a avaliação do desenvolvimento infantil, ao longo dos últimos anos, no Brasil, tem sido realizada por escalas de desenvolvimento, em sua maior parte descritivas, classificatórias e métricas, que, embora forneçam referenciais normativos do desenvolvimento não incluem variáveis articuladas com a constituição da subjetividade, pois avaliam comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si e não analisam a relação do adulto ou cuidador no processo de avaliação. Assim, do ponto de vista das autoras, os testes

psicométricos não avaliam o conjunto dos aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento, focando apenas em um ou outro aspecto. Não permitem formular uma hipótese de funcionamento do bebê-familiar para se pensar a intervenção. Dessa constatação surgiu a necessidade de estabelecer instrumentos de avaliação que abarquem a interface entre funções e habilidades de acordo com um lugar a partir do qual a criança dá sentido ao mundo, e não apenas verificar comportamentos resultantes de habilidades geneticamente programadas (WANDERLEY, WEISE, BRANT, 2008). Cabe ressaltar, no entanto, que esse alerta das autoras não significa dizer que não é importante verificar as habilidades genéticas, mas que elas por si só não determinam o desenvolvimento de um bebê. Um bom terapeuta em intervenção precoce deve estar atento a interação genética – ambiente, compreendendo que essa é uma relação dialética não de causa-efeito apenas.

Com o intuito de detectar elementos indicativos de sofrimento psíquico precoce foram criados, recentemente, os Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER, 2008). Tais indicadores são baseados na interação da criança com aqueles que exercem as funções parentais (em geral, mãe e pai), e servirão como referências nesta pesquisa.

Para Kupfer e Bernardino (2009) o inconsciente do sujeito é construído com base na história de um povo, de uma família, do desejo dos pais, mas também partindo dos encontros e acasos que incidem na trajetória singular da criança.

Kupfer et al. (2010) consideram os problemas de desenvolvimento como sendo de dois tipos: os que afetam o desenvolvimento sem impedir a constituição subjetiva (hiperatividade, problemas com regras e leis, enurese, fobias, etc); e os problemas na constituição do sujeito, que entram o processo de estruturação subjetiva, indicando sintomas mais estruturais, e que causam risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância (autismo, psicoses, mutismo eletivo, etc.).

Com base nessas observações do desenvolvimento infantil, Kupfer (2008) relata uma pesquisa multicêntrica que propôs e investigou a previsibilidade de indicadores de risco ao desenvolvimento infantil. Para a autora, existem quatro eixos que balizam a constituição da subjetividade, sendo que a ausência destes aponta para problemas na estruturação dessa subjetividade o que poderá trazer problemas de linguagem durante seu desenvolvimento. Em relação à especificidade de cada

eixo a autora propõe:

– Suposição de um Sujeito (SS): antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra realmente constituído. Isso causará grande prazer ao bebê, pois tal antecipação vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe por meio do mamanhês (LAZNIK, 2004).

– Estabelecimento da Demanda (ED): compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer (choro, agitação motora, sucção da própria língua) que precisam ser interpretadas pela mãe como um pedido que a criança dirige à ela.

– Alternância Presença/Ausência (PA): refere-se às ações mínimas nas quais a presença materna vai se tornando símbolo da satisfação substituindo a presença do objeto real. A descontinuidade da satisfação tanto quanto a descontinuidade da presença materna são fundamentais para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito na linguagem.

– Função Paterna (FP): trata-se do registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe, embora essa ordem possa ser transmitida por ela. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem a negativa.

Segundo Jerusalinsky (2008, p.118) essas operações são formadoras de uma matriz que recebe o nome de fantasma fundamental. Ainda afirma que para Freud seriam as identificações primárias, para Melaine Klein as relações objetais e para Winnicott as formas iniciais de um espaço transicional. O autor ainda explica que essa matriz se compõe de três estruturas inconscientes: sexuação, filiação e identificações (p.119), que “regulam, organizam e determinam as relações do sujeito com os outros, com os objetos, e com seu próprio pensamento”. Elas comandam a disposição dos desejos que buscam realizar ideais, colocando ao sujeito enigmas e problemas, a partir do fantasma fundamental, estão além de sua capacidade de solução. Isso leva o sujeito a construir soluções de compromisso que segundo Freud seriam o sintoma psíquico, o que Lacan vai diferenciar em duas ordens: os sintomas de estrutura (*sinthome*), comum na estrutura neurótica, e os sintomas clínicos (*symptôme*), entre os quais poderão estar as alterações que obstaculizem o desenvolvimento (déficits instrumentais do desenvolvimento resultantes de questões

emocionais) e aqueles que constituam evidência de psicopatologia grave.

Neste mesmo texto, o autor afirma que entre os sintomas clínicos comuns estão presentes na observação do brincar, do estatuto da fantasia, das formações da lei, da posição do sujeito na linguagem e da **imagem inconsciente do corpo**. Este aspecto é de especial relevância a este trabalho e será acessado, ao menos parcialmente, já que o acesso ao fantasma materno é inviável em estudo quantitativo, no qual não se dá a transferência, na relação corporal do bebê com a mãe a partir da análise dos vídeos pelos juízes. Jerusalinsky (2008) ainda ressalta que os indicadores não foram pensados para detectar apenas os casos mais graves em que todos esses aspectos avaliados com a Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3) evidenciem a estruturação de uma psicopatologia grave, e que a ótica psicanalítica não permite estabelecer signos patognomônicos de uma determinada afecção psíquica. Por isso, a escolha pelo termo índices.

Especificamente em relação à imagem corporal o autor afirma que:

A articulação entre o desejo, a demanda e os esquemas motores, habilita à criança a coordenação e direcionamento de sua atividade corporal em concordância com a sua finalidade. A discrepância na atividade, no movimento, na diferenciação estético-sexual, nas expressões de auto-reconhecimento e no caráter massivo da demanda de reconhecimento por meio da captura incessante do olhar do outro, a manifestação de inibições, são todos demonstrativos da presença de sintomas clínicos (Jerusalinsky, 2008, p.128).

O objetivo principal da pesquisa IRDI, para Kupfer (2008) foi o de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento, em especial a detecção precoce do risco psíquico. A pesquisa demonstrou que os indicadores se apresentaram preditivos de risco ao desenvolvimento, e alguns de modo isolado como mais preditivos de risco psíquico, estes em negrito na tabela 1.

Cabe ressaltar que os indicadores com risco psíquico indicam que poderá haver a estruturação de uma psicopatologia grave da infância (autismo, psicose, etc), enquanto os demais índices podem sugerir obstáculos ao desenvolvimento, de ordem emocional, mas que não impedem uma estruturação neurótica, o que, em termos psicanalíticos, é considerando um desenvolvimento muito distinto da psicopatologia grave. Originalmente 31 indicadores compuseram esse quadro mais amplo de risco ao desenvolvimento/psíquico. Com base nos resultados da pesquisa, Kupfer (2008) propôs 18 indicadores de risco como os mais importantes para avaliar

o risco ao psiquismo, conforme se sintetiza na tabela 1. Esses foram os utilizados na pesquisa desta tese. Os indicadores em negrito são os que em conjunto na fase 1 ou em separado tiveram maior poder preditivo de risco psíquico.

Tabela 1 - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

Idade em meses:	Indicadores
0 a 4 meses incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou a outra pessoa está se dirigindo a ela. 8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
8 a 12 meses Incompletos:	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a atenção. 10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 13. A criança faz gracinhas. 14. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.
De 12 a 18 Meses	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Na lógica da intervenção precoce, acredita-se que esses indicadores possam ser utilizados na atenção materno-infantil, sobretudo em serviços de saúde pública, pelos profissionais de puericultura (pediatra, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros), como indicativos da necessidade (ou não) de uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico ou mesmo instrumental, pois, para a psicanálise aquilo que produz um efeito num bebê pode não produzir em outro, já que em psicanálise não se trabalha com uma lógica de causa-efeito.

A partir dos sintomas clínicos e da avaliação qualitativa realizada para cada criança aos 3 anos (avaliação psicanalítica dos três anos - AP3), foi feita a anotação daquilo que constituiu propriamente o desfecho clínico da pesquisa: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou presença ou

ausência de risco para a constituição do sujeito. Após análise preliminar estatística, verificou-se que os indicadores em seu conjunto possuíam uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que apenas a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER, BERNARDINO, 2009).

Alguns indicadores, como já mencionado, foram mais importantes na predição do risco psíquico: a ausência dos cinco índices da primeira fase, e dos índices 6, 12, 14 e 18, estes isoladamente, foram capazes de prever risco psíquico.

Havendo sintomas clínicos constatados, é possível afirmar que a criança está apresentando dificuldades de desenvolvimento, e poderá atravessar dificuldades de ordem psíquica, de pequena monta ou mesmo mais intensas (KUPFER, BERNARDINO, 2009). As autoras ressaltam também, no estudo de casos de risco psíquico, que os sintomas de hiperatividade e instabilidade psicomotoras se associaram frequentemente com dificuldade de operar a função paterna.

Estudos com um grupo de bebês na realidade de Santa Maria, demonstraram que havia associação estatística entre estados maternos, depressão (CARLESSO, 2011) e ansiedade (BELTRAME, 2011), dificuldades na transição alimentar (VENDRÚSCULO et al., 2011) e produção inicial de fala menos extensa com presença de risco ao desenvolvimento infantil (CRESTANI, 2012; FLORES et al., 2011). No entanto, os estudos do grupo perderam muitos casos de estudo ao final da pesquisa de coorte, o que resultou na impossibilidade, por exemplo, de uma comparação mais profunda das condições de desenvolvimento de crianças nascidas a termo e pré-termo. Considera-se que tal ponto precisa ser melhor investigado e, por isso, a proposição desta tese.

Além do IRDI, os sinais PREAUT se constituem em outra forma de detecção precoce de risco psíquico, que possui por base o conceito de pulsão circuito pulsional, em seus três tempos (LAZNIK, 2004). Ele abrange a pulsão invocante relativa ao manhês (o desejo de se fazer escutar), a pulsão escópica relativa ao desejo de se fazer olhar e a pulsão relacionada ao desejo de se oferecer para o outro. Esses registros podem ser observados precocemente na relação do bebê com aqueles que fazem a função parental, de modo muito simples em uma consulta pediátrica.

Com esse conceito, um grupo de psicanalistas e especialistas em bebês propuseram uma pesquisa na França (ASSOCIAÇÃO PRÉAUT, 2012) a partir da proposição de dois sinais clínicos baseados no conceito de circuito pulsional.

Segundo os profissionais, é possível detectar, já nos primeiros 3 meses de vida, sinais de sofrimento psíquico precoce que emergem na comunicação e interações iniciais entre o bebê e seus pais. As perturbações presentes nas interações podem ser graves a ponto de se encaminharem para uma evolução de tipo autista (CULLERE-CRESPIN, 2007).

A hipótese da pesquisa PREAUT é de que as relações estabelecidas entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais antecedem e ancoram a emergência de marcadores cognitivos utilizados para detectar risco para autismo no final do primeiro ano de vida (CRESPIN, PARLATO-OLIVEIRA, 2015) como a possibilidade de apontar de modo protodeclarativo, a atenção conjunta, e jogo de faz-de-conta (BARON-COHEN et al, 2000).

Os sinais PREAUT foram construídos a partir da observação de vídeos familiares de bebês que se tornaram autistas e que demonstraram não conseguir o fechamento do terceiro tempo do circuito pulsional (LAZNIK, 2004), momento em que se espera que o bebê se faça olhar, comer, ouvir por aquele que exerce a função materna. Alguns estudos internacionais já apresentaram os primeiros resultados de especificidade e sensibilidade dos sinais PREAUT para a detecção precoce de risco de evolução para autismo em crianças com síndrome de West, como o estudo de Lisa Ouss et al. (2014) ou ainda análises dos mesmos vídeos que demonstram que os bebês que se tornaram autistas possuíam dificuldades de apresentar comportamentos intersubjetivos como o estudo de Saint-Georges et al. (2011), quando comparados com bebês em desenvolvimento típico e com déficit intelectual.

Essa proposta, que já avaliou mais de 14.000 crianças na França, teve seu início na realidade brasileira em 2010, por meio da proposta de uma pesquisa multicêntrica. Tal pesquisa não possui mais como objetivo validar os sinais PREAUT, mas estudar como se comportam clinicamente. Em Santa Maria, o foco direcionou-se aos bebês prematuros, pelo hospital universitário contar com um seguimento dos mesmos tanto no setor de pediatria, quanto no setor de audiologia pediátrica. Hipotetiza-se, a exemplo do que foi visto na pesquisa IRDI, que nesta realidade, há uma correlação entre os níveis intermediários de pontuação nos sinais PREAUT e o desenvolvimento posterior das crianças (mesmo que não haja risco mais acentuado de estruturação autista). Tal hipótese já tem sido aventada em relatórios atuais da pesquisa PREAUT na França, ou seja, os sinais PREAUT não seriam apenas

específicos ao autismo, mas que eles poderiam detectar outros riscos à interação adulto-bebê, e também ao desenvolvimento do bebê (CRESPIN, PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Os sinais PREAUT incluem a atribuição de uma pontuação a cada sinal que resulta em pontuações. Quando a pontuação obtida pela criança está entre 0 e 5 isso indica alto risco para autismo. Na pesquisa francesa os estados iguais ou acima de 5 foram considerados como não sendo de risco para autismo. Na análise de Mota (2016) a pontuação entre 5 e 15 apresentou a ausência de mais de dois indicadores no protocolo IRDI, o que sugere que o protocolo PREAUT entre 5 e 15 pode captar risco psíquico de natureza não autística, e que ausência de risco psíquico, de qualquer natureza (para autismo ou não), estaria na pontuação 15.

Os sinais, aplicados aproximadamente aos 4 e aos 9 meses buscam saber se o bebê busca olhar espontaneamente o adulto ou se fazer olhar pelo adulto, sendo ou não estimulado por este. O terceiro tempo do circuito pulsional está presente quando, por exemplo, o bebê busca se fazer olhar novamente quando o adulto cessa a estimulação. Leva-se em consideração tanto o adulto conhecido (a mãe) como o desconhecido (o examinador) na avaliação. A partir daí a pontuação é atribuída, como poderá ser visualizado na descrição do método.

Portanto, os estudos do campo psicanalítico avançaram de modo importante na última década, no sentido de prover formas de detecção precoce do risco psíquico e do risco ao desenvolvimento, cujos efeitos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos ainda são muito recentes, mas abrem espaço para um futuro promissor para a saúde mental coletiva. Acredita-se que a possibilidade de intervenção precoce poderá minimizar ou mesmo retroceder os efeitos devastadores das doenças mentais presentes na sociedade moderna, pois lança uma escuta não apenas ao bebê, mas àqueles que o acompanham.

Nesta pesquisa, o funcionamento de ambos instrumentos, IRDI e Sinais PREAUT, em sua relação ao desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo será analisado. A hipótese inicial é de que alterações em tais instrumentos poderão ter um desfecho de alterações psicomotoras. Isso já foi observado em estudo anterior do grupo de pesquisa (PERUZZOLO et al., 2016) acerca da análise de 16 bebês com risco psíquico entre 21 e 26 meses e, a partir dos IRDI, dos quais 3 apresentaram sintomas mais graves de inibição e instabilidade psicomotoras.

3 POPULAÇÃO E MÉTODO

3.1 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa, subdividida em 3 estudos, apresenta-se no Estudo 1 como um longitudinal, segundo Gressler (2004) visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais ao longo de um período de tempo. O estudo 1, embora com número reduzido de sujeitos (15 em cada grupo) permitiu análises qualitativa e quantitativa por meio de abordagem estatística.

Nos estudos 2 e 3 a abordagem foi do tipo quantitativa, com objetivo descritivo e delineamento do tipo levantamento, utilizando instrumentos estatísticos para a “formulação de hipóteses, definições operacionais de variáveis, quantificação nas modalidades de coleta de dados e informações” (GRESSLER, 2004, p. 43).

3.2 Considerações Éticas

O presente estudo está inserido como subprojeto no projeto: “**Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção**”, autorizado em maio de 2014 no CEP – UFSM sob número de CAAE: 28586914.0.0000.5346.

Este estudo respeita as normas e diretrizes regulamentadoras para pesquisa com seres humanos que estão na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, prevê também a confidencialidade dos dados garantindo sigilo e privacidade dos sujeitos com a assinatura do Termo de Confidencialidade (Apêndice B), cabendo às pesquisadoras esta responsabilidade.

As famílias receberam esclarecimentos quanto aos procedimentos da pesquisa e foram convidadas a participarem deste estudo. Aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A). Ao término do estudo, receberam um retorno sobre os resultados da pesquisa. Os casos em risco foram encaminhados para terapia, embora no grupo aqui analisado não tenha nenhum bebê que participou das intervenções terapêuticas até o término das coletas. Muitos foram encaminhados, mas os bebês desta amostra só aderiram a alguma intervenção após 12 meses.

3.3 População e Amostra

A população incluiu bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico.

Com relação a variável idade gestacional foram considerados dois grandes grupos:

1) bebês prematuros: tardios (34-36 semanas), moderados (30-33 semanas) e extremos (< 30 semanas) (LORENA, BRITO, 2009).

2) bebês a termo (idade gestacional \geq 37 semanas).

Cabe ressaltar que no grupo 1, os prematuros extremos foram em menor número do que o desejado inicialmente na pesquisa, pela dificuldade de retorno desses bebês para o acompanhamento longitudinal proposto.

Os bebês foram localizados e convidados para o estudo em três locais de puericultura: no seguimento de prematuros no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no setor de teste do Pezinho/puericultura da Unidade Básica de Saúde Paulo Wilson Noal (UBS) e no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA).

A escolha de bebês no serviço em que fazem o acompanhamento pediátrico (HUSM, Unidade Básica) deve-se a experiência do projeto anterior da Profa. Ana Paula Ramos com estudo de coorte, que permite avaliar a importância de o bebê e sua família ser acompanhado próximo a sua residência, para minimizar efeitos de perda de sujeitos de pesquisa (VENDRÚSCULO et al., 2012).

Na tabela 2 está descrito o número de bebês que constituíram o grupo amostral de cada estudo.

Tabela 2 – Grupo amostral dos estudos

Estudo	Grupo Controle	Grupo de Estudo	Total
Estudo 1	15 a termo	15 prematuros (8 tardios e 7 moderados)	30
Estudo 2 e 3			
3 – 4m29d	103 a termo	62 prematuros (27 tardios, 27 moderados e 8 extremos)	165
8 – 9m29d	84 a termo	46 prematuros (24 tardios, 19 moderados e 3 extremos)	130
11 – 12m29d	69 a termo	33 prematuros (20 tardios, 12 moderados e 1 extremo)	102

3.3.1 Critérios de Inclusão

A mãe deveria aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE (Apêndice A) e o bebê ter nascido prematuramente ou a termo. Em ambos grupos os bebês deveriam apresentar desenvolvimento normal ou típico nos exames médicos e audiológicos.

Os bebês prematuros que constituíram este grupo foram captados no HUSM e no HCAA. Já os bebês nascidos a termo e prematuros tardios foram captados na Unidade Básica de Saúde próxima ao HUSM.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os bebês com síndromes genéticas (síndrome de Down, X-frágil, etc), malformações congênitas, lesões neurológicas como encefalopatia crônica não progressiva e progressiva, déficits sensoriais como surdez e/ou déficit visual.

Para que este critério fosse corretamente obtido foram realizadas consultas médicas (UBS, HUSM) e avaliações neurológicas, estas quando indicadas pelos médicos pediatras (HUSM e HCAA), nos bebês participantes da pesquisa. Além disso, os bebês foram avaliados em termos auditivos e de desenvolvimento, além dos aspectos psicomotores, pela equipe de pesquisa constituída por fonoaudiólogo e terapeutas ocupacional com experiência clínica na infância superior a 20 anos, o que lhes permite identificar características sindrômicas que demandem outras avaliações, inclusive genéticas. Esses bebês foram encaminhados ao programa de extensão de intervenção precoce quando necessário.

3.4 Procedimentos de Avaliação

A pesquisa foi realizada no HUSM, localizado na região central do Rio Grande do Sul e na Unidade básica de Saúde de Santa Maria. O início da coleta se deu pela captação dos bebês a partir de maio de 2014 no HUSM e julho deste mesmo ano na UBS. Devido à demanda de prematuros extremos não estar sendo suprida somente no HUSM, iniciou-se em março de 2015 a captação de bebês no HCAA também.

Foram realizadas quatro avaliações nos bebês a termo e prematuros (3 mês - 4 mês 29 dias; 8m - 9m29d e 11m - 12m29d). Vale ressaltar que os bebês prematuros foram avaliados com a sua idade gestacional corrigida. A escolha dessas faixas etárias foi de acordo com as datas avaliativas dos Sinais PREAUT e do IRDI.

Análise de Dados Gerais do Bebê e da Família:

A Entrevista Inicial e Continuada (Apêndice C) foi constituída a partir de uma adaptação da entrevista acerca da experiência da maternidade, elaborada por Schwengber e Piccinini (2004) que aborda dados psicossociais (planejamento da gestação, apoio da família, dentre outros), obstétricos (pré-natal, tipo de parto, dentre outros) e sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, profissão materna e paterna, número de filhos, dentre outros), por meio de perguntas simples apresentadas à mãe e/ou quem faça a função materna, em caso de ausência desta.

Nessa entrevista foram também acrescentadas questões sobre experiência alimentar, sono, experiência auditiva-musical. A cada coleta foram retomados alguns temas como a alimentação, sono, hábitos auditivos e, próximo aos 12 meses dados de linguagem, estado emocional da mãe e da família. Totalizando 4 entrevistas ao longo do primeiro ano de vida do bebê.

Para investigação do perfil socioeconômico das famílias utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (2013) que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Para tal classificação leva-se em consideração: o grau de instrução do chefe de família, número de televisões, rádios, geladeiras, banheiros, freezer, automóvel, máquina de lavar roupa, empregada mensalista, videocassete e/ou DVD. Cada item possui um valor e a soma dos valores definirá em qual classe social a família se encontra. As classes sociais são: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Teste de Triagem do Desenvolvimento Geral do Bebê:

O Teste Denver II (Anexo A) é utilizado para avaliar e identificar crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O teste consiste em 125 itens que são divididos em quatro grupos: a) Pessoal-Social: aspectos da socialização da criança

dentro e fora do ambiente familiar; b) Motor fino ou adaptativo: coordenação olho-mão, manipulação de pequenos objetos; c) Linguagem: produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagem e d) Motor amplo ou grosso: controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla. Para cada um dos itens, na própria folha de teste, é representada a porcentagem de crianças capazes de realizá-lo (25, 50, 75 e 90%), com base na amostra normativa de crianças norte-americanas. Os critérios de pontuação atribuídos a cada item são “passa”, “falha”, “sem oportunidade” ou “recusa”.

Como alguns itens podem ser pontuados por meio de relato dos pais ou responsáveis, obtêm-se as informações de duas fontes: da observação direta da criança ou do relato dos responsáveis. Todos os itens são testados de acordo com procedimentos padronizados descritos no manual, sendo que ao final do teste pode-se classificar o desenvolvimento global em normal (90 a 100% de desempenho correto), suspeito/questionável (de 75 a 90%) e alterado (menor ou igual a 74%).

Os materiais utilizados para tal investigação são: sino; pompom de lã vermelho; bola de tênis; boneca; mamadeira; chocalho; dez cubos (conforme tamanho e cor estipulados no manual); uvas passa e pote (FRANKENBURG et al., 1992).

No presente estudo, o teste Denver II foi analisado tanto em relação aos dados normativos do mesmo como entre os distintos grupos da amostra: com e sem risco psíquico, prematuros e a termo. Esse teste foi utilizado para identificação de presença e ausência de marcos psicomotores relativos à motricidade fina e à motricidade grossa, pois são conhecidos estudos que apontam a discrepância dos resultados do uso do Denver II tanto superestimando o falso positivo para a anormalidade no uso da idade cronológica em prematuros, quanto a superestimação da normalidade na idade corrigida (HASSANO, 2014). Como se trata de um teste de triagem, ele foi complementado, no estudo 1, pela análise qualitativa realizada por juízes experts em desenvolvimento psicomotor para que possam perceber sinais mais tênues como a instabilidade e inibição psicomotoras, bem como elementos da relação corporal mãe-bebê.

Análise do Risco Psíquico:

Os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) foram utilizados para detectar elementos indicativos de sofrimento psíquico, até os 18 meses de idade, a partir da versão reduzida de 18 indicadores de risco (conferir na página 55). O protocolo IRDI são orientados a partir de quatro eixos teóricos do campo psicanalítico: estabelecimento da demanda (ED), suposição de um sujeito (SS), alternância presença/ausência (PA) e função paterna (FP). Os eixos são avaliados por faixa etária e o valor atribuído aos indicadores é presente ou ausente. O número total de indicadores presentes e ausentes foi computado em cada faixa etária para uma análise de correlação entre a presença/ausência dos indicadores e os dados psicomotores analisados.

Tendo em vista a possibilidade de risco de evolução para autismo foram utilizados os sinais PREAUT, que se baseiam na análise do fechamento do circuito pulsional, ou seja, o trânsito entre auto-erotismo para o se fazer objeto de desejo do outro, nos distintos registros pulsionais.

Os sinais foram investigados na interação entre pesquisador e bebê bem como entre mãe e bebê. Em geral, não há necessidade de instruir a mãe, pois o sinal emerge naturalmente na díade desde que a mãe converse ou olhe para o bebê e, a seguir em momento de conversa com examinador, seja convocada pelo bebê. Quando necessário, o pesquisador instrui a mãe para que converse com ele naturalmente como faz em casa. Para cada resposta as perguntas, descritas na tabela 1, foi atribuído um valor. Quando a soma total foi 15 o bebê foi considerado sem risco, quando entre 0 e 15 foi considerada a presença de risco, lembrando que risco para autismo foi considerado como mais evidente entre 0 a 5 (0.. 4) e entre 5 a 15 (5...14) poderia haver risco de outra natureza caso houvesse alteração no protocolo IRDI. Esse fato foi assim considerado tendo em vista o estudo de Mota (2016), que indicou que crianças com pontuações entre 5 e 15 possuíam alteração no protocolo IRDI. Os sinais estão descritos nas tabelas 3 e 4.

Os sinais PREAUT foram coletados nas faixas etárias de 3 meses e um dia a 4 meses e 29 dias, e entre 8 meses e um dia e 9 meses e 29 dias.

Tabela 3 - Sinais PREAUT

1) O bebê procura olhar para você?	RESPOSTA	VALOR
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim	2
	Não	0
ESCORE TOTAL MÁXIMO		15

Em caso de pontuação menor do que 5 nos sinais descritos na tabela 3 aplicou-se o que está na tabela 4 aos 4 e 9 meses:

Tabela 4 - Continuação Sinais PREAUT

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

Procedimentos de Coleta e Análise Psicomotora:

Para análise psicomotora foi realizada uma filmagem da interação da mãe ou quem exerça essa função para o bebê que ocorrerá de diferentes modos nas etapas do estudo. A filmagem foi realizada em dois ângulos: frontal e lateral, durante em média 15 minutos, a depender da idade do bebê e demais aspectos a serem analisados.

O ângulo frontal previu a colocação da filmadora da marca JVC Everio GZ-MG 630 digital sobre um cavalete a 2 metros, de modo a captar o bebê de frente para câmera e a mãe projetada em espelho que foi colocado atrás do bebê tanto na posição sentada em bebê conforto, sentado sem apoio e deitado. O ângulo lateral, contou com filmagem com a câmera da marca Sony Handycam 1080p 80gb posicionada a 1 metro, e que buscou captar a interação face a face mãe bebê e uma visão total do bebê sentado no bebê conforto e deitado no tapete de EVA em prono e supino.

Houve uma padronização de posturas que a criança foi observada na interação com sua mãe, variando de acordo com a sua idade gestacional e com possibilidades conforme as habilidades adquiridas em cada fase de vida:

- 3-4 meses e 29 dias: nas posições prona (3 minutos) e supina (3 minutos). A posição sentada foi com bebê conforto (9 minutos). Nesta posição a mãe foi instruída a cantar (3 minutos), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê - um cachorro de borracha sem barulho (3 minutos).
- 6-7 meses e 29 dias: posição prona (3 minutos), supina (3 minutos) e sentada no bebê conforto (9 minutos). Nesta posição a mãe foi instruída a cantar (3 minutos), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê - um cachorro de borracha sem barulho (3 minutos).
- 8-9 meses e 29 dias: sentada sem apoio se possível (9 minutos). Na posição sentada orientou-se a mãe que cantasse ao bebê por 3 minutos, converse por 3 minutos e que oferecesse um objeto ao bebê (o cachorro de borracha) por mais 3 minutos. Nas posições prona (3 minutos) e supina (3 minutos) foi orientada a mãe que o estimulasse a rolar e rastejar/engatinhar e também a tentativa ou não do bebê de se levantar, com ou sem apoio.

- 11-12 meses e 29 dias: Buscou-se filmar o bebê durante 10 minutos em brincadeira livre com a mãe. Foi disponibilizada para a mãe uma caixa com miniaturas de borracha (animais, transportes), uma boneca e mamadeira e algumas panelinhas. Também, caso o bebê já deambulasse, era filmado a sua marcha livre (deambulação sem apoio) por 5 minutos.

Para a coleta, previu-se a presença de uma equipe de acompanhamento dos bebês formada por uma fisioterapeuta (autora desta pesquisa), fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais e psicólogas. A equipe já possuía treinamento para a aplicação do IRDI, Sinais PREAUT e do teste Denver II e também deu suporte aos encaminhamentos terapêuticos necessários. Os bebês que participaram das análises desta tese só receberam intervenção após 12 meses. Portanto, esta variável não necessitou ser controlada nesta pesquisa.

A seguir descrevemos as análises realizadas sobre os dados da filmagem.

Análise do sintoma psicomotor do bebê e da atividade materna realizada por Juízes

Este aspecto foi analisado de um modo geral a partir da visualização da filmagem por dois juízes, experts em desenvolvimento psicomotor, terapeutas ocupacionais, com experiência clínica em psicomotricidade e risco psíquico superior a 3 anos com bebês entre 0 e 4 anos, cegos as condições clínicas dos bebês, ou seja, sabiam apenas a idade atual do bebê (corrigida ou cronológica) e analisaram as cenas para julgamento em ordem aleatória de apresentação de cada caso. Foi realizado um piloto da análise de julgamento com um juiz que não participou da análise para criação da grade de observação, que está sintetizada no Roteiro para análise dos vídeos (Apêndice D).

A ordem dada aos juízes foi preencher o Roteiro no qual analisaram alguns tópicos da atividade psicomotora do bebê e do comportamento materno, conforme descritos abaixo:

- Normoatividade: ritmo e qualidade adequados a proposta do adulto considerando o que se espera para sua idade;
- Inibição psicomotora: atividade lentificada ou ausente diante da proposta do adulto. A criança não usa seu corpo para entrar em relação;

- Instabilidade motora: caracterizada por aceleração ou comportamento psicomotor explosivo e/ou agressivo na relação com o ambiente;
- Imitação e antecipação de gestos da mãe pelo bebê. Esses dados foram avaliados porque o bebê tende a reproduzir movimentos fluídos das mãos e dos braços, coordenados de modo rítmico e simétrico em sintonia com a linguagem materna. Este processo de acoplamento de ações motoras e comunicativas representa um dos primeiros mecanismos de coordenação intersubjetiva que tem provavelmente sua base no funcionamento dos neurônios-espelho (DAPRETTO, 2006)
- Construção da imagem corporal do bebê considerando sua relação corporal com a mãe;
- Exploração dos objetos oportunizada pela mãe de forma adequada ou inadequada ao filho;
- Ritmo que a mãe oferece o brinquedo ao filho classificado em acelerado, lento ou adequado.
- Reação corporal do bebê frente ao manjês (quando emitido) de excitação corporal, lentidão ou de ausência de reação.

Essa análise foi realizada com 30 bebês (15 prematuros e 15 a termo) em duas fases de suas vidas. A primeira fase foi composta de bebês com a idade entre 3-4 meses e 29 dias e a segunda fase, estes mesmos bebês possuíam idade entre 8 – 9 meses e 29 dias.

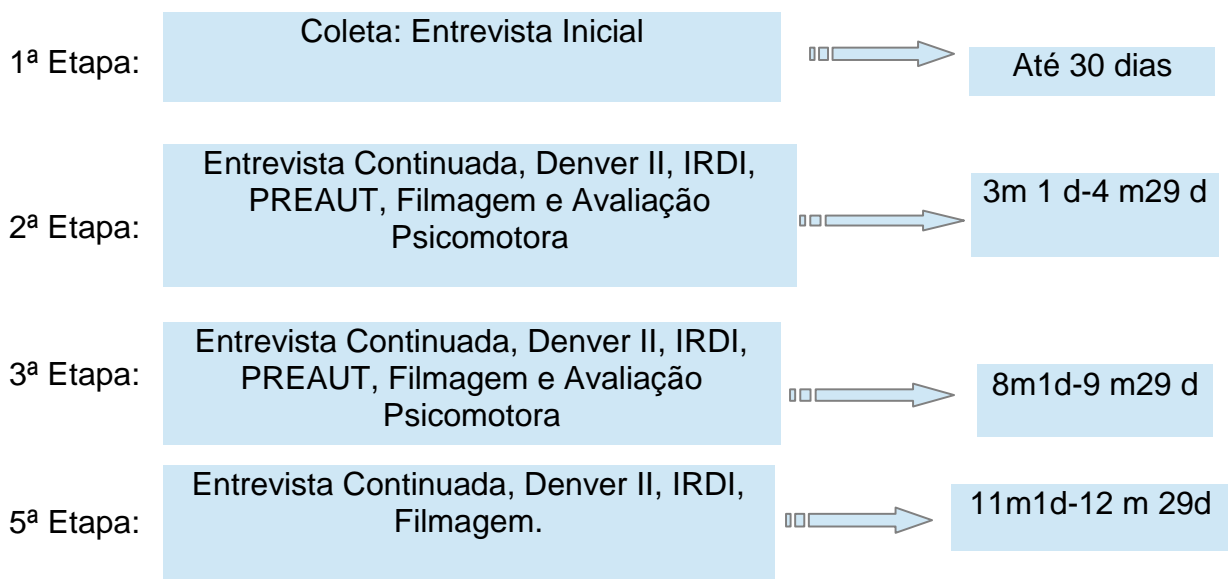
Os juízes, duas terapeutas ocupacionais, com experiência clínica e conhecimento teórico em psicomotricidade e em desenvolvimento infantil, desconheciam quais as pontuações dos bebês relativas ao risco psíquico (PREAUT e IRDI) ou ao teste Denver II, ou seja, não sabiam se os bebês possuíam ou não risco nem se o mesmo modificou ou não entre as duas idades avaliadas.

Análise da atividade neuropsicomotora grossa e fina por meio de teste padronizado de desenvolvimento (Teste Denver II):

Esta análise foi realizada através da tabulação dos dados de bebês prematuros e a termo em 3 fases (3-4 meses 29 dias; 8- 9 meses e 29 dias e 11-12 meses e 29 dias) e da aplicação do devido estudo estatístico. O teste Denver II foi cruzado com os instrumentos avaliativos IRDI (nas fases I e III deste protocolo IRDI) e Sinais PREAUT e também com os dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais. Cabe ressaltar que este estudo não contou com o mesmo grupo amostral nas três fases, em função da perda de sujeitos durante a coleta.

A seguir sintetiza-se o estudo em um organograma.

ORGANOGRAMA DA PESQUISA



m=meses d= dias

Portanto, a tese identificou situações de risco psíquico e sua relação com o desenvolvimento psicomotor sem focar o desfecho diagnóstico de psicopatologia, até porque após 12 meses todos os bebês que ainda possuíam algum risco psíquico ou psicomotor foram encaminhados para intervenção. No trabalho de Mota (2016) realizado com 80 bebês da amostra total da pesquisa maior na qual se insere a amostra desta tese, identificaram-se 17 bebês com risco psíquico aos 9 meses, dos

quais apenas dois fizeram intervenção anterior a 12 meses e eles não foram inseridos no estudo desta tese. Um realizou a intervenção com musicalização aos 5 meses (AMBRÓS, 2016) e outro por terapia de foco psicomotor aos 10 meses (PERUZZOLO, 2016).

Cabe ressaltar que todos os bebês que apresentaram risco psíquico, fosse para autismo ou não foram indicados e convidados para intervenção com música e/ou individual mas nem todos aderiram à indicação antes do segundo ano de vida. Por isso, houve um grupo de bebês com risco e sem intervenção antes de 12 meses. A equipe de pesquisa observou que a família leva um tempo para aceitar as dificuldades e identificar os sintomas em seu bebê. Por isso a equipe seguiu sustentando uma escuta após os 12 meses aqui relatados para oferecer a intervenção necessária a cada caso para reversão do risco psíquico ou ao desenvolvimento de cada bebê. Em alguns casos pela música, em outros por intervenção precoce individual com a díade mãe-bebê e, em outros, por escuta da mãe em sessão de psicoterapia de orientação psicanalítica.

Considerando ainda, a situação da prematuridade, o estudo também permitiu reflexões e talvez algumas generalizações tendo em vista esta ser uma condição definida e conhecida ao início da pesquisa. Acredita-se que eticamente só é possível realizar um estudo de desfecho clínico de psicopatologia grave a partir de vídeos realizados espontaneamente pelos familiares que sejam disponibilizados aos terapeutas quando um diagnóstico já foi efetivado, como aconteceu nos estudos de Esposito e Muratori citados na revisão da literatura (ESPOSITO, VENUTE, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012). No entanto, a validação dos sinais PREAUT (CRESPIN E PARLATO-OLIVEIRA, 2015) e do protocolo IRDI (KUPFER, 2008) permitiu identificar a presença de risco psíquico, conceito abordado neste estudo.

Assim é possível sintetizar as variáveis analisadas como um todo nesta tese como segue:

1. Marcos Psicomotores a partir dos dados obtidos pelo teste Denver II- esses dados foram distribuídos de maneira nominal como falha e passa; e também ordinal por meio de percentuais analisados em relação aos grupos estudados: prematuros e a termo, e com e sem risco psíquico. Essa análise foi realizada nas 3 faixas etárias estudadas (3 meses e 1 dia

a 4 meses e 29 dias; 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias; 11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias). Os aspectos desenvolvimento motor amplo e fino foram diferenciados nas análises. Foi considerado desenvolvimento normal o escore percentual atingido acima de 90%. Abaixo desse valor percentil foi considerado anormal, abarcando assim a classificação anormal e de desenvolvimento suspeito/questionável.

2. Os resultados do protocolo IRDI foram analisados quanto ao número de indicadores presentes, sendo considerado o bebê com risco a ausência de um ou mais indicadores e sem risco a presença de todos os indicadores. Embora na pesquisa original de Kupfer (2008) os casos de risco tenham sido considerados como apenas dois ou mais indicadores ausentes, a análise ordinal aqui realizada incluiu a variação de 1 ou mais indicadores ausentes, pois o que se buscou saber era se havia correlação entre número de indicadores e variação na pontuação neuromotora ou psicomotora, e também porque há indicadores que sozinhos se correlacionam a risco psíquico. Os sinais PREAUT também foram analisados ordinalmente e nominalmente, considerando as pontuações previstas para risco de evolução para autismo (entre 0 e 5), outro tipo risco psíquico (entre 5 e 15) ou sem risco (15). Essas análises foram realizadas nas 3 fases de vida estudadas, considerando os marcos motores e sua significação psicomotora.
3. Estudo índice Brasil: foi utilizada a letra representativa da classe social a qual a família pertence, a partir da soma dos bens e do grau de instrução paterno e a Renda per capita familiar (foi dividido o valor da renda mensal pelo número de pessoas residentes na casa).
4. Dados da Entrevista Inicial e Continuada: foram atribuídas legendas numéricas com a finalidade de efetuar cruzamentos dos dados sociodemográficos, obstétricos, e psicossociais com os demais instrumentos investigativos (Teste Denver II, IRDI, Sinais PREAUT) e no caso no Estudo 1 também o Roteiro de análise dos sintomas psicomotores por juízes.

3.5 Procedimentos de Análise Estatística

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica do tipo Excel e, posteriormente foram convertidos para os aplicativos computacionais STATISTICA 9.1 e PASW 17.0 de acordo com a análise necessária.

Para o Estudo 1 aplicou-se o Teste Exato de Fisher e o teste U de Mann-Whitney para as variáveis paramétricas e não paramétricas, a partir da confrontação dos dados obtidos com o julgamento das duas juízas.

Já no Estudo 2 o teste para averiguar o Coeficiente de Correlação de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$). E, finalmente no Estudo 3 utilizou-se a Regressão logística múltipla envolvendo as variáveis nas 3 faixas etárias analisadas na pesquisa. O nível de significância considerado foi de 10% ($p < 0,10$).

4 RESULTADOS

4.1 Estudo 1- Análise psicomotora na interação mãe-bebê por juízes e sua relação com risco psíquico, dados motores no Denver II e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais

O objetivo deste estudo foi de averiguar a relação da análise psicomotora, na interação mãe-bebê, com resultados no teste Denver II, dados sociodemográficos, obstétricos e de risco psíquico. O grupo amostral foi de 15 bebês nascidos pré-termo como grupo de estudo e 15 bebês nascidos a termo como grupo controle, portanto, 30 bebês, cujas filmagens foram analisadas em duas fases de vida: entre 3 meses e um dia - 4 meses e 29 dias e 8 meses e um dia - 9 meses e 29 dias. A coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos que averiguaram risco psíquico (IRDI e Sinais PREAUT) e o desempenho neuropsicomotor (Teste Denver II) e análise das filmagens por meio de roteiro que seguiram pressupostos psicomotores e das interações mãe-bebê advindos dos trabalhos de Levin (2009) e Muratori (2014), entre outros, o que totalizou 60 vídeos analisados nas duas faixas estudadas.

Na primeira seção descrevem-se os dados resultantes do julgamento dos juízes, abrangendo mais os aspectos qualitativos de modo descritivo. Na segunda seção, esses dados foram submetidos a testes estatísticos.

4.1.1- Análise descritiva dos resultados

No quadro 1 estão dados obstétricos dos bebês prematuros, os resultados, nas duas fases investigadas (3 meses 1 dia -4 meses e 29dias e 8 meses e 1 dia- 9meses 29dias), dos instrumentos Denver II, IRDI e Sinais PREAUT (SP) e também a classificação psicomotora, segundo os juízes, considerando as categorias normoativo, instável e inibido.

Quadro 1- Descrição de dados do grupo dos prematuros

(continua)

Amostra	Sexo	Idade Corrigida da fase 1 e 2	IG	Relação entre peso e IG	Apgar 1º e 5º	Tempo UTINeo	Tempo VM	Denver 3-4m29d %	Denver 8-9m29d %	SP 3-4m29d	SP 8-9m29d	IRDI Present. Fase I,III	Classif. Psicom. 3-4m29d	Classif. Psicom. 8-9m29d
P1	F	3m7d 8m18d	33s5d	AIG	5 e 8	14d	-	MF=100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11, 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P2	F	3m27d 9m29d	36s5d	GIG	6 e 9	7d	4d	MF=100 MG= 100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11, 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P3	F	3m 9m15d	36s5d	AIG	4 e 8	20d	-	MF= 100 MG=66,6	MF=75 MG=100	2	4	2 e 5 14	Instável	Normoativo
P4	F	3m5d 8m16d	34s1d	PIG	8 e 10	12d	-	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	6	15	1,2,3 e 5 9,10,11, 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P5	M	3m7d 8m28d	35s5d	AIG	5 e 8	7d	2d	MF =100 MG=100	MF=100 MG=60	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Inibido	Normoativo
P6	F	3m20 9m29d	35s	AIG	6 e 9	-	-	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3 e 5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P7	M	3m7d 9m14d	35s	AIG	9 e 10	-	-	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,12,14	Normoativo	Normoativo
P8	F	4m20d 8m24d	31s5d	PIG	7 e 8	38d	11d	MF=100 MG=66,6	MF=40 MG=75	7	2	1,2,3,4,5 9,12,14	Normoativo	Instável
P9	M	3m 9m7d	36s	PIG	9 e 10	-	-	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P10	F	3m8d 8m28d	35s5d	AIG	6 e 8	9d	-	MF=100 MG=33,3	MF=100 MG=25	15	7	1,2,3 e 5 9,12,14	Inibido	Normoativo
P11	F	3m26d 9m29d	33s6d	AIG	8 e 9	12d	-	MF=50 MG=100	MF =100 MG=100	15	2	1,2,3 e 5 9,14	Normoativo	Normoativo
P12	M	3m22d 9m	32s4d	AIG	5 e 7	25d	-	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,12, 13,14	Normoativo	Normoativo

Quadro 1- Descrição de dados do grupo dos prematuros

(conclusão)

P13	M	3m3d 9m27d	32s4d	PIG	9 e 9	31d	-	MF=0 MG=100	MF=25 MG=100	0	15	2 e 4 9,10,11 12,13,14	Instável	Normoativo
P14	M	3m21d 9m29d	30s3d	AIG	6 e 9	20d	-	MF=100 MG=75	MF =100 MG=100	6	7	3 e 4 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
P15	M	3m21d 9m29d	30s3d	AIG	6 e 10	20d	-	MF =100 MG=100	MF=75 MG=100	15	6	3,4 e 5 9, 14	Normoativo	Instável

P= prematuro, M= masculino, F=feminino, m=meses, s= semanas, d= dias, IG = Idade Gestacional, AIG= Adequado para a Idade Gestacional, GIG=Grande para a Idade Gestacional, PIG=Pequeno para a Idade Gestacional, VM. = Ventilação Mecânica, MF= Motricidade Fina, MG= Motricidade Grossa, SP= Sinais PREAUT (pontuação), IRDI= Indicadores clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil presentes nas fases I e III.

A partir dos resultados pode-se averiguar que o grupo de prematuros é constituído por 8 bebês do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Quanto a classificação da prematuridade, 8 prematuros são tardios (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10) e 7 prematuros moderados (P1, P8, P11, P12, P13, P14, P15). Quanto à relação entre o peso e a idade gestacional, dos 15 bebês, 10 apresentaram-se adequados (AIG), um bebê GIG (P2) e quatro PIG (P4, P8, P9 e P13). Destaca-se que não há nesta amostra bebês prematuros extremos.

Dos 15 prematuros, 12 necessitaram internação na UTINeo (P1, P2, P3, P4, P5, P8, P10, P11, P12, P13, P14 e P15) sendo que o P8 e o P13 foram os que mais tempo permaneceram internados. Desses bebês internados na UTINeo, três (P2, P5 e P8) precisaram de ventilação mecânica (VM).

Quanto aos instrumentos de avaliação, no Teste Denver II, pode-se observar que P1, P2, P4, P6, P7, P9 e P12, mantiveram os resultados positivos na primeira e na segunda avaliação, visto que todos possuíram 100% no desempenho neuropsicomotor tanto em motricidade fina quanto grossa. Na primeira análise houve quatro prematuros com déficit de motricidade grossa (P3, P8, P10 e P14) e na segunda análise três bebês (P5, P8 e P10). Logo, observa-se que o P8 e o P10 se mantiveram com déficit no motor grosso nas duas avaliações do Teste Denver II. Já a motricidade fina apresentou-se com déficit em dois bebês na primeira avaliação (P11 e P13), tendo quatro na segunda avaliação (P3, P8, P13 P15).

Considerando os sinais PREAUT, excetuando P4, é possível observar que todos os bebês com desempenho 100% no teste Denver II em motricidade fina e grossa apresentaram e mantiveram a pontuação 15 em ambas avaliações. Apenas P4 que tinha 6 pontos nos Sinais PREAUT aumentou para 15. Também se verifica que os bebês com as pontuações mais baixas (0 e 2), o que evidencia risco importante de evolução para autismo, foram classificados com instabilidade psicomotora em alguns momentos como P11 ou durante a maior parte da interação como em P3 e P8, os três com risco evidente na segunda avaliação e P13 na primeira avaliação.

Já na avaliação do protocolo IRDI, 8 prematuros (P3, P4, P6, P10, P11, P13, P14 e P15) apresentaram ausência de indicadores na primeira avaliação. Os indicadores mais ausentes foram os relativos à dificuldade da mãe em aguardar a reação do filho (indicador 4) e da dificuldade da mãe na atribuição de uma

interpretação na linguagem de modo sintonizado à demanda do bebê, ou seja, a mãe saber o que o bebê deseja quando ele chora ou grita (indicador 1).

Na segunda avaliação houve sete prematuros (P3, P7, P8, P10, P11, P12, P15) com ausência de um ou mais indicadores, sobressaindo mais os indicadores relacionados ao comportamento do bebê na relação com sua mãe, como não buscar ativamente jogos amorosos com ela durante os cuidados corporais (indicador 10), não compartilharem linguagem particular (indicador 11) e não fazer gracinha para a sua mãe (indicador 13). Portanto, os bebês P3, P10, P11 e P15 apresentaram falhas em ambas as avaliações do IRDI.

Torna-se necessário relatar que todas as mães dos bebês com ausência de IRDI e risco nos Sinais PREAUT relataram sentimentos relativos a medo, ansiedade e cansaço. O bebê P3, P8, P10 (muito nervosismo e muita ansiedade pelo filho na UTI); P4 e P7 (cansaço e falta de suporte no cuidado dos filhos); P6 e P8 (tem histórico de aborto natural e receio de outra perda); P13 (mãe utiliza medicação anti-convulsiva desde os 12 anos e teme que algo lhe aconteça); P14 e P15 (mãe de gêmeos relatava cansaço).

Ressalta-se que a maior parte dos bebês prematuros que apresentaram falhas nas habilidades do motor fino e/ou grosso no teste Denver II (P3, P8, P10, P11, P13, P14 e P15) também apresentaram algum IRDI ausente e/ou algum risco nos Sinais PREAUT. Sendo assim, pode-se pensar que o comprometimento neuropsicomotor se associou com o risco psíquico neste grupo de 15 prematuros.

E finalmente quanto à classificação da atividade psicomotora, na primeira avaliação dos juízes, 73,3% (11) dos bebês prematuros apresentaram normoatividade. Dos 26,6% (4) restantes, 13,3% (2) apresentaram inibição psicomotora (P5 e P10) e 13,3% (2) exibiram comportamento psicomotor instável (P3 e P13). Já na segunda avaliação 86,6% (13) prematuros foram classificados como normoativos e 13,4% (2) com instabilidade psicomotora (P8 e P15), não havendo comportamento psicomotor inibido averiguado pelos juízes, durante a maior parte do tempo da filmagem da interação mãe-bebê.

A seguir, no quadro 2, estão os dados obstétricos dos bebês a termo, os resultados, nas duas fases investigadas, dos instrumentos Denver II, IRDI e Sinais PREAUT e também a classificação psicomotora, segundo os juízes.

Quadro 2- Descrição de dados do grupo de bebês nascidos a termo

(continua)

Amostra	Sexo	Idade Cronológica da fase 1 e 2	IG	Relação entre peso e IG	Apgar 1° e 5°	Denver 3m-4m29d %	Denver 8m-9m29d %	SP 3m-4m29d	SP 8m-9m29d	IRDI Presentes Fase I e III	Classificação psicomotora 3m-4m29d	Classificação Psicomotora 8m-9m29d
T1	M	3m 8m16d	37s	AIG	9 e 10	MF=100 MG=66,6	MF=100 MG=100	15	15	2,3,4 e 5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Inibido
T2	F	3m2d 8m15d	40s	AIG	10 e 10	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
T3	M	3m7d 8m8d	39s	AIG	10 e 10	MF =100 MG=100	MF=80 MG=100	7	2	1,2,3 e 5 9,12,14	Normoativo	Instável
T4	M	3m21d 8m10d	39s	GIG	8 e 9	MF =100 MG=100	MF=80 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
T5	F	3m14d 9m29d	39s6d	AIG	8 e 10	MF=100 MG=33,3	MF=66,6 MG=100	15	2	1,2,3,4,5 9,12,14	Normoativo	Inibido
T6	F	3m5d 9m13d	41s	AIG	10 e 10	MF=50 MG=66,6	MF=50 MG=66,6	0	15	2 9,10,11 12,13,14	Instável	Normoativo
T7	F	3m20d 9m7d	37s	AIG	8 e 10	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 13,14	Normoativo	Normoativo
T8	M	3m26d 8m8d	39s	AIG	9 e 10	MF =100 MG=100	MF=80 MG=100	3	7	1,2 e 3 9,11,12	Normoativo	Instável
T9	F	3m10d 9m	38s	AIG	6 e 10	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	15	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
T10	F	3m23d 8m25d	41s	AIG	8 e 9	MF =100 MG=100	MF=80 MG=75	15	4	1,2,3 e 5 9,11,12	Normoativo	Instável
T11	M	4m17d 8m15d	39s5d	AIG	7 e 10	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	7	15	1,2,3,4,5 9,11,12	Normoativo	Normoativo
T12	M	3m6d 9m29d	40s	AIG	8 e 9	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	7	15	1,2,3,4,5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
T13	M	3m10d 9m29d	39s4d	AIG	6 e 10	MF =100 MG=100	MF =100 MG=100	2	15	1 e 2 9,10,11 12,13,14	Inibido	Normoativo

Quadro 2- Descrição de dados do grupo de bebês nascidos a termo

(conclusão)

T14	F	3m20d 9m16d	41s	AIG	3 e 10	MF =100 MG=100	MF=100 MG=75	15	15	1,2,3 e 5 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo
T15	M	3m18d 8m17d	39s	AIG	9 e 10	MF=50 MG=33,3	MF =100 MG=100	4	15	2 e 4 9,10,11 12,13,14	Normoativo	Normoativo

P= prematuro, M= masculino, F=feminino, m=meses, d= dias, IG= Idade Gestacional, AIG= Adequado para a Idade Gestacional, GIG=Grande para a Idade Gestacional, PIG= Pequeno para a Idade Gestacional, MF= motricidade fina, MG= Motricidade Grossa, SP = Sinais PREAUT (pontuação), IRDI= Indicadores clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil.

Observa-se no grupo de bebês nascidos a termo que 8 bebês são sexo masculino e 7 do sexo feminino. Quanto à relação entre o peso e a idade gestacional, todos os bebês apresentam peso adequado para a idade gestacional, com exceção do T4 que foi grande para a sua idade gestacional (GIG).

Com relação às análises do Teste Denver II na primeira avaliação, 4 bebês a termo foram classificados com desempenho anormal do motor grosso (T1, T5, T6 e T15), sendo que dois apresentaram déficit também no desempenho do motor fino (T6 e T15). Sobre estes dois bebês, salientam-se os baixos valores de percentuais verificados no motor fino e no grosso.

Quando analisados os dados da faixa etária dos 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias, verifica-se que 6 bebês (T3, T4, T5, T6, T8 e T10) apresentaram atraso na motricidade fina e 3 bebês (T6, T10 e T14) na motricidade grossa. Observa-se que apenas T1, T5 e T15 aumentaram desempenho na motricidade grossa; T3, T4, T5, T8 e T10 diminuíram o desempenho na motricidade fina. Já T2, T7, T9, T11, T12, e T13 mantiveram os valores de 100% de desempenho no motor grosso e fino nas duas avaliações; o T15 aumentou os valores em ambos aspectos motores e o T6 manteve-se com o mesmo valor baixo em ambas avaliações.

Ao se analisar as pontuações nos Sinais PREAUT, observa-se que T1, T2, T4, T7, T9 e T14 mantiveram a pontuação de 15, ou seja, sem risco psíquico. Tendo 7 bebês (T3, T6, T8, T11, T12, T13 e T15) com risco psíquico na primeira avaliação e 4 na segunda (T3, T5, T8 e T10). Observa-se que o T6, T8, T11, T12, T13 e T15 tiveram os sinais PREAUT aumentados. O T3, T5, T10 diminuíram as pontuações nos Sinais PREAUT. Quando observados os desempenhos no teste Denver II, desse grupo especificamente, T3 e T5 diminuíram desempenho na motricidade fina e o T10 piorou na motricidade fina e grossa. Por outro lado, T15 aumentou sua pontuação nos sinais PREAUT e no Denver II. Considerando o critério de valor menor do que 5 para risco psíquico de evolução para autismo, apenas T3, T5 e T10 estariam com maior risco para evolução rumo a esta patologia na segunda fase analisada (entre 8 meses e um dia e 9 meses e 29 dias).

Quando, no entanto, confrontam-se com os resultados dos juízes, os bebês com manutenção da pontuação 15 nos sinais PREAUT (T2, T4, T7, T9 e T14) se apresentaram normoativos, na primeira e na segunda avaliação, sendo que apenas T1 passou de normoativo a inibido na classificação psicomotora. Em relação aos bebês T3, T10 e o T5 que diminuíram a pontuação nos Sinais PREAUT, observa-se

que os dois primeiros passaram da classificação normoativo para instável e o último (T5) de normoativo para inibido. Já os bebês T6, T11, T12, T13 e T15 que tiveram os sinais PREAUT aumentados, T6 e T13 passaram de instável e inibido a normoativos, e T11 e T12 se mantiveram normoativos, ou seja, as classificações psicomotoras atribuídas pelos juízes acompanharam a evolução dos sinais PREAUT.

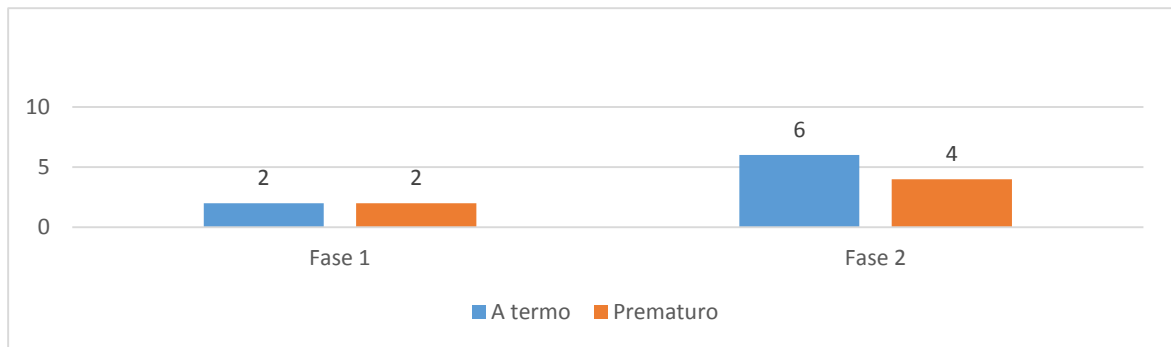
Quanto aos IRDI, 8 bebês apresentaram falhas na primeira fase (T1, T3, T6, T8, T10, T13, T14 e T15). Houve a ausência de indicadores relativos às condutas maternas (indicador 1- não conseguir interpretar o choro ou grito do filho e indicador 4 - não aguardar a reação dele após propor algo) e a apetência do bebê (indicador 3 - sem reação ao manê e indicador 5 - ausência de troca olhar com a sua mãe). O indicador com maior ausência foi o relativo à mãe não aguardar a resposta do bebê quando propõe algo (indicador 4), que esteve ausente nos bebês T3, T6, T8, T10, T13 e T14.

Quando analisados os resultados do IRDI na fase dos 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias, apenas 6 bebês apresentaram indicadores ausentes (T3, T5, T7, T8, T10 e T11), confirmando os resultados de diminuição de risco psíquico na amostra. Especificamente neste grupo, enquanto T3, T5 e T10 diminuíram pontuação nos sinais PREAUT, T7 manteve-se sem risco no PREAUT (15 pontos em ambas avaliações), T8 embora tenha aumentado a pontuação nos sinais PREAUT se manteve com risco psíquico não autístico (7 pontos na segunda avaliação) e T11 aumentou a pontuação para 15 pontos, superando o risco pela avaliação nos Sinais PREAUT.

Diferente dos bebês prematuros, nem todas as mães dos bebês a termo com risco psíquico relataram crises durante a gestação e crise situacional. Houve relato de divórcio durante a gestação (T8); pai que não assumiu o filho (T1 e T8); falta de suporte para cuidar dos filhos (T3), filho mais velho com problemas psicoafetivos (T6); cansaço e tristeza (T13); histórico de aborto e presença de nervosismo (T14) e a mãe do T15 relata que se sentiu “feliz e perdida” com relação a chegada do bebê.

Abaixo seguem os gráficos de comparação das avaliações do Teste Denver II (motor fino e grosso), IRDI e PREAUT, da primeira e da segunda fase da análise de bebês nascidos pré-termo e a termo.

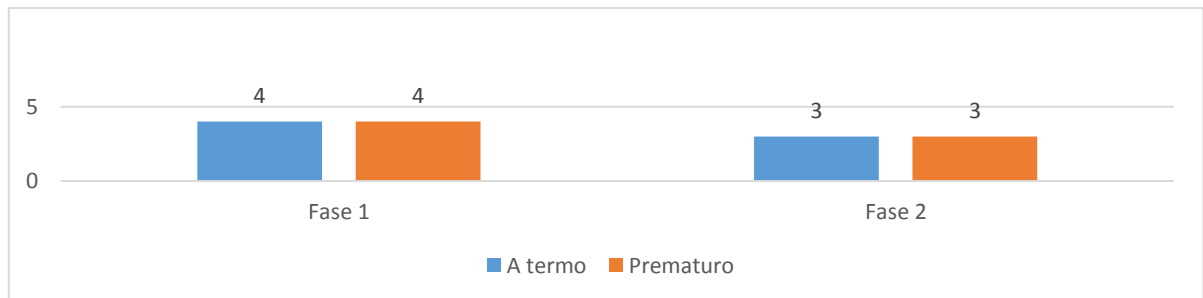
Gráfico 1- Análise comparativa do atraso do motor fino nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Houve homogeneidade de atraso da motricidade fina na primeira fase. Na segunda fase observa-se maior atraso dentre os bebês a termo.

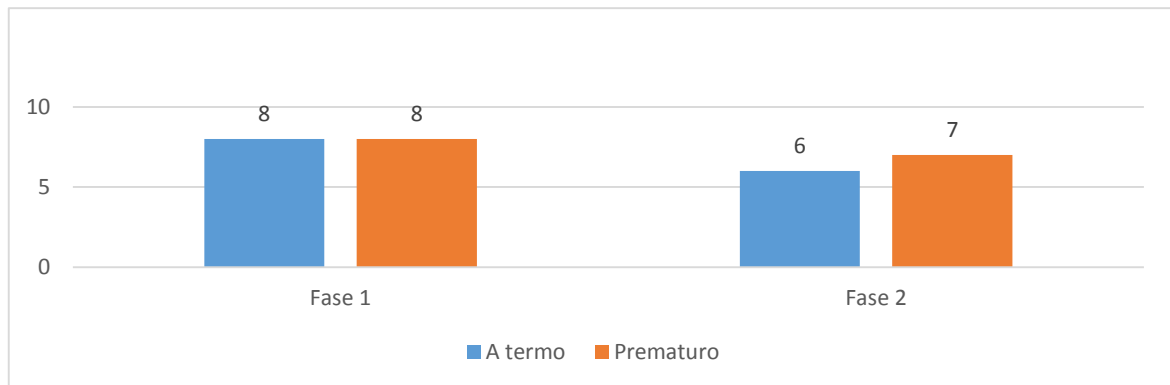
Gráfico 2- Análise comparativa do atraso do motor grosso nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Houve equivalência no resultado da avaliação do motor grosso em ambas as fases analisadas, nos bebês prematuros e a termo.

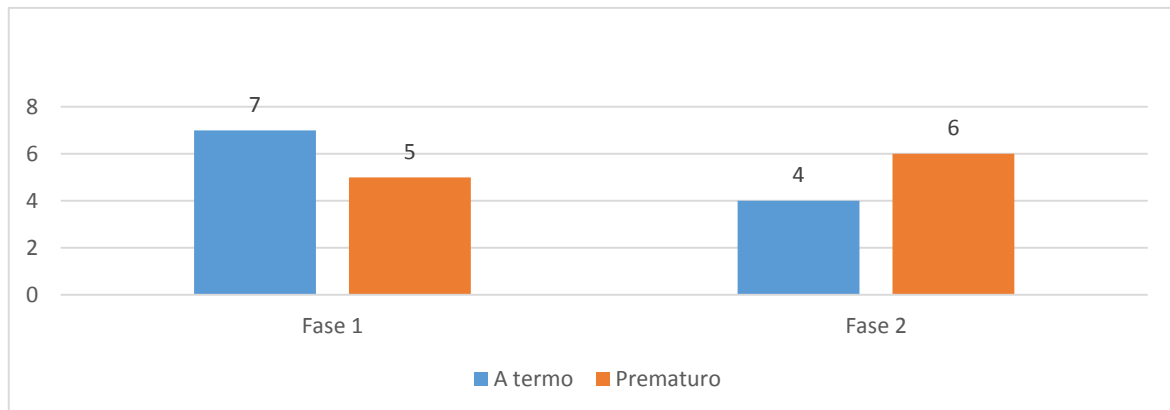
Gráfico 3- Análise comparativa de bebês com risco no IRDI nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Na fase 1 ambos grupos tiveram ocorrência de risco psíquico similar. Na fase 2 o risco foi um pouco maior no grupo de bebês nascidos a termo.

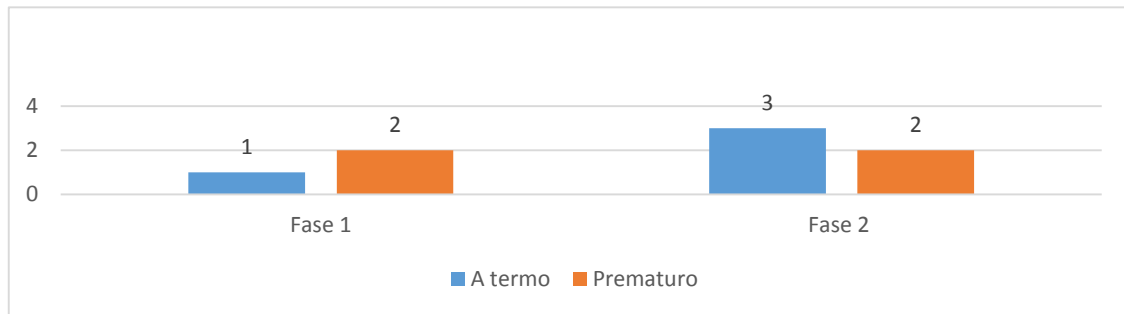
Gráfico 4- Análise comparativa de bebês com risco nos Sinais PREAUT nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Já quanto ao risco nos sinais PREAUT, na fase 1 houve maior número de bebês com risco entre os bebês nascidos a termo, embora nem todos com pontuação menor do que 5. Na segunda fase, ao contrário, houve maior frequência de risco entre os bebês prematuros, embora não sejam distinções estatisticamente significativas.

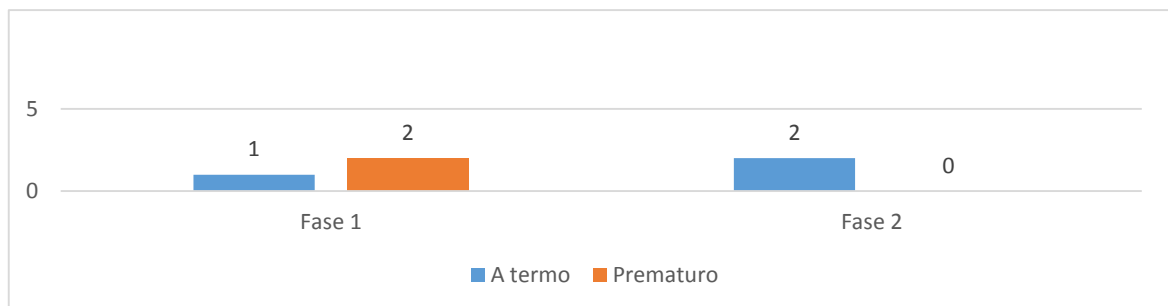
Gráfico 5 – Análise comparativa do sintoma de instabilidade psicomotora nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Dentre os bebês com instabilidade corporal, na primeira classificação dos juízes, encontram-se mais bebês prematuros (P3, P13) do que a termo (T6). Já na segunda avaliação, houve maior número de bebês classificados com esse sintoma psicomotor, sendo mais frequente nos a termo (T3, T8 e T10) do que nos prematuros (P8 e P15).

Gráfico 6- Análise comparativa do sintoma de inibição psicomotora nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

A partir do gráfico 6 observa-se que na fase 1 houve maior frequência de inibição psicomotora dentre os prematuros (P5, P10). Já na fase 2 houve somente dois bebês a termo (T1 e T5) com esse sintoma.

Nos quadros 3 e 4 são descritos os julgamentos quanto a imitação, oferta de objetos e relação corporal ao manhês respectivamente no grupo de bebês nascidos pré-termo e a termo.

Quadro 3- Análise dos juízes da imitação, da oferta de objetos ao bebê e da reação corporal ao manhês nos prematuros

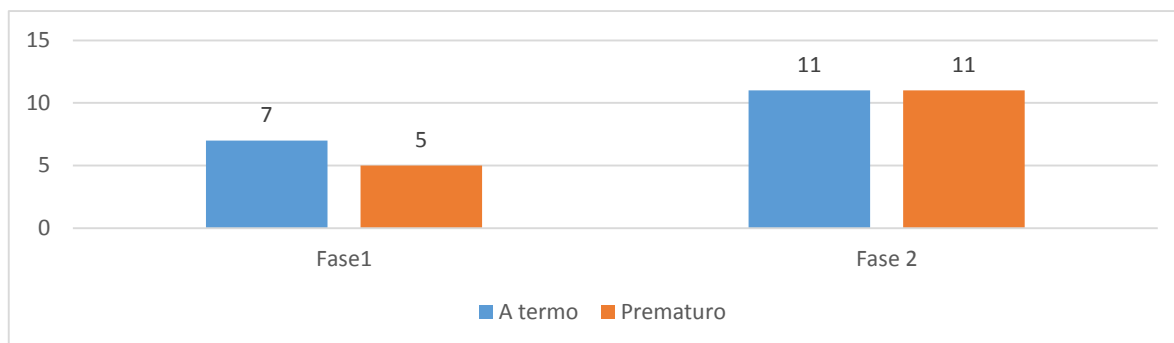
Sujeito	PREAUT		Imitação gestos		Ação Antecipatória		Exploração oportunizada e Ritmo da oferta Fase 1	Exploração oportunizada e Ritmo da oferta Fase 2	Reação corporal frente ao manhês	
	Fase1	Fase2	F1	F2	F 1	F2			Fase 1	Fase 2
P1	15	15	Não	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P2	15	15	Sim	Sim	Não	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P3	2	4	Não	Sim	Não	Sim	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Adequados	Não reage	Excitação corporal
P4	6	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Exploração adequada Ritmo acelerado	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P5	15	15	Não	Sim	Não	Sim	Exploração inadequada e Ritmo lento	Adequados	Lentidão corporal	Excitação corporal
P6	15	15	Não	Sim	Não	Sim	Exploração inadequada e Ritmo Acelerado	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P7	15	15	Não	Sim	Não	Sim	Adequados	Exploração inadequado e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Lentidão corporal
P8	7	2	Sim	Não	Sim	Não	Adequados	Exploração inadequado e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Não reage
P9	15	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P10	15	7	Não	Não	Não	Sim	Exploração adequada Ritmo acelerado	Exploração inadequado e Ritmo acelerado	Lentidão corporal	Lentidão corporal
P11	15	2	Não	Não	Sim	Sim	Exploração adequada Ritmo acelerado	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P12	15	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
P13	0	15	Não	Sim	Não	Sim	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Adequados	Não reage	Excitação corporal
P14	6	7	Não	Sim	Sim	Sim	Adequados	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Excitação corporal
P15	15	6	Não	Não	Sim	Não	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal

Quadro 4- Análise dos juízes da imitação, da oferta de objetos ao bebê e da reação corporal ao manhês nos bebês a termo

Sujeito	PRÉAUT		Imitação gestos		Ação Antecipatória		Exploração oportunizada e Ritmo da oferta Fase 1	Exploração oportunizada e Ritmo da oferta Fase 2	Reação corporal frente ao manhês	
	Fase1	Fase2	F1	F2	F 1	F2			Fase 1	Fase 2
T1	15	15	Sim	Sim	Não	Sim	Exploração inadequada e Ritmo adequado	Adequados	Excitação corporal	Lentidão corporal
T2	15	15	Não	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
T3	7	2	Não	Não	Sim	Não	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Adequados	Excitação corporal	Não reage
T4	15	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
T5	15	2	Não	Não	Não	Não	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Lentidão corporal
T6	0	15	Não	Sim	Não	Sim	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Adequados	Não reage	Excitação corporal
T7	15	15	Não	Sim	Sim	Sim	Adequados	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Excitação corporal
T8	3	7	Sim	Não	Sim	Não	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Exploração adequado e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Excitação corporal
T9	15	15	Sim	Sim	Não	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Lentidão corporal
T10	15	4	Sim	Não	Não	Não	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Não reage
T11	7	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
T12	7	15	Não	Sim	Sim	Sim	Adequados	Adequados	Excitação corporal	Excitação corporal
T13	2	15	Não	Sim	Não	Sim	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Lentidão corporal	Excitação corporal
T14	15	15	Não	Sim	Sim	Sim	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Exploração inadequada e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Excitação corporal
T15	6	15	Sim	Sim	Sim	Sim	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Exploração adequada e Ritmo acelerado	Excitação corporal	Excitação corporal

A partir da análise dos juízes, referente aos quadros 3 e 4, observou-se que na primeira fase houve mais bebês a termo que imitaram, sendo que na segunda fase houve o mesmo número de bebês prematuros e a termo que realizaram imitações, conforme o gráfico 7.

Gráfico 7- Análise comparativa da imitação nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

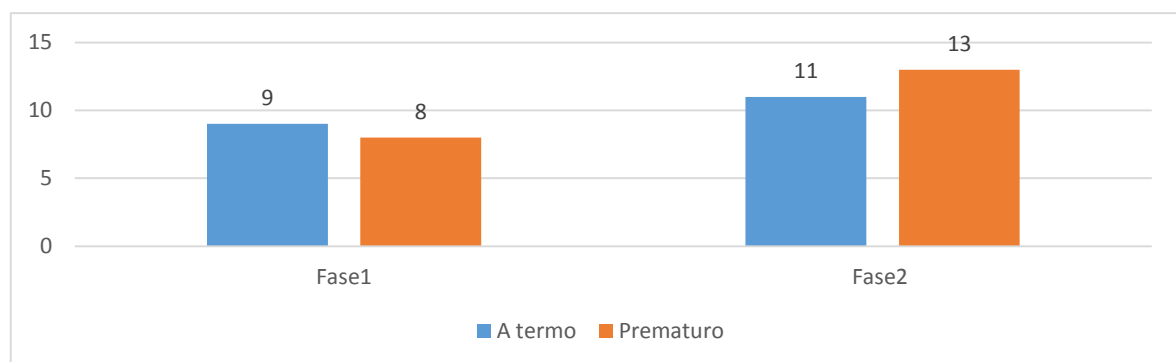
Dos bebês que imitaram os gestos maternos, na primeira avaliação, destacam-se gestos faciais como a tentativa de mandar beijo (P2), o sorriso (T4); gestos corporais como movimentos do braço (P4, P12, T10 e T15), tentativa de bater palmas (P9 e T11) e repetição da expressão “angu” (P12 e T1) e de sons (T9, T11). Referente a segunda avaliação, houve mais bebês que realizaram imitações dos gestos maternos, tais como: bater palmas (P1, P2, P3, P6, P9, P12, P13, P14, T1, T2, T4, T6, T13, T14), dar tchau (T6), mandar beijos (P7, T11) balanceio da cabeça e do tronco (P1, P4, P5, T2, T7, T12), sons (P4, T12: “eeee”; T5, P12: “auau” e P3: tentativa de “papai”), imitação durante o brincar (P2, P6, T9: mãe mostra como o bichinho caminha e o filho imita; P12: imita a mãe “nanando” o bichinho) e bate no tapete como a mãe (P4, P7, T1, T15).

Quanto à ação antecipatória, na primeira avaliação, a maior parte dos bebês realizou movimentos do braço com as mãos abertas indo ao encontro do brinquedo oferecido pela mãe (P1, P4, P8, P9, P11, P14, T2, T3, T4, T7, T8, T11, T12 e T14). Além desse gesto, P15 parou de chorar quando percebeu que a mãe lhe pegaria no colo, T15 realizou a abertura da boca ao visualizar o bico e P12 realizou ativamente um movimento corporal, antecedendo ao estímulo da mãe (o bebê encontrava-se sentado na cadeira e a mãe fazia uma brincadeira em que o puxava para frente,

pelas mãos, em um instante em que a mãe pára esse estímulo o bebê o faz ativamente, como se antecipando ao movimento que a mãe irá dar continuidade).

Já na segunda avaliação, 13 prematuros e 11 a termo realizaram gestos como movimentos de abertura dos dedos indo ao encontro do objeto oferecido pela mãe (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P10, P11, P12, T2, T4, T6, T7, T9, T11), antecipa a chegada do objeto na sua boca, abrindo-a (P13, P14, T1, T12, T13) e a mãe oferece colo e a criança já abre os braços em direção a ela (P9, T14, T15).

Gráfico 8- Análise comparativa da antecipação do gesto materno nos grupos nas fases estudadas



Fase 1=3meses 1dia a 4meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29dias

Logo, observa-se que na fase 1 discreto predomínio da antecipação dentre os bebês a termo, sendo que na fase 2 houve mais prematuros que anteciparam o gesto materno. Destaca-se também, conforme descrito anteriormente, mais antecipações na fase 2.

A exploração do objeto, oportunizada pela mãe, esteve inadequada, em poucas interações, na primeira avaliação, nas quais a mãe colocava o objeto em posição que o bebê não alcançava (T1 e T10), colocava o objeto na mão do bebê (P5 e T6) e não acompanhava a vontade do filho (P3, P6 e T3). A partir deste resultado averigua-se que destes 7 bebês, 6 possuem relatos de momentos de comportamento motor inadequado: inibido (P5) e instável (P3 e T1, T3, T10 e T6).

O ritmo inadequado de oferta materna do brinquedo foi lento (P5) e acelerado (P3, P4, P6, P10, P11, P13, T3, T6, T8, T10, T13, T14 e T15). Assim a lentidão corporal de alguns bebês pode estar relacionada em parte aos gestos corporais maternos lentificados (P5) ou como uma reação diante do ritmo de oferta do objeto acelerado por parte da mãe (P10 e T13).

Na segunda avaliação as mães que oportunizaram de maneira inadequada o objeto a seu filho foram as dos bebês P7, P8, P10, P14, T7, T10 e T14, sendo o ritmo de oferta acelerado nas mães do P7, P8, P10, P14, T7, T8, T10, T13, T14 e T15. Houve o relato dos juízes quanto as mães realizarem várias propostas de brincadeiras ao mesmo tempo e não deixarem a criança explorar o brinquedo.

Os bebês que reagiram com lentidão corporal frente ao manhês, na primeira fase, foram o P5, P10 e T13, sendo todos classificados com sintoma psicomotor de inibição. Já na segunda fase P7, P10, T1, T5, T9, sendo apenas o T1 classificado como inibido psicomotoramente. Já os bebês que não reagiram, foram o P3, P13, T6 na primeira avaliação e P8, T3 e o T10 na segunda avaliação, todos com o sintoma de instabilidade psicomotora.

Quanto à imagem corporal evidenciada na relação corporal do bebê com a mãe, os juízes falaram sobre os bebês normoativos e com boa evolução, sendo 10 bebês (5 prematuros e 5 a termo) da primeira avaliação e 19 (9 prematuros e 10 a termo) da segunda. Quanto aos demais bebês da primeira avaliação, os juízes não identificaram sinais da construção da imagem corporal durante a filmagem de 14 casos, apesar da normoatividade dos bebês, pois esta construção pode ser mais tardia, sem que se possa afirmar uma idade precisa para sua emergência (LEVIN, 2009). E referente aos demais bebês da segunda avaliação, 7 apresentaram sintoma psicomotor (5 instabilidade e 2 inibição). E os bebês restantes apresentaram risco psíquico (P3, P10, P11 e P14).

Observa-se que os bebês da primeira avaliação que manifestaram construção da imagem corporal, não apresentaram episódios, nem a predominância de comportamento motor instável e/ou inibido. Esses bebês que reagiram ao manhês com excitação corporal; e suas mães lhes permitiam a exploração do brinquedo com ritmo de oferta adequado, exceto os bebês P7, T2 e T10. Nesses casos, apesar do ritmo acelerado da mãe, os bebês tinham um curso adequado do desenvolvimento psicomotor. Seguem algumas falas dos juízes que exemplificam essa análise:

“...oferece a mãe o pé para acaricia-lo, ela o acaricia e o bebê mantém o contato visual; ao término ele oferece novamente seu pé”. (P7)

“...a mãe está cantando para a bebê. As duas se olham e sorriem uma a outra. Neste momento, chega alguém na porta e a mãe olha para a pessoa pedindo que ela não entre devido a filmagem. Nesse momento, o bebê sorri para a mãe e joga a

cabeça e os braços pra frente, na tentativa de provocar desejo na mãe e que assim ela continuasse cantando, porém a mãe não viu que essa cena aconteceu”. (T10)

Quanto à imagem corporal evidenciada na relação corporal do bebê com a mãe os juízes falaram sobre os bebês normoativos e com boa evolução na segunda avaliação:

“A criança se oferece para a mãe e solicita que a mãe retorne a cantar para ela, se reconhece separada da mãe e seduz ela dando a entender que compreende seu potencial atrativo na relação”. (P1)

“...se oferece a mãe em vários momentos...atende ao que a mãe solicita...imita a mãe cantando e a solicita para que continue. A mãe significa as ações da filha e a considera na construção de um diálogo, na produção de uma brincadeira, estando ambas bastante integradas”. (P4)

“Ele olha com admiração e atenção para a sua mãe, anunciando que a compreende como alguém importante. É curioso e vai em busca afastando-se da mãe, dando a perceber que compreende-se um ser (sujeito). Não fez agradinhos, mas pareceu responder aos pedidos maternos que poderiam encaixar-se na condição de “fazendo para ela” “ (T4)

“Pode-se supor que a menina foi fisgada pela mãe, imitou, fez sons com a boca como se estivesse se experimentando. Manipulou o brinquedo para conhecê-lo. Me parece que ela está constituindo-se fora do corpo materno, ou seja, ela sabe que é uma e a mãe outra, na condição psíquica também”. (T9)

“Acredito que há uma boa construção de imagem corporal, apesar de que me preocupou o fato dele não reclamar deste jeito da mãe de chegar no corpo dele de forma tão brusca, aceitar os puxões que ela lhe dá sem chorar, sem se incomodar. O menino está bem situado quanto ao seu potencial como sujeito na relação e deve ter momento em que a mãe é carinhosa ou alguém em casa”. (P12)

“Reconhece a mãe, olha, sorri, compreende quando ela diz não e provoca ela. Mas a mãe já não é fonte única pois ele explora o brinquedo, a imagem no espelho e o tapete. As mãos como instrumentos ainda são peças a serem aprimoradas”. (P13)

“Ele está atento, executa alguns pedidos para a mãe, olha e sorri para ela, percebe-se diferente – fora dela. “ (T12)

4.1.2 – Análise qualitativa dos casos de risco: histórico e o dizer dos juízes

Os bebês que manifestaram inibição corporal durante a interação com a sua mãe, na primeira fase avaliativa pelos juízes, foram P5, P10 e T13. Destaca-se que estes bebês não imitaram, nem efetuaram ação antecipatória aos movimentos maternos durante a interação. Já na segunda etapa de vida houveram apenas dois bebês com inibição psicomotora, sendo eles a termo (T1 e T5) e T1 antecipou e imitou. Ressalva-se que não houve caso de manutenção do sintoma psicomotor entre a primeira e a segunda avaliação dos juízes, já que são bebês distintos com sintomas de inibição.

O bebê P5 é filho de uma mãe jovem (16 anos), solteira que vive com o pai da criança, ambos trabalham, possuem Ensino Médio incompleto, têm somente um filho e possuem a avó materna como suporte no cuidado do bebê. A mãe relata que fez uso de ingestão alcoólica e que fumou durante a gestação. Também diz que havia muitas brigas e discussões com o pai da criança. O filho, planejado e desejado, nasceu prematuro tardio, com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e permaneceu 7 dias internado na UTI Neonatal (2 dias em Ventilação Mecânica). No teste Denver II apresentou falha na motricidade grossa na fase 2. Transitou de um comportamento por vezes inibido para normoativo entre fase 1 e 2 de avaliação.

Na análise do vídeo destaca-se a questão ambiental – comportamento materno (corporal e vocal) interferindo na conduta psicomotora infantil: *“Mãe se dirige ao bebê através da fala com tom baixo. Realiza movimentos bastante sutis. O bebê reage da mesma forma, bastante silencioso e pouco responsivo com movimentos muito lentificados”*. Há também inadequação quanto à permissão da exploração do objeto, uma vez que a mãe coloca o objeto na mão do bebê, não permitindo assim que ele o busque, o pegue e o explore. Embora com os movimentos lentificados e com a inadequação da exploração do objeto, ele apresentou desenvolvimento normal para o motor fino e grosso no teste Denver II da fase 1.

Na segunda avaliação, o bebê P5 mesmo classificado como normoativo manteve-se, com “traços” de inibição corporal através de movimentos lentos e talvez “sequelas” do sintoma psicomotor como o atraso no esquema corporal: “dificuldade de troca de posição, e de rolar; não consegue se apoiar sobre os braços para se erguer e não engatinha”. Essas observações confirmam os resultados do Teste

Denver II que demonstrou o déficit no desempenho do motor grosso. O comportamento materno, que anteriormente era inadequado na permissão da exploração do objeto e com ritmo acelerado passou a ser adequado na nova avaliação. Verifica-se, também, que não houve risco psíquico (IRDI e PREAUT) em nenhuma das avaliações e que o bebê passou a antecipar e imitar gestos maternos na segunda avaliação.

O bebê P10 é filha de uma mãe jovem (20 anos), casada, do lar, com Ensino Fundamental completo, possui dois filhos e tem a ajuda da avó materna para cuidar do bebê. Sua filha nasceu prematura tardia com peso adequado para a idade gestacional (AIG), permaneceu 9 dias internada na UTI Neonatal. Na análise da filmagem as juízas afirmaram que:

“A menina apresenta-se durante praticamente toda a filmagem com a mão na boca, sem reações às conversas, às músicas e às brincadeiras que a mãe propõe. A menina permanece olhando o tempo todo para a mãe, mas não realiza gestos corporais que possibilitem uma cena mostrando a relação entre ambas”. A exploração do objeto é permitida porém o ritmo de oferta é acelerado: “...a criança parece não ter percebido que existe algo novo na cena, pois se mantém olhando para mãe todo o tempo. A mãe não mostra o objeto e já inicia propondo brincadeiras onde o cachorro está fora do campo de visão da criança...”. Quanto à reação corporal frente ao manhês, a criança reage com lentidão. Um dos juízes observou fraqueza da musculatura cervical na posição prono, o que corrobora com o resultado do desenvolvimento anormal do motor grosso no teste Denver II. Não apresentou falhas nos Sinais PREAUT. Quanto aos IRDI houve falha referente ao comportamento materno na relação mãe-bebê (indicador 4). Já na segunda avaliação a mãe do bebê P10 continuou oportunizando a exploração do brinquedo de forma inadequada e com o ritmo acelerado: “não dá tempo para a criança explorar” e o filho se manteve com reação corporal lenta frente ao manhês. Esse bebê passou de um sintoma psicomotor de inibido para normoativo porém continua não imitando o gesto materno e manifestou falhas, que antes não possuía, no PREAUT e nos IRDI, relativas ao comportamento do bebê na relação com a sua mãe. Com relação ao esquema corporal: “na posição sentada parecia não ter controle total sobre a posição, não conseguia rolar completamente, não realizou movimentos com membros inferiores como tentativa de engatinhar e parecia não saber como fazer para ficar na posição de gatas”. Esse déficit psicomotor também foi

averiguado no Teste Denver II, com o mau desempenho (25%) nas habilidades motoras amplas (motricidade grossa).

Já analisando os dados de T13, observa-se que sua mãe possui 27 anos, é casada, possui Ensino Superior incompleto, é do lar, tem dois filhos e não possui suporte para o cuidado do bebê. O bebê nasceu com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e com apgar 6 no primeiro minuto. A mãe relata que não proporcionava a experiência de diferentes posições para o bebê durante o dia, permanecendo mais na posição supino. Isto não se refletiu na avaliação do Denver II, na qual não ocorreram falhas. Segundo o IRDI, a criança não reagia ao manhês (indicador 3), não havia troca de olhares com a sua mãe (indicador 5) e o comportamento da mãe de não aguardar a reação do filho (indicador 4), parecia estar motivado pela tentativa de captar a atenção do seu bebê. Nos Sinais PREAUT o bebê não olhava espontaneamente para a sua mãe, não procura se fazer olhar por ela, não sorria e não suscitava troca prazerosa, respondendo com um olhar apenas quando era muito estimulado.

Essas falhas também foram averiguadas pelos juízes: *“O bebê permanece apático durante maior parte da filmagem. As reações dele com relação ao objeto e a mãe foram poucas, e quando aconteceram se deram a partir de choros e balbucios com sentido de reclamação. Quando ele pega o brinquedo, não demonstra desejo em colocar na boca nem em iniciar a manipulação. Inclusive, segura o objeto sem olhar para o brinquedo”*. É destacado um momento de instabilidade corporal na posição prona: *“... tenta manter os braços e as pernas sem tocar no tapete, realizando movimentos descoordenados”*. A mãe permite a exploração do objeto, porém o ritmo de oferta do brinquedo é acelerado: *“A mãe fala muito durante a oferta do brinquedo e faz movimentos intensos, na tentativa de que o bebê olhe para o objeto e o segure. Porém o bebê apresenta pouquíssimas reações as propostas da mãe. Apenas em um momento pega o objeto”*. A resposta corporal do bebê ao manhês é lenta.

Na segunda avaliação o T13 passou a ser classificado como normoativo, sem risco psíquico, imitava e antecipava o gesto materno, porém ainda foram observados alguns “traços” da inibição psicomotora nos seus gestos: *“lento para deslocar-se e mudar de postura. Também percebo que o menino é um pouco silencioso para a idade”*. Contudo, o desenvolvimento motor grosso e fino foi normal na avaliação do Teste Denver II. A mãe mantém o comportamento de ritmo de oferta do objeto

acelerado: “acelera demais não permitindo que a criança pegue o brinquedo”, porém o bebê não mais responde com lentidão ao manhês e sim com excitação corporal.

Logo, pode-se observar que os bebês que anteriormente eram inibidos e na última avaliação dos juízes foram classificados como normoativos, apresentaram comprometimento no esquema corporal. Como principais “sequelas” foram descritas: a dificuldade de troca de posição (rolar) e de deslocamentos (rastejar e engatinhar); desequilíbrio na posição sentado; inexperiência na posição de gatas; pouca mobilidade e intenção lentificada.

O P14 e o T15 embora classificados nas duas avaliações como normoativos, mantiveram-se com momentos de inibição psicomotora. O bebê P14 manteve-se com risco psíquico (IRDI e Sinais PREAUT) “em alguns momentos ele está interessado no que tem a sua volta, porém tem ação motora muito lenta de ir onde quer”. Já o T15 não apresentou falhas nos instrumentos de avaliação psíquica (IRDI e Sinais PREAUT) nem no teste neuropsicomotor (Teste Denver II) na segunda avaliação, sendo observado pelos juízes que: “é inibido a partir das convocações que a mãe lhe fez, com pouca movimentação e intenção lentificada, com dificuldades de se deslocar corporalmente”.

Os bebês que manifestaram inibição corporal durante a interação com a sua mãe, na segunda avaliação são os a termo T1 e T5 e serão descritos a seguir.

A mãe do T1 tem 22 anos, trabalha, é solteira e possui Ensino Fundamental completo. Relata que a sua única gravidez foi planejada e que o pai não conhece o filho. O bebê não apresentou complicações ao nascer. Na primeira avaliação da pesquisa o bebê manifestou déficits na motricidade grossa e foi classificado como normoativo. Já na última avaliação ele não apresentou falhas nos instrumentos avaliativos (Teste Denver II, IRDI e Sinais PREAUT) e passou a ser classificado com o sintoma de inibição psicomotora.

Esse sintoma pode ter-se instalado como identificação da postura materna, segundo a consideração dos juízes: “a mãe apresenta-se com uma postura corporal inibida e tímida e o bebê parece se comportar da mesma forma, a mãe canta em tom baixo, não procura o olhar do bebê que também não se interessa em olhar para ela”. O relato de “acho que o menino tem ritmo familiar que o atrasa, mas acho que tem todos os recursos em esquema corporal para se desenvolver” corrobora com os resultados de bom desempenho no teste Denver II.

Os juízes também apontaram que “a mãe produzia o manhês somente nos

momentos em que via resposta de algo solicitado, quando ele não respondia, ela não tentava chamar a atenção dele por meio do manhês” e que o bebê reagia com lentidão corporal frente ao manhês.

A mãe do T5 tinha 42 anos, trabalhava, era casada e possuía Ensino Fundamental incompleto. Sua gravidez não foi planejada e possuía mais dois filhos. Apresentou hipotireoidismo durante a gestação.

O bebê que na primeira avaliação era normoativo, sem risco psíquico e com atraso no item motor grosso do Denver II, passou a apresentar, na segunda avaliação, risco psíquico nos Sinais PREAUT com pontuação 2 e IRDI com ausência dos indicadores 10- busca de jogos amorosos com a mãe; 11- mãe e criança compartilham linguagem particular e 13 – a criança faz gracinhas.

Havia comprometimento no motor fino e sintoma psicomotor de inibição psicomotora. Os juízes relatam que: “durante quase todo o vídeo o bebê permanece silencioso, com poucas atividades motoras, experimenta algumas trocas de posições, porém mesmo assim muito inibido”. Não imita nem antecipa o gesto materno e reage corporalmente frente ao manhês, com muita lentidão corporal: “é bastante lento motoramente e com relação a linguagem também, a mãe demonstra-se sem repertório para brincar porém conversa com a menina que responde muito pouco ao que a mãe propõe... mesmo com lentidão corporal a menina rolou, engatinhou, saiu da posição deitada para sentada sem dificuldades”.

Dentre os bebês com instabilidade corporal, na primeira classificação dos juízes, encontram-se os bebês P3, P13 e T6. Já na segunda avaliação, houve maior número de bebês classificados com esse sintoma psicomotor (P8, P15, T3, T8 e T10).

Destaca-se que não houve a permanência da classificação psicomotora em ambas avaliações. Salienta-se que os bebês que na primeira avaliação dos juízes foram classificados como instáveis, apresentaram classificação normoativa na segunda avaliação e observaram-se neles “traços” da instabilidade pregressa sob a forma de déficits psicomotores. Cabe-se ressaltar que a mudança no sintoma psicomotor sempre esteve acompanhada de mudança no risco psíquico na mesma direção, ou seja, diminuição ou ausência do sintoma e ausência ou do risco.

No caso de P3 a mãe possuía 21 anos, era dona de casa, casada, tinha Ensino Fundamental completo e somente uma filha cuja gravidez não foi planejada, mas desejada. Possuía ajuda da avó materna nos cuidados da filha que nasceu

prematura tardia (36 semanas e 5 dias), com peso adequado para a idade gestacional, permaneceu 20 dias internada na UTI e por conta disso a mãe relatou ansiedade e medo no período da internação e no pós-alta hospitalar.

A menina apresentou falhas em todos os instrumentos avaliativos na primeira avaliação: IRDI - falhas nos indicadores estão vinculadas a dificuldade da mãe na atribuição de uma interpretação na linguagem de modo sintonizado a demanda do bebê (1), assim como de fisga-lo por meio do seu manhês (2) e de aguardar a reação do bebê após propor algo (4); Sinais PREAUT- falhou em todos os itens, exceto o 1B: bebê olha após estímulo verbal e 4A: ele olha após ser estimulado pela mãe; e teste Denver II com motor grosso com desenvolvimento anormal.

A permissão materna da exploração do objeto foi considerada inadequada pelos juízes: “a menina parece estar muito irritada com as propostas da mãe que são aceleradas e que a menina não consegue dar conta”. O ritmo de oferta é acelerado “frente aos gestos corporais e da fala acelerada da mãe a menina parece estar querendo dizer algo sobre o que está lhe incomodando, ela grita alto e olha para a porta, para cima e para os lados”. Quanto à reação corporal frente ao manhês, “a mãe fala acelerado e durante todo o tempo na brincadeira, faz vários toques no corpo do bebê sem anuncia-los”; “faz várias tentativas de contato com a filha, porém a menina não parece reagir. Ao fim da filmagem ela chega a questionar a filha se não irá receber nenhuma risadinha”. O bebê não imitava gestos maternos, nem manifestava ação antecipatória.

Na segunda avaliação dos juízes, o bebê foi classificado como normoativo e manteve “sequelas” psicomotoras (motricidade fina) e risco psíquico nos Sinais PREAUT e falhas no IRDI.

Outro bebê instável foi o P13, cuja mãe tinha 22 anos, trabalhava, possuía Ensino Fundamental completo, era casada, e tinha mais dois filhos. Ela fazia uso de medicação anti-convulsiva desde os 13 anos.

Apresentou complicações gestacionais (pré-eclampsia e ruptura da bolsa). Seu filho não foi planejado e o seu outro filho lhe ajudava no cuidado com o bebê. Ele nasceu prematuro moderado e com muito baixo peso (32 semanas e 4 dias e 1240g) permaneceu 1 mês e 1 dia na UTI Neonatal.

O bebê não possuía brinquedos e apresentou atraso no desenvolvimento motor fino do Denver (0%), nos Sinais PREAUT (zero na primeira avaliação) e no IRDI (3-não reagia ao manhês e 5- não trocava olhares com a mãe). A pontuação

zero nos Sinais PREAUT e o fato de não reagir ao manhês nem trocar olhares com a mãe indicava presença de risco para evolução para quadro de autismo.

Quanto à análise da filmagem, os juízes relatam que: “*O bebê movimenta-se o tempo todo de forma descompassada a proposta da mãe e descoordenado pois não consegue ir ao encontro do brinquedo e quando colocado na sua mão não suporta segura-lo. Apresenta uma agitação corporal*”. A mãe permite a exploração do objeto, porém o oferece em um ritmo acelerado. Não há reação corporal do bebê frente ao manhês, sendo que “*o olhar não é endereçado à mãe e chega a virar o corpo para esquivar-se do contato materno*”. O bebê não imitou gestos, nem apresentou ação antecipatória.

Já na segunda avaliação foi classificado como normoativo. Não apresentou risco psíquico no IRDI e nos Sinais PREAUT, porém manteve-se com desenvolvimento anormal na motricidade fina e com o relato de apresentar “*momentos de agitação psicomotora*”. Também foi observada a dificuldade de construção de brincadeira com o objeto: “*o bebê só atira o brinquedo no chão e a mãe tenta construir a brincadeira*” e a “*dificuldade de organizar o seu corpo para pegar o objeto*”.

E, finalmente, o caso T6 cuja mãe tinha 32 anos, estava desempregada, casada, possuía Ensino Fundamental incompleto, com 5 filhos, gravidez não planejada (mas desejada) e com suporte no cuidado do bebê dos irmãos mais velhos.

A filha nasceu a termo tardio (41semanas e com 3410g) e apresentou falhas em todos os instrumentos avaliativos: IRDI -falhou em 4 itens demonstrando risco psíquico; Sinais PREAUT-falhou em todos os itens, demonstrando risco grave para a evolução autística; e no teste Denver II motor grosso e fino apresentou desenvolvimento anormal na primeira fase.

Na filmagem foi averiguado: “*...movimentos repetidos, MMSS^S na lateral do corpo (sentada) e realiza movimentos acelerados em prono e supino*”. A permissão materna da exploração do objeto é adequada, porém na tentativa de capturar o olhar da filha, a mãe acelera o ritmo de oferta: “*Não acho que esteja relacionado a postura materna, tem algo no bebê*”. “*O bebê olha muito pouco para a mãe e ele responde ao manhês com tom de resmungo e choro e não reage corporalmente*”. O bebê não imita gestos maternos, nem manifesta ação antecipatória.

Na segunda avaliação os instrumentos avaliativos IRDI e Sinais PREAUT apresentaram-se com bom desempenho, com imitação e antecipação do gesto materno assim como reagindo ao manhês. Porém os juízes averiguaram atraso no esquema corporal do bebê: “ocorreu dificuldade de sair da posição de decúbito ventral para gatas, pois tentou várias vezes e não conseguiu” “...se incomodou com a posição deitada, porém a mãe teve que auxiliar para que ela pudesse se levantar”. Podendo-se pensar que mesmo com uma melhora no desenvolvimento psíquico, houve ainda “sequelas” no desempenho psicomotor, também averiguado no Teste Denver II com déficit na motricidade fina e grossa.

Os juízes apontaram que em alguns momentos da primeira avaliação certos bebês permaneceram com o comportamento de instabilidade psicomotora, estando associada à posição supino (P3, P14 e T8), ou a todas as posições que foram colocados (P13, T1, T3 e T6).

Na segunda avaliação, os bebês P8, P15, T3, T8 e T10 foram classificados com o sintoma de instabilidade psicomotora e serão descritos a seguir.

A mãe do bebê P8 tinha 23 anos, trabalhava, possuía Ensino Médio Completo, era casada, com somente um filho. Apresentou complicação gestacional (pré eclampsia). Seu filho não foi planejado e a avó paterna ajudava no cuidado do bebê. Ele nasceu prematuro moderado e com baixo peso (31semanas 5 dias e 1225g), permaneceu 38 dias internado na UTI, sendo 11 em ventilação mecânica.

O bebê apresentou falha nos três instrumentos avaliativos (Teste Denver II, IRDI e Sinais PREAUT) na segunda fase. Quanto à análise da filmagem, os juízes relatam que “há algo na menina que está colocando em questão a relação dela com o outro. Ela só olhou para a mãe quando estava desesperada e em sofrimento profundo, pedindo colo”. “Menina agitada, inquieta e sem recurso motor para avançar em exploração fora do corpo materno, emite sons – “berros que chamam a atenção pois é ela mesma que se excita”. P8, na visão dos juízes, não imita nem antecipa o gesto materno. Também não reage corporalmente frente ao manhês: “A fala materna não provoca efeitos na menina, não a acalma, pois a criança mantém-se irritada”. A mãe oportuniza de forma inadequada a exploração do objeto: “achei que ela deveria brincar e não fazer uma gincana de pegar os objetos com a menina”. “A menina apresenta atraso no desenvolvimento motor – não rola e demonstra intenção de buscar o objeto mas não consegue fazer e chora”.

Esse atraso se evidenciou no teste Denver II com déficit no motor fino e

grosso, assim como o risco psíquico verificado nos Sinais PREAUT e no IRDI (não buscava ativamente jogos amorosos com a mãe durante os cuidados corporais, não fazia gracinhas e mãe e criança não compartilhavam de linguagem particular). Observa-se que esta menina já apresentava, na primeira avaliação, déficit no Teste Denver II (motor grosso) e risco moderado nos Sinais PREAUT (não procurava se fazer olhar por sua mãe na ausência de solicitação dela).

Outro bebê classificado com instabilidade psicomotora foi o P15. Sua mãe tinha 18 anos, era dona de casa, solteira, possuía Ensino Fundamental incompleto e tinha filhos gêmeos cuja gravidez não foi planejada. Possuía ajuda da tia materna nos cuidados com os filhos. P15 nasceu prematuro extremo (30semanas 3dias), com peso adequado para a idade gestacional (1290g). Permaneceu 20 dias internado na UTI e por conta disso a mãe relatou ansiedade neste período.

Na filmagem observou-se acerca de P15: “o bebê possui ritmo acelerado que não está em compasso com a proposta que a mãe lhe faz”. Não imitava nem antecipava os gestos maternos. Quanto ao esquema corporal “Em alguns momentos se bateu no espelho, se desequilibrou e pareceu desorganizado com seu corpo”.

No teste Denver II, observou-se dificuldade da motricidade fina, não sendo sensível a falta de equilíbrio e de organização corporal apontada pelos juízes.

Nos sinais PREAUT obteve 6 de pontuação, com falhas na espontaneidade de olhar e de suscitar trocas de olhares e troca jubilatória com a mãe. Os indicadores do protocolo IRDI ausentes foram relativos ao comportamento do bebê na interação nos indicadores: 10- busca de jogos amorosos com a mãe, 11- mãe e criança compartilham linguagem particular e indicador 13 – a criança faz gracinhas, e destaca-se que ele não estranhava pessoas desconhecidas (indicador 12). Apesar desses indicadores, em alguns momentos, o bebê reagia corporalmente à fala materna em manhês.

Em relação à mãe, os juízes observaram que oportunizou a exploração e o ritmo de oferta do brinquedo adequados, porém “a maior parte do tempo da filmagem o bebê não pareceu interessado no que a mãe fazia”. Destaca-se o momento em que ela fez uma brincadeira no corpo do filho: “ela o coloca entre suas pernas, segura-o pelas mãos e faz movimentos como se ele tivesse caindo para trás, assim este movimento de instabilidade e de balanceio para frente e para trás o excita e provoca risadas. Porém ele não a convoca para continuar a brincadeira”.

Na primeira avaliação dos juízes este bebê (P15) não imitava gestos

maternos e apresentava falhas no IRDI relativos ao comportamento materno de não saber o que a criança quer quando chora ou grita (item 1) e de não fazer o manhês durante a fala com o seu filho (item 2).

O bebê T3, também foi classificado com instabilidade psicomotora. Sua mãe estava com 33 anos, dona de casa, casada e possuía Ensino Médio completo. Tinha dois filhos, a gravidez de T3 foi planejada e não houve complicações gestacionais. Ela não possuía ajuda para cuidar dos filhos.

Na análise das avaliações de T3, da segunda fase, houve comprometimento da motricidade fina, e o agravamento da relação mãe-filho observadas pelo risco grave no Sinal PREAUT aos 9 meses e dos indicadores ausentes no protocolo IRDI.

Essas falhas foram também averiguadas pelos juízes: “o bebê se movimenta de um lado para outro no tatame, uma movimentação sem sentido, sem buscar algo que deseja, não parece estar curioso... ele não responde a quase nada que a mãe propõe, não a olha quando é chamado pelo seu nome e parece não estar interessado no que ela diz ou faz”. A mãe oportuniza a exploração do objeto com ritmo de oferta adequado. O bebê além de não imitar nem antecipar gestos maternos, também não reage ao manhês nem obedece as ordens maternas, “...inclusive retorna a fazer o que a mãe indica que não pode”.

Na primeira avaliação o bebê apresentava risco moderado nos Sinais PREAUT e não imitava o gesto materno. O comportamento da mãe era inadequado referente a oportunizar exploração e o ritmo de oferta do objeto era acelerado.

A mãe do T8 tinha 31 anos, trabalhava, era casada e possuía Ensino Médio Completo. A gravidez não foi planejada e relatou que durante a gestação se incomodou com o pai da criança que não queria assumir o filho. O bebê nasceu com peso adequado e apresentou refluxo alimentar.

Quanto aos instrumentos avaliativos, na segunda etapa de vida analisada, houve falhas no motor fino do Denver II, risco intermediário nos Sinais PREAUT (pontuação 7) e IRDI com indicadores ausentes: 10- durante os cuidados corporais a criança busca ativamente jogos amorosos com a mãe; 13- a criança faz gracinha; 14- a criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada). Destaca-se que o T8 na primeira etapa de vida avaliada foi classificado como normoativo, mas tinha momentos de instabilidade, apresentava comprometimento psíquico nos sinais PREAUT e IRDI.

Na segunda avaliação os juízes consideraram que o sintoma de instabilidade

psicomotora esteve mais presente: “seus movimentos corporais não estão de acordo com o pedido e a proposta que a mãe realiza; parece desorganizar-se em alguns momentos já que está sorrindo e em alguns momentos chora, porém não parece ser devido as ações da mãe que fala em manhês com a criança e mantém a proposta que até então divertia o bebê e em determinados momentos parece lhe incomodar”.

A mãe, assim como na avaliação anterior manteve-se com ritmo acelerado de oferta do objeto “oferece o brinquedo muito rápido, mal deixa o menino explorá-lo e já propõe outra brincadeira, parece que tenta fazer com que a criança não chore, não se instabilize”. O bebê não imitou nem antecipou o gesto materno.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor houve relato pelos juízes de atraso do esquema corporal (motor grosso), inexperiência na posição de gatas e verificação de assimetria corporal: “não senta sem apoio, não parece saber se organizar para realizar os movimentos adequados quando colocado na posição de gatas, apresenta movimento muito desorganizado, principalmente alguma questão com o hemisfério esquerdo, já que demora mais para organizar o lado esquerdo quando precisa realizar o movimento”.

O T10 era filho de mãe com 21 anos, dona de casa, casada e que possuía Ensino Médio incompleto. Apresentou sífilis no início da gestação. Relatou que não oportunizava diferentes posições para o bebê.

Ele passou de normotivo para instável. Na primeira avaliação não houve comprometimento psicomotor nem psíquico, porém a mãe não oportunizava exploração adequada e o ritmo de oferta do objeto era acelerado.

Na segunda avaliação a mãe se manteve com exploração e ritmo de oferta inadequados e houve comprometimento psicomotor e psíquico, com falhas no motor fino e grosso do Denver, risco nos Sinais PREAUT (pontuação 4) e IRDI com indicadores ausentes: 10- durante os cuidados corporais a criança busca ativamente jogos amorosos com a mãe; 13- a criança faz gracinha; 14- a criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

Essas falhas foram também averiguadas pelos juízes: “a mãe faz manhês porém não fisga a atenção da criança, parece meio fora do ritmo, tanto da música quanto da relação ... durante todo o tempo da filmagem a menina não parece estar nem um pouco atenta a presença da mãe, já que só reage quando a mãe toca nela para impedir que ela faça alguma coisa, como mexer no celular”.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, os juízes apontaram falhas no

esquema corporal como “desequilibra-se na posição sentada, possui alguns movimentos descoordenados com membros superiores, não realizou tentativa de rastejamento nem engatinhar, apresentou dificuldade de rolar... quando colocada em decúbito dorsal parece apresentar comportamentos motores de um bebê muito pequeno, já que as tentativas de se levantar se dão apenas a partir do movimento cervical. Acho que não tem iniciativa e força motora adequada para a idade”.

O P11 foi classificado em ambas avaliações dos juízes como sendo normoativo, porém foi relatado que havia momentos de instabilidade psicomotora e que não imitava os gestos maternos.

Na segunda avaliação as juízas observaram: “acredito haver relação com a postura materna, pois ela se coloca em uma posição corporal que dá condições para o bebê ir fazendo as ações de forma desorganizada, sem prestar atenção no que está fazendo”. “O bebê durante a filmagem passa se movimentando de um lado para o outro, mexe em tudo o que vê e parece não compreender quando a mãe lhe diz “não”. Não vi algo que ligasse a mãe para armar uma brincadeira, ela retira seu filho e o troca de posição sem anunciar... o bebê usa a mãe para deslocar-se (ficar em pé para pegar algo) mas não teve diálogo olho a olho”.

Este risco psíquico do bebê na relação com a sua mãe também pode ser comprovado através do escore dos Sinais PREAUT que foi 2 e dos IRDI ausentes 10- busca de jogos amorosos com a mãe; 11- mãe e criança compartilham linguagem particular; 12- estranha pessoas desconhecidas; 13 – a criança faz gracinhas.

Logo, pode-se averiguar nos bebês com o sintoma de instabilidade psicomotora, além do risco psíquico evidenciado em alterações no protocolo IRDI e Sinais PREAUT, comprometimento psicomotor como atraso do esquema corporal, assimetria postural, momentos de agitação motora com gestos desorganizados e sem intenção.

4.1.3 Análise Estatística do Estudo 1

Na tabela 5 são analisados os dados a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil, para os 15 bebês prematuros e 15 bebês nascidos a termo.

Tabela 5 – Classificação Econômica das famílias dos bebês prematuros e a termo segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil

Classificação Econômica	Grupo amostral		Total	p- valor
	Prematuro	A termo		
D	2	0	2	p = 1,0
C2	2	2	4	
B2	1	5	6	
C1	8	6	14	
B1	2	2	4	
Total	15	15	30	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) Utilizado o teste U de Mann-Whitney

A partir dos resultados acima, observa-se que a maior concentração tanto dos bebês prematuros quanto a termo, encontram-se na classe econômica C1. A renda da família dos bebês variou de R\$ 800 – 4.800 nos prematuros e de R\$ 1.000 – 5.000 nos bebês a termo. A maior parte das famílias possuem os aparelhos eletrônicos (TV, DVD, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar) e a escolaridade paterna preponderante é Ensino Médio completo. Portanto, o grupo amostral é homogêneo, não apresentando assim significância estatística, quando comparadas as variáveis estudadas pelo Critério de Classificação Econômica do Critério Brasil, uma vez que todas as famílias são oriundas de atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assistido no HUSM e na UBS. Percebe-se também que as residências com maior número de pessoas foram as dos bebês prematuros.

Nas próximas tabelas, apresentam-se os dados obtidos pela análise do teste Denver II e das tabelas resultantes do cruzamento dos dados obtidos pelo julgamento dos juízes.

Tabela 6 – Desempenho do Motor fino frente às variáveis na fase 1

Classificação	Motor fino		p- valor
	Anormal	Normal	
Gestacional			
Prematuro	50% (2)	50% (13)	p = 1,0 ¹
A termo	50% (2)	50% (13)	
IRDI			
Com risco	100% (4)	46,1% (12)	p = 0,18 ¹
Sem risco	0	53,8% (14)	p = 0,66 ²
PREAUT			
Com risco	75% (3)	34,6% (9)	p = 0,63 ¹
Sem risco	25% (1)	65,3% (17)	p = 0,27 ²
Instabilidade psicomotora			

Sim	50% (2)	3,8% (1)	$p = 0,003^{*1}$
Não	50% (2)	96,1% (25)	$p = 0,03^{* 2}$
Inibição psicomotora			
Sim	0	11,54 % (3)	$p = 0,48^1$
Não	100% (4)	88,46% (23)	$p = 1,0^2$

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – ¹ Teste U de Mann-Whitney ² Teste exato de Fisher

Fase 1=3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias.

O desenvolvimento motor fino, no Denver II, foi normal para a mesma quantidade de bebês prematuros e a termo. A incidência de anormalidade no desempenho motor fino foi baixa e ocorreu em dois bebês prematuros e dois a termo. Devido a essa homogeneidade não houve significância estatística.

Embora sem significância estatística, vale ressaltar que 100% dos bebês com desenvolvimento anormal no motor fino apresentaram risco no IRDI.

Quanto aos Sinais PREAUT, a maior parte dos bebês se apresentou com desenvolvimento normal e sem risco de evolução para autismo.

Houve significância estatística do desempenho do motor fino com o sintoma de instabilidade psicomotora. Observou-se que 96,1% dos bebês, tanto de nascidos pré-termo quanto a termo, apresentaram-se com desenvolvimento normal e sem o sintoma. Logo, pode-se concluir que o grupo de bebês com instabilidade psicomotora é um número significativamente menor, porém a maioria com desenvolvimento anormal do motor fino. Foram apenas três bebês que apresentaram instabilidade psicomotora, sendo que dois apresentaram déficit no motor fino. Em função da pequena amostra, os dados percentuais (66,6%) são mais reveladores da correlação entre a presença de sintoma de instabilidade e risco psíquico.

Relativo ao sintoma de inibição psicomotora, a grande maioria dos bebês apresentou-se com desempenho normal no motor fino e sem esse sintoma. Destaca-se que todos os bebês inibidos apresentaram desenvolvimento normal na motricidade fina pelo teste de Denver II.

Tabela 7 - Desempenho do Motor grosso frente as variáveis na fase 1

	Motor grosso		p- valor
	Anormal	Normal	
Classificação Gestacional			
Prematuro	50% (4)	50% (11)	p = 1,0 ¹
A termo	50% (4)	50% (11)	
IRDI			
Com risco	75% (6)	45,5% (10)	p = 0,54 ¹
Sem risco	25% (2)	54,5% (12)	p = 0,22 ²
PREAUT			
Com risco	62,5% (5)	31,8% (7)	p = 0,70 ¹
Sem risco	37,5% (3)	68,1% (15)	p = 0,20 ²
Instabilidade psicomotora			
Sim	25% (2)	4,5% (1)	p = 0,09 ¹
Não	75% (6)	95,4% (21)	p = 0,16 ²
Inibição psicomotora			
Sim	12,5% (1)	9,09% (2)	p = 0,65 ¹
Não	87,5% (7)	90,9% (20)	p = 1,0 ²

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – ¹ Teste U de Mann-Whitney ² Teste exato de Fisher
Fase 1- 3 meses e um dia a 4 meses e 29 dias

A partir da tabela 7 conclui-se que não houve significância estatística entre o desenvolvimento motor grosso e as variáveis acima, uma vez que a maioria dos bebês se apresentou com bom desempenho da motricidade grossa, sem risco psíquico e com baixa incidência de sintomas psicomotores.

A maior parte dos bebês prematuros e dos bebês nascidos a termo apresentou desenvolvimento normal na avaliação do teste Denver II referente à motricidade grossa, o que não diferenciou estatisticamente os grupos. Dentre os oito bebês com desenvolvimento anormal do motor grosso, quatro eram prematuros e quatro nascidos a termo.

Houve desenvolvimento normal do motor grosso na maioria dos bebês que se apresentaram com todos os indicadores presentes. Vale ressaltar que diferentemente do resultado do motor fino, onde não houve nenhum bebê com desenvolvimento anormal e com todos os indicadores presentes no protocolo IRDI, o resultado acima evidencia que houve dois bebês com o desenvolvimento anormal do motor grosso e que apresentou todos os indicadores presentes no IRDI. Portanto, para esta amostra, não houve significância estatística na relação entre essas variáveis.

Dentre os bebês com risco nos Sinais PREAUT, percebe-se a presença do desenvolvimento motor grosso normal para 7 contra 5 bebês com esses níveis de risco. Logo, não houve significância estatística entre essas variáveis.

Quanto aos sintomas psicomotores, dos 3 bebês instáveis, 2 apresentaram atraso no motor grosso. Já dos 3 bebês inibidos, 2 não apresentaram atraso.

Tabela 8 – Instabilidade psicomotora em relação às variáveis na fase 1

Classificação gestacional	INSTÁVEL		p-valor
	Sim	Não	
Prematuro	66,6% (2)	48,2% (13)	p = 1,0
A termo	33,3% (1)	51,8% (14)	
IRDI			p = 0,22
Com risco	100% (3)	48,2% (13)	
Sem risco	0	51,8% (14)	
PREAUT			p = 0,54
Com risco	100% (3)	33,3% (9)	
Sem risco	0	66,7% (18)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Fase 1- 3meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias

Observa-se, a partir da tabela 8, que a maioria dos bebês prematuros e a termo não apresentou instabilidade psicomotora e que não houve significância estatística entre essa variável e os grupos do estudo e os instrumentos de avaliação de risco psíquico (IRDI e PREAUT). Ressalte-se, no entanto, que todos os bebês instáveis psicomotoramente apresentaram risco no IRDI e nos Sinais PREAUT.

Tabela 9 – Inibição psicomotora em relação às variáveis na fase 1

Classificação gestacional	INIBIÇÃO		p-valor
	Sim	Não	
Prematuro	66,6% (2)	48,2%(13)	p = 1,0
A termo	33,3% (1)	51,8% (14)	
IRDI			p = 1,0
Com risco	66,7% (2)	51,8% (14)	
Sem risco	33,3% (1)	48,2% (13)	
PREAUT			p = 1,0
Com risco	33,3% (1)	40,7% (11)	
Sem risco	66,6% (2)	59,3% (16)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Fase 1- 3meses e 1 dia a 4meses e 29 dias

Os resultados da tabela 9 demonstram que não houve significância estatística entre as variáveis, sendo que a maior parte dos bebês prematuros e a termo não apresentou inibição psicomotora.

Pode-se observar também que, diferente dos bebês com o sintoma de instabilidade, onde todos apresentaram falhas no IRDI e no PREAUT, houve bebês inibidos sem risco nesses instrumentos avaliativos.

Tabela 10- Imitação e antecipação do gesto materno frente às variáveis na fase1

	IMITAÇÃO			ANTECIPAÇÃO		
	Sim	Não	p-valor	Sim	Não	p-valor
Classificação gestacional						
Prematuro	33,3% (5)	55,6% (10)	p= 0,71	47% (8)	53,8% (7)	p= 1,0
A termo	46,7% (7)	44,4% (8)		53% (9)	46,2% (6)	
IRDI						
Com risco	41,7 (5)	61,1%(11)	p =0,45	47% (8)	61,5% (8)	p =0,48
Sem risco	58,3% (7)	38,9% (7)		53% (9)	38,5% (5)	
PREAUT						
Com risco	41,7% (5)	38,9% (7)	p = 1,0	47% (8)	30,7% (4)	p = 0,46
Sem risco	58,3% (7)	61,1% (11)		53% (9)	69,3% (9)	
Motor fino						
Normal	91,7% (11)	83,3% (15)	p =	88,2%(15)	84,6% (11)	p = 1,0
Anormal	8,3% (1)	16,7% (3)	0,63	11,8% (2)	15,4% (2)	
Motor Grosso						
Normal	75% (9)	72,3% (13)	p = 1,0	82,3% (14)	61,5% (8)	p = 0,24
Anormal	35% (3)	27,7% (5)		17,7% (3)	38,5% (5)	
Instabilidade						
Sim	0	16,7% (3)	p =0,25	0	23% (3)	p= 0,07
Não	100% (12)	83,3% (15)		100% (17)	77% (10)	
Inibição						
Sim	0	16,7% (3)	p =0,25	0	23% (3)	p= 0,07
Não	100% (12)	83,3% (15)		100% (17)	77% (10)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Fase 1- 3meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias

Não houve significância estatística entre a imitação e antecipação do gesto materno com as variáveis investigadas. Embora se observe que os bebês a termo imitaram e anteciparam discretamente mais que os prematuros; e que no pequeno grupo de bebês que imitaram e anteciparam o gesto da mãe, a maioria dos bebês apresentou ausência de risco psíquico (IRDI e Sinais PREAUT), de falhas no desempenho do motor fino e grosso (Teste Denver II) e ausência do sintoma de instabilidade e inibição psicomotora.

Resultados estatísticos da segunda análise dos bebês realizada pelos juízes na fase 2, estão nas próximas tabelas.

Tabela 11 - Desempenho do Motor fino frente às variáveis na fase 2

	Motor fino		p- valor
	Anormal	Normal	
Classificação gestacional			
Prematuro	40% (4)	55% (11)	p = 0,69 ¹
A termo	60% (6)	45% (9)	
IRDI			
Com risco	70% (7)	30% (6)	p = 0,07 ¹
Sem risco	30% (3)	70% (14)	
PREAUT			
Com risco	70% (7)	15% (3)	p = 0,013* ¹
Sem risco	30% (3)	85% (17)	
Instabilidade psicomotora			
Sim	50% (5)	0	p = 0,0003* ¹
Não	50% (5)	100% (20)	
Inibição psicomotora			
Sim	10% (1)	5% (1)	p = 0,51 ¹
Não	90% (9)	95% (19)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – ¹ Teste U de Mann-Whitney ² Teste exato de Fisher

Fase 2- 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias

Da tabela 11, destaca-se a significância estatística do desempenho do motor fino com o risco nos Sinais PREAUT. Dos bebês prematuros e a termo, 85% (17) apresentaram-se com desenvolvimento normal e sem risco de evolução para autismo. Portanto, pode-se averiguar que o grupo de bebês com risco nos Sinais PREAUT é um número significativamente menor, porém a maioria com desenvolvimento anormal do motor fino. Dos 10 bebês que apresentaram risco (moderado ou grave) 7 apresentaram déficit no motor fino.

Também houve significância estatística do desempenho do motor fino com o sintoma de instabilidade psicomotora. Observou-se que 100% (20) dos bebês, tanto prematuros quanto a termo, apresentaram-se com desenvolvimento normal e sem o sintoma. Logo, pode-se concluir que o grupo de bebês com instabilidade psicomotora (5) é um número significativamente menor, porém todos os bebês

apresentaram desenvolvimento anormal do motor fino. O mesmo não foi observado, contudo, para o sintoma de inibição que só ocorreu em dois bebês da amostra.

Tabela 12 - Desempenho do Motor grosso frente às variáveis na fase 2

	Motor grosso		p- valor
	Anormal	Normal	
Classificação Gestacional			
Prematuro	50% (3)	50% (12)	p = 1,0 ¹
A termo	50% (3)	50% (12)	
IRDI			
Com risco	50% (3)	41,7% (10)	p= 0,44 ¹
Sem risco	50% (3)	58,3% (14)	p = 1,0 ²
PREAUT			
Com risco	50% (3)	30% (7)	p = 0,63 ¹
Sem risco	50% (3)	70% (17)	p = 0,37 ²
Instabilidade psicomotora			
Sim	33,3% (2)	12,5% (3)	p = 0,35 ¹
Não	66,7% (4)	87,5% (21)	p = 0,25 ²
Inibição psicomotora			
Sim	0	8,3% (2)	p = 0,47 ¹
Não	100% (6)	91,7% (22)	p= 1,0 ²

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – ¹ Teste U de Mann-Whitney ² Teste exato de Fisher

Fase 2- 8 meses e 1 dia a 9meses e 29 dias

A partir da tabela 12 observa-se que não houve significância estatística entre o desenvolvimento motor grosso e as variáveis acima, uma vez que a maioria dos bebês se apresentou com desenvolvimento motor grosso normal, sem risco psíquico (IRDI e Sinais PREAUT) e sem sintomas psicomotores. Dentre os 6 bebês com desenvolvimento anormal do motor grosso, 3 são prematuros e 3 a termo, não havendo, portanto, diferença em relação a esta variável obstétrica.

Quanto aos instrumentos investigativos de risco psíquico, o desempenho do motor grosso foi normal na maioria dos bebês com e sem risco psíquico. Logo, observou-se 58,3% (14) dos bebês com todos os indicadores presentes no IRDI, sendo que dos 13 bebês com um ou mais indicadores ausentes, 10 apresentaram desempenho normal na motricidade grossa. Proporção similar também ocorreu na avaliação dos sinais PREAUT, já que dos 10 bebês com risco, 7 apresentaram desenvolvimento normal no motor grosso. Portanto, este aspecto do Denver II apresentou-se pouco sensível correlacionado ao risco psíquico. Apenas os bebês instáveis apresentaram alguma correlação com alteração no motor grosso (2 bebês).

Tabela 13 – Instabilidade psicomotora em relação às variáveis na fase 2

Classificação	INSTÁVEL		p-valor
	Sim	Não	
Classificação gestacional			
Prematuro	40% (2)	52% (13)	p = 1,0
A termo	60% (3)	48% (12)	
IRDI			
Com risco	100% (5)	32% (8)	p = 0,009*
Sem risco	0	68% (17)	
PREAUT			
Com risco	100% (5)	20% (5)	p = 0,001*
Sem risco	0	80% (20)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Fase 2 – 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias

Não houve significância estatística entre os grupos do estudo e a variável instabilidade psicomotora, uma vez que a maior parte dos bebês prematuros e a termo não apresentou esse sintoma psicomotor.

Houve significância estatística entre o sintoma psicomotor de instabilidade e o risco psíquico no IRDI. Os bebês sem instabilidade apresentaram todos os indicadores presentes, portanto sem risco. No pequeno grupo de bebês com esse sintoma, todos apresentaram um ou mais indicadores dos IRDI ausente, portanto, todos com risco psíquico.

Também houve significância estatística entre o sintoma psicomotor de instabilidade e o risco psíquico de evolução autística detectado pelos Sinais PREAUT, já que 80% dos bebês que não apresentaram esse sintoma não possuíam risco nos Sinais PREAUT. Já no pequeno grupo de bebês instáveis, 100% deles apresentaram risco psíquico.

Logo, pode-se concluir que os bebês com sintoma de instabilidade apresentaram, com significância estatística, comprometimento psicomotor no teste motor fino do DENVER II e risco psíquico tanto pelo IRDI quanto pelos Sinais PREAUT.

A seguir a tabela referente ao sintoma psicomotor de inibição na fase 2.

Tabela 14 – Inibição psicomotora em relação às variáveis na fase 2

Classificação	INIBIÇÃO		p-valor
	Sim	Não	
Classificação gestacional			
Prematuro	0	53,6%(15)	p = 0,48
A termo	100% (2)	46,4% (13)	
IRDI			
Com risco	50% (1)	42,8% (12)	p = 1,0
Sem risco	50% (1)	57,2% (16)	
PREAUT			
Com risco	50% (1)	32,2% (9)	p = 1,0
Sem risco	50% (1)	67,8% (19)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Fase 2- 8meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias

A partir da tabela 14, os resultados demonstram que a maior parte dos bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico pelos dois instrumentos (IRDI e Sinais PREAUT) não apresentou inibição psicomotora, o que tornou a discussão desse sintoma pouco relevante nesta amostra, em que a instabilidade ocorreu mais nos casos de risco.

Na tabela 15, são apresentados os dados de imitação e antecipação dos gestos maternos na fase 2.

Tabela 15- Imitação e antecipação do gesto materno frente às variáveis fase 2

Classificação	IMITAÇÃO			ANTECIPAÇÃO		
	Sim	Não	p-valor	Sim	Não	p-valor
Classificação gestacional						
Prematuro	50% (11)	50% (4)	p= 1,0	54,1% (13)	33,3% (2)	p= 0,65
A termo	50% (11)	50% (4)		45,9% (11)	66,6% (4)	
IRDI						
Com risco	22,7% (5)	100%(8)	p=0,0002*	29,2% (7)	100% (6)	p=0,002*
Sem risco	77,3% (17)	0		70,8% (17)	0	
PREAUT						
Com risco	9,09% (2)	100% (8)	p=0,00001*	16,7% (4)	100% (6)	p=0,0003*
Sem risco	90,91% (20)	0		83,3% (20)	0	
Motor fino						
Normal	81,8% (18)	25% (2)	p = 0,007*	83,3%(20)	0	p=0,0003*
Anormal	18,2% (4)	75% (6)		16,7% (4)	100% (6)	
Motor Grosso						
Normal	86,4% (19)	62,5% (5)	p = 0,30	83,3% (20)	67% (4)	p = 0,57
Anormal	13,6% (3)	37,5% (3)		16,7% (4)	33% (2)	
Instabilidade						
Sim	0	62,5% (5)	p =0,0003*	0	83,3% (5)	p=0,00004*
Não	100% (22)	37,5% (3)		100% (24)	16,7% (1)	

Inibição						
Sim	4,6% (1)	12,5% (1)	$p = 0,46$	4,2% (1)	16,7% (1)	$p = 0,36$
Não	95,4% (21)	87,5% (7)		95,8% (23)	83,3% (5)	

* Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste exato de Fisher

Observa-se na tabela 15 que há o mesmo número de bebês prematuros e a termo que realizaram imitação de algum gesto materno.

Houve significância estatística entre a ausência da imitação e o risco psíquico averiguado por meio tanto do protocolo IRDI e quanto pelos Sinais PREAUT. Observa-se que 77,3% (17) bebês sem risco no IRDI e 90,91% (20) sem risco nos Sinais PREAUT imitaram algum gesto de sua mãe, portanto, quase todos os bebês sem risco psíquico imitaram algum gesto de sua mãe.

Dentre os bebês com risco no IRDI, oito não imitaram e cinco imitaram. Já dentre os bebês com risco nos Sinais PREAUT oito bebês não imitaram e apenas dois imitaram o gesto materno.

Portanto, mesmo que a pequena amostra não permita uma generalização estatística importante o estudo demonstra tendência relevante de associação entre risco psíquico e dificuldades na imitação e antecipação de gestos maternos pelo bebê.

Outro resultado com significância estatística foi entre a imitação e o desempenho do motor fino. A maioria dos bebês que apresentaram desenvolvimento motor fino normal imitou o gesto materno. Ainda do pequeno grupo de bebês que não imitou, 75% (6) apresentaram desenvolvimento anormal da motricidade fina. Quanto ao desempenho do motor grosso, a maioria dos bebês apresentou desenvolvimento normal e imitou o gesto materno, sendo que dos 6 bebês com atraso, 3 imitaram e 3 não.

Também houve significância estatística entre as variáveis imitação e instabilidade psicomotora, onde 100% (22) dos bebês que imitaram não apresentaram esse sintoma. Salienta-se que dos 5 bebês com instabilidade psicomotora não houve nenhum caso de bebê, prematuro e a termo, que imitou algum gesto da mãe. Entre os dois bebês com inibição um bebê imitou e outro não.

Referente à antecipação, a maioria dos bebês antecipa o gesto materno, tendo mais prematuros efetuando esse gesto. A maior parte dos bebês em risco nos IRIDs e no PREAUT não antecipa o gesto materno e também apresenta alteração de motricidade fina. A mesma correlação não foi observada com a motricidade grossa

onde houve bebês com alteração, mas que antecipavam o gesto materno.

Houve significância entre a antecipação e o sintoma de instabilidade psicomotora uma vez que dentre os bebês que apresentaram instabilidade psicomotora (5 bebês) nenhum antecipou. Já quanto aos dois bebês com inibição psicomotora, um antecipou o gesto materno e o outro não.

Portanto, ao concluir a exposição dos dados do estudo 1, pode-se afirmar que a instabilidade corporal e alterações de motricidade fina, com menor ocorrência de antecipação e imitação do gesto materno estiveram associadas ao risco psíquico, avaliado tanto pelo IRDI quanto pelos Sinais PREAUT, mas de modo mais intenso com o último protocolo. Esses resultados descritos nas análises qualitativas e com efeitos na construção da imagem corporal dos bebês, foram confirmados na análise estatística. Não houve interferência importante quanto à prematuridade na amostra estudada em função de a amostra contar mais com bebês prematuros tardios.

4.2 Estudo 2 – Análise da relação entre motricidade e risco psíquico

Neste estudo foi realizada análise descritiva e estatística do grupo amostral maior de 165 bebês (103 a termo e 62 prematuros) na faixa etária de 3 meses e um dia a 4 meses e 29 dias (Fase 1); 130 bebês (84 a termo e 46 prematuros) de 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias (fase 2) e por 102 bebês (69 a termo e 33 prematuros) com idade entre 11 meses e um dia a 12 meses e 29 dias (Fase 3).

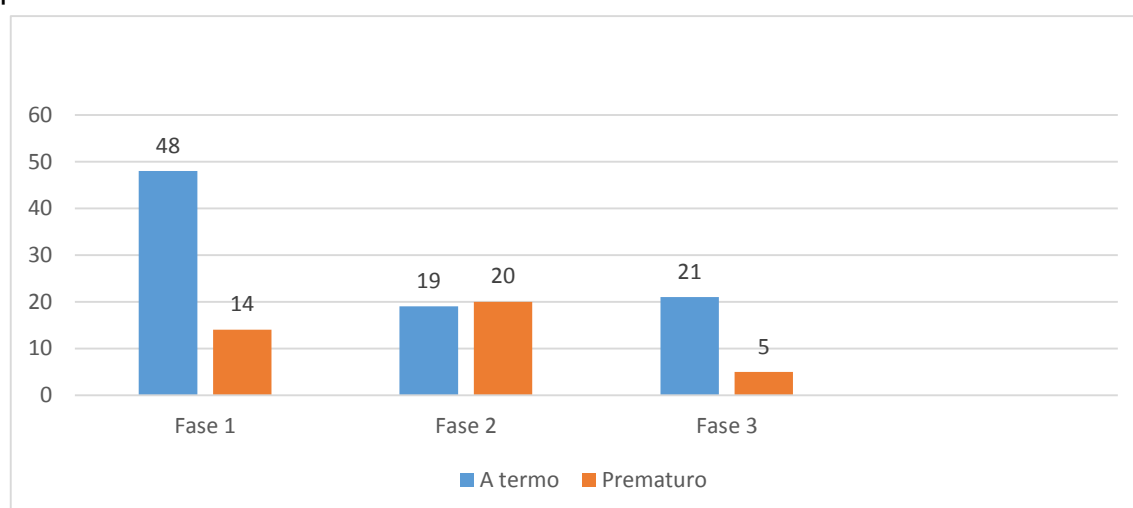
Para análise estatística aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson (r) com a finalidade de medir o grau da correlação entre os instrumentos avaliativos utilizados nesta pesquisa nas idades correspondentes a cada fase. Para tal investigação, utilizaram-se o Teste Denver II quanto aos aspectos motores fino e grosso, os resultados no protocolo IRDI e a pontuação obtida nos Sinais PREAUT.

Referente ao risco psíquico detectado pelos IRDI, na fase 1, dos bebês que apresentaram 1 ou mais indicadores ausentes, 77,4% (48) foram bebês a termo em contrapartida a somente 22,6% (14) prematuros. Dentre os indicadores ausentes, há maior frequência dos indicadores 1 e 4 referente ao comportamento materno de não saber o que o bebê quer quando ele chora ou grita e de não aguardar a reação do bebê após propor algo para ele. Na fase 2, averigua-se que 51,3% (20) bebês prematuros e 48,7% (19) a termo possuem um ou mais indicadores ausentes dos IRDI. Há quase uma igualdade numérica, entre esses grupos. Os itens que mais

estiveram ausentes foram os relativos a criança não estranhar pessoas desconhecidas para ela, a criança e a mãe não compartilharem linguagem particular e da criança não fazer gracinhas. Na fase 3, 80,8% (21) dos bebês a termo apresentaram um ou mais indicadores ausentes em relação a somente 19,2% (5) dos prematuros, sendo os itens mais ausentes relativos aos pais não estabelecerem pequenas regras de comportamento para a criança e a criança não suportar breves ausências e não reagir a longas ausências da mãe.

A evolução desses resultados podem ser visualizadas no gráfico 9.

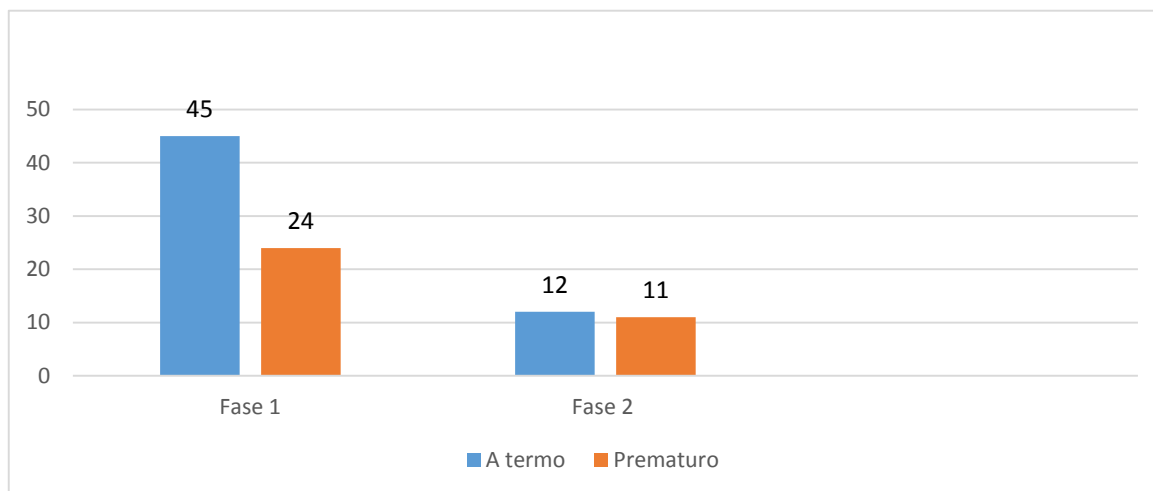
Gráfico 9 – Análise de risco no IRDI nas três fases estudadas no grupo de prematuros e a termo



Fase 1- 3meses 1 dia a 4 meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29 dias

Quanto ao risco psíquico averiguado através do PREAUT, na fase 1, os bebês a termo apresentaram mais risco que os prematuros, apresentando-se em 65,2% (45) contra 34,8% (24). Na fase 2 houve uma discreta prevalência nos bebês a termo (52,2% - 12) quando comparados aos prematuros (47,8% - 11).

Gráfico 10 – Análise de risco nos Sinais PREAUT nas fases 1 e 2



Fase 1- 3meses 1 dia a 4 meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29 dias

Relativo ao Teste Denver II, da motricidade fina na fase 1, observa-se que dos 165 bebês avaliados, 15,8% (26 – 18 a termo e 8 prematuros) apresentaram atraso no motor fino. Os bebês com maior incidência de atraso foram os a termo com 69,2% (18) em comparação aos 30,8% (8) bebês prematuros. Os itens com maior falha foram os relativos a habilidade do bebê, na posição supina, de agarrar o chocalho e de levar as mãos juntas na linha média. Salienta-se ainda que dentre os bebês com atraso no motor fino estão 30,7% (8) de bebês com risco no IRDI e 57,5% (15) com risco nos Sinais PREAUT.

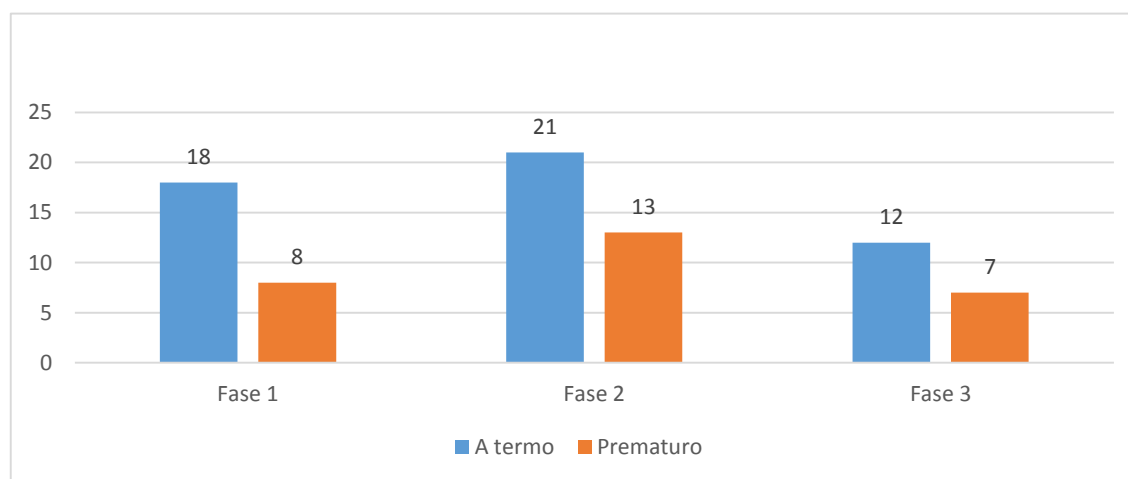
Na fase 2, dos 130 bebês avaliados, apenas 26,2% (34 – 21 a termo e 13 prematuros) apresentaram atraso no motor fino. Logo, houve mais bebês a termo com desenvolvimento anormal (61,8% - 21) do que os prematuros (38,2% -13). Os itens que mais se apresentaram falhos são referentes as habilidades de lateralidade (passar o cubo de uma mão para outra) e de pegar dois objetos, um em cada mão. Salienta-se ainda que dentre os bebês com atraso no motor fino estão 44,1% (15) de bebês com risco no IRDI e 35,3% (12) com risco nos Sinais PREAUT.

Na fase 3, dos 102 bebês avaliados, apenas 18,6% (19 – 12 a termo e 7 prematuros) apresentaram atraso no motor fino. Logo, verificou-se que 63,2% (12) dos bebês a termo e somente 36,8% (7) prematuros apresentaram atraso. As habilidades que mais tiveram falhas, nessa faixa etária, foram: bater dois cubos (bater um contra o outro) e pegar objeto com movimento de pinça. Salienta-se ainda

que dentre os bebês com atraso no motor fino estão 36,8% (7) de bebês com risco no IRDI e 31,6% (6) com risco nos sinais PREAUT.

O gráfico 11 resume os dados descritos.

Gráfico 11- Análise do motor fino atrasado em ambos grupos nas três fases



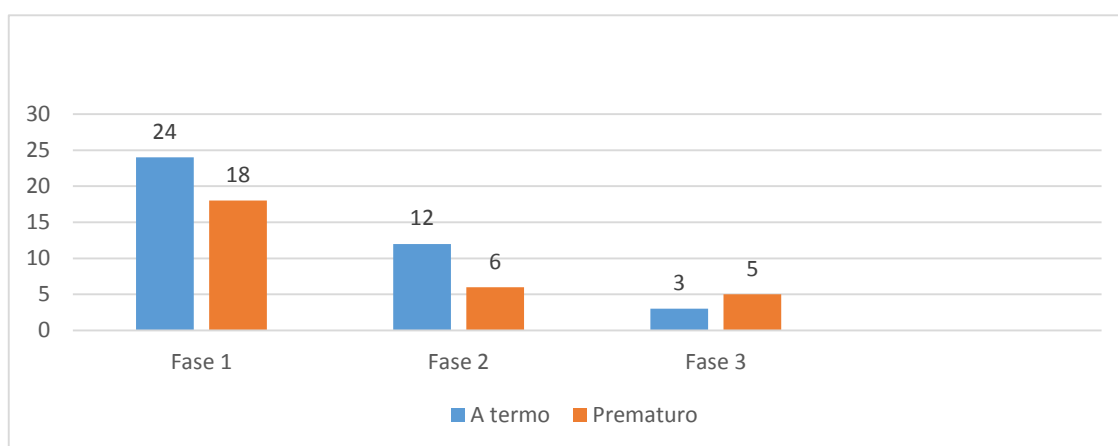
Fase 1- 3meses 1 dia a 4 meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29 dias

Em relação à avaliação da motricidade grossa do teste Denver II, na fase 1, observa-se que dos 165 bebês avaliados, 25,5% (42 – 24 a termo e 18 prematuros) apresentaram atraso no motor grosso. Consta-se que 57,1% (24) bebês a termo apresentaram atraso no motor grosso em contraposição a apenas 42,9% (18) prematuros. O item com mais falha foi o relativo a habilidade do controle cervical (elevar a cabeça a 90° na posição prona e em permanecer com a cabeça estável na posição sentada). Salienta-se ainda que dentre os bebês com atraso no motor grosso estão 33,3% (14) de bebês com risco no IRDI e 61,9% (26) com risco nos Sinais PREAUT.

Na fase 2, dos 130 bebês avaliados somente 13,8% (18 – 12 a termo e 6 prematuros) apresentaram atraso na motricidade grossa. Logo, mais bebês a termo (66,7% - 12) apresentaram desenvolvimento anormal, quando comparado aos prematuros (33,3% - 6). As falhas nas habilidades relacionadas ao equilíbrio e força muscular na posição sentada (se sentar sem apoio) e em pé (de ficar em pé apoiado) foram as mais frequentes nos bebês. Salienta-se ainda que dentre os bebês com atraso no motor grosso estão 44,8% (8) de bebês com risco no IRDI e 38,9% (7) com risco nos Sinais PREAUT.

Na fase 3, dos 102 bebês avaliados apenas 7,8% (8 – 5 prematuros e 3 a termo) apresentaram atraso no motor grosso. Tendo a maior parte dos bebês prematuros (62,5% - 5) o desenvolvimento anormal em comparação a apenas 37,5% (3) dos a termo. As habilidades com mais falhas foram: passar para a posição sentado e ficar em pé por 2 segundos. Salienta-se ainda que dentre os bebês com atraso no motor grosso estão 25% (2) de bebês com risco no IRDI e 37,5% (3) com risco nos Sinais PREAUT. Os dados são resumidos no gráfico 12.

Gráfico 12- Análise do motor grosso atrasado em ambos grupos nas três fases



Fase 1- 3meses 1 dia a 4 meses 29 dias Fase 2- 8meses 1 dia a 9meses 29 dias

A tabela 16 apresenta resultados da análise de correlação (Coeficiente de Spearman) das variáveis motor fino e grosso com o IRDI e Sinais PREAUT nas três faixas etárias estudadas. Os resultados da fase 3 no motor fino e grosso foram confrontados com sinais PREAUT da segunda fase.

Tabela 16- Análise da correlação entre variáveis motora e psíquica nas três fases

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO	
FASE 1 (3meses e 1 dia – 4 meses e 29 dias)		
Motor fino	R	p-valor
Motor fino e IRDI	0,061	0,432
Motor fino e PREAUT	0,142	0,067
Motor grosso		
Motor grosso e IRDI	0,114	0,141
Motor grosso e PREAUT	0,263	0,0006*
FASE 2 (8meses e 1 dia – 9 meses e 29 dias)		
Motor fino		
Motor fino e IRDI	0,212	0,015*
Motor fino e PREAUT	0,266	0,002*
Motor grosso		
Motor grosso e IRDI	0,140	0,111
Motor grosso e PREAUT	0,205	0,019*
FASE 3 (11meses e 1 dia-12 meses e 29 dias)		
Motor fino		
Motor fino e IRDI	0,161	0,105
Motor fino e PREAUT	0,155	0,118
Motor grosso		
Motor grosso e IRDI	0,020	0,841
Motor grosso e PREAUT	0,137	0,167

r = Coeficiente de Correlação de Pearson; Nota: para o cálculo do coeficiente de correlação foram considerados o número de indicadores presentes no IRDI, escore do PREAUT e o valor percentual atingido no motor fino e grosso.

A partir dos resultados da tabela 16, pode-se verificar, na Fase 1, correlação positiva significativa porém fraca entre o motor grosso e os Sinais PREAUT. Isto significa que quanto maior o valor atingido no escore do PREAUT, maior poderá ser o valor percentual referente a motricidade grossa do bebê.

Na Fase 2 houve maior correlação entre o motor fino e os dois instrumentos investigativos de risco psíquico e o motor grosso com os sinais PREAUT. Pode-se dizer, então, que há correlação positiva significativa porém fraca entre o motor fino e o IRDI, o que pode ser dito que, quanto maior o número de indicadores presentes, maior poderá ser o valor percentual atingido na avaliação da motricidade fina.

Também houve correlação fraca positiva e significativa entre o motor fino e os Sinais PREAUT, o que pode ser compreendido como, quanto maior o escore atingido nesses sinais, maior poderá ser o valor percentual alcançado no motor fino. E referente ao motor grosso, a correlação foi fraca, positiva e significativa com relação aos Sinais PREAUT, ou seja, quanto maior o escore atingido nesses sinais, maior poderá ser o valor percentual atingido da motricidade grossa.

Por fim, na Fase 3 os resultados no teste Denver II demonstraram que não houve correlação significativa entre o motor fino e o grosso com o IRDI da terceira fase e com os Sinais PREAUT da segunda fase.

4.3 Estudo 3- Fatores de risco ao desenvolvimento do motor fino e grosso em bebês prematuros e a termo.

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação de fatores de risco sociodemográficos, obstétricos, psicossociais e econômicos, com a presença de risco ao desenvolvimento do motor fino e grosso nas faixas etária de três a doze meses e vinte e nove dias de idade. O grupo amostral apresentou bebês prematuros como grupo de estudo e a termo como grupo controle. A amostra foi constituída de 165 bebês (103 a termo e 62 prematuros) na fase 1 (3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias), 130 bebês (84 a termo e 46 prematuros) na fase 2 (8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias) e 102 bebês (69 a termo e 33 prematuros) na fase 3 (11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias). A coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos que averiguam risco psíquico (IRDI e Sinal PREAUT) e o desempenho neuropsicomotor em motricidade fina e grossa no Teste Denver II.

Também foi realizada uma entrevista que investigou aspectos sociodemográficos, obstétricos, psicossociais e econômicos. Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para os aplicativos computacionais para análise estatística através do modelo de regressão logística. Para identificar fatores de risco (co-variáveis) associados, significativamente, ao desfecho. Foi utilizada como desfecho (variável dependente) o motor grosso e o fino (Teste Denver II) e como co-variáveis os indicadores presentes no IRDI, a pontuação nos Sinais PREAUT, com as variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais, estas analisadas a partir da entrevista inicial e continuada.

Nas tabelas a seguir, são apresentados, respectivamente, as frequências, os percentuais, as razões de chance (OR), seus respectivos intervalos de confiança e p-valor para as faixas das co-variáveis (fatores de risco) que foram significativas no modelo de regressão logística múltiplo, tanto para o motor fino quanto para o grosso, nas três faixas etárias analisadas.

FASE 1 (3 meses e 1 dia a 4 meses e 29 dias):

Tabela 17 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 1

Variáveis	MOTOR FINO		OR Ajustado	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Sinais PREAUT				1,221-5,535	0,037
Com risco	15 (57,7)	54 (38,8)	2,600		
Sem risco	11 (42,3)	85 (61,2)	1		
Sexo				1,428-7,289	0,018
Feminino	19 (73,0)	66 (77,7)	3,226		
Masculino	7 (27,0)	73 (91,3)	1		
Número de pessoas na casa				1,202-5,535	0,047
Até 4	21 (80,8)	79 (56,8)	2,921		
Mais de 4	5 (19,2)	60 (43,2)	1		

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança.

Na tabela 17 o modelo de regressão identificou como fatores de risco para o motor fino, na faixa etária de 3 meses e um dia a 4 meses e 29 dias as variáveis: presença de risco psíquico nos Sinais PREAUT, o sexo do bebê e o número de pessoas que residem na casa.

Pode-se observar que 57,7% (15) dos bebês com a motricidade fina anormal possuem risco nos Sinais PREAUT. Os resultados ainda apontam que os bebês com risco têm duas vezes a chance (OR= 2,600) de possuírem atraso no motor fino em relação a outros sem risco.

Com relação ao sexo dos bebês, 73% (19) com desenvolvimento anormal do motor fino são do sexo feminino. Assim, averigua-se que os bebês desse sexo possuem três vezes a chance (OR=3,226) de apresentarem atraso na motricidade fina em relação aos bebês do sexo masculino.

Também se pode constatar que 80,8% (21) bebês com atraso no motor fino residem em uma casa com até quatro pessoas e verifica-se que esses bebês têm duas vezes a chance (OR= 2,921) de apresentarem atraso na motricidade fina em relação a bebês que moram em casas com mais pessoas.

Tabela 18 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 1

Variáveis	MOTOR GROSSO		OR Ajus	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Sinais PREAUT				1,490-5,371	0,008
Com risco	26 (61,9)	43 (35)	2,829		
Sem risco	16 (38,1)	80 (65)	1		
Escolaridade da mãe					
EF	25 (59,5)	33 (26,8)	3,637		
EM	13 (30,9)	73 (59,3)	1	1,921-6,889	0,001
ES	4 (9,52)	17(13,8)			
Gravidez planejada					
Sim	15 (35,7)	66 (53,6)	1		
Não	27 (64,3)	57 (46,4)	3,044	1,040-3,815	0,081

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança; Escolaridade da mãe: EF= Ensino Fundamental, EM = Ensino Médio, ES= Ensino superior

Conforme descrito na tabela 18, 61,9% (26) dos bebês com a motricidade grossa anormal possuem risco nos Sinais PREAUT. Logo, conforme os resultados estatísticos, os bebês com risco nos Sinais PREAUT têm duas vezes a chance (OR= 2,829) de ter risco no motor grosso em relação a outros sem risco.

Quanto à escolaridade materna, 59,5% (25) dos bebês com o motor grosso anormal são filhos de mães cuja escolaridade corresponde ao Ensino Fundamental (completo ou incompleto). Portanto evidencia-se que os bebês com mães de baixa escolaridade possuem três vezes (OR=3,637) a chance de apresentarem atraso na motricidade grossa quando comparado aos filhos de mães com melhor escolaridade

Já referente ao planejamento da gravidez, 64,3% (27) dos bebês com desenvolvimento da motricidade grossa anormal são provenientes de uma gravidez não planejada. Com isso, observa-se que os bebês de mães com gravidez não planejada apresentaram três vezes a chance (OR=3,044) de possuírem atraso no motor grosso quando comparados aos de gravidez planejada.

Portanto, o modelo de regressão identificou como fatores de risco para o motor grosso, nessa faixa etária, as variáveis: presença de risco psíquico nos Sinais PREAUT, gravidez não planejada e a baixa escolaridade da mãe.

FASE 2 (8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias)

Tabela 19 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 2

Variáveis	MOTOR FINO		OR Ajustado	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Sinais PREAUT					
Com risco	12 (35,3)	11 (11,5)	8,048	2,990-21,662	p = 0,001
Sem risco	22 (64,7)	85 (88,5)	1		
Atividade profissional da mãe					p=0,072
Trabalha/Estuda	19 (55,9)	42 (43,7)	2,425	1,078-5,455	
Dona de casa	15 (44,1)	54 (56,3)	1		
Tipo de parto					p = 0,043
Normal	5 (14,7)	38 (39,6)	1		
Cesária	29 (85,3)	58 (60,4)	3,172	1,240-8,115	
Participação dinâmica familiar					p = 0,036
Sim	33 (97,1)	87 (90,6)	11,802	1,700-81,919	
Não	1 (2,9)	9 (9,4)	1		
Dificuldade alimentar					p = 0,021
Sim	16 (47)	29 (30,2)	3,183	1,398-7,250	
Não	18 (53)	67 (69,8)	1		

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança.

Na tabela 19, verificam-se os principais fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos que se associaram com o desfecho do motor fino alterado. Os fatores de risco nessa segunda faixa etária avaliada foram: presença de risco psíquico nos Sinais PREAUT, a atividade profissional da mãe, o tipo de parto, a participação do bebê na dinâmica familiar e a presença de dificuldade alimentar.

Dentre os bebês com risco psíquico nos Sinais PREAUT, 35,3% (12) possuem motricidade fina anormal e 11,5% (11) possuem normal. Os resultados evidenciam que o fato do bebê possuir risco psíquico averiguado no PREAUT, aumentou em oito vezes a chance (OR= 8,048) dele ter atraso no motor fino em relação a outro sem risco.

Foi também considerado fator de risco a mãe possuir atividade profissional, seja trabalhar e/ou estudar, uma vez que 55,9% (19) das mães que trabalham apresentaram filhos com atraso no motor fino. O fator descrito sugere que os filhos de mães que trabalham possuem duas vezes (OR = 2,425) mais chance de apresentar atraso na motricidade fina em relação aos filhos de mães que não exercem atividade profissional, ou seja, que são donas de casa.

A maioria dos bebês com atraso no motor fino (85,3%-19) são provenientes de parto cesáreo. Sendo assim, esses bebês provenientes tiveram três vezes a chance (OR=3,172) de possuírem atraso no motor fino quando comparado aos de parto normal.

Observa-se que 97,1% (33) dos bebês que apresentaram atraso da motricidade fina, participam da dinâmica familiar e possuem onze vezes a chance (OR= 11,802) de apresentarem atraso na motricidade fina quando comparado a bebês que não participam.

E com relação a dificuldade alimentar, 47% (16) bebês apresentaram atraso no motor fino em contraponto a 30,2% (29) com desenvolvimento normal. Assim verifica-se que os bebês com dificuldade alimentar têm três vezes a chance (OR=3,183) de apresentarem atraso na motricidade fina quando comparados a outros sem dificuldade alimentar.

Tabela 20 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 2

Variáveis	MOTOR GROSSO		OR Ajust	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Sinais PREAUT				1,594-10,714	p = 0,014
Com risco	7 (38,9)	16 (14,3)	4,132		
Sem risco	11 (61,1)	96 (85,7)	1		
Uso de medicação gestação					p=0,020
Sim	14 (77,8)	53 (47,3)	4,156	1,513-11,417	
Não	4 (22,2)	59 (52,7)	1		

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança.

A partir da tabela 20 verifica-se que dos bebês com risco nos Sinais PREAUT, 38,9% possuem desenvolvimento anormal em contraposição a 14,3% com desenvolvimento normal. Assim, os bebês com risco nos Sinais PREAUT têm quatro

vezes a chance (OR= 4,132) de possuírem atraso no motor grosso em relação a outros sem risco.

Também se observa que 77,8% dos bebês com atraso na motricidade grossa têm histórico de uso medicamentoso, pela mãe, durante a gestação. Assim, de acordo com os resultados, o uso de medicação durante a gestação tem quatro vezes a chance (OR= 4,156) de promover o atraso da motricidade grossa na segunda fase de avaliação.

Portanto, o modelo de regressão identificou como riscos para o motor grosso dos bebês dessa faixa etária a presença de risco psíquico nos sinais PREAUT e o uso de medicação no período gestacional.

FASE 3 (11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias)

Tabela 21 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor fino na fase 3

Variáveis	MOTOR FINO		OR Ajus	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Sexo					0,017
Feminino	6 (31,6)	42 (50,6)	1		
Masculino	13 (68,4)	41 (49,4)	5,385	1,694-17,114	
Atividade profissional da mãe					0,004
Trabalha/Estuda	5 (26,3)	47 (43,7)	1		
Dona de casa	14 (73,7)	35 (56,3)	7,535	2,342-24,240	
Tipo de parto					
Normal	3 (15,8)	30 (36,1)	1		
Cesária	16 (84,2)	53 (63,9)	4,880	1,342-17,745	0,043
Intercorrência gestacional					
Sim	14 (73,7)	39 (47)	4,010		0,038
Não	5 (26,3)	44 (53)	1	1,337-12,030	
N. consultas pré-natal					
Até 5 consultas	6 (31,6)	9 (10,8)	9,048	2,578-31,752	p= 0,004
Mais de 5 consultas	13 (68,4)	74 (89,2)	1		

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança. N. consultas pré-natal= Número de consultas pré-natal.

É possível observar, através da tabela 21, que 68,4% (13) dos bebês com atraso no motor fino são do sexo masculino e possuem cinco vezes a chance (OR

=5,385) de apresentar o desenvolvimento da motricidade fina anormal quando comparado ao sexo feminino.

Considerando as mães dona de casa 73,7% (14) tinham filhos com atraso no motor fino, sendo que os filhos das mães que não trabalham têm sete vezes a chance (OR=7,535) de possuírem atraso na motricidade fina quando comparados aos filhos de mães que trabalham. Portanto, um resultado oposto ao da segunda fase.

Quanto ao tipo de parto, 84,2% (16) bebês oriundos de parto cesáreo apresentaram atraso no motor fino. Com isso os resultados apontam que os bebês oriundos de parto cesáreo têm quatro vezes a chance (OR=4,880) de apresentarem atraso na motricidade fina quando comparado aos de parto normal.

Apresentaram desenvolvimento anormal da motricidade fina 73,3% (14) dos bebês cujas mães apresentaram intercorrências durante a gestação. Os resultados ainda apontam que os eles têm quatro vezes a chance (OR=4,010) de possuírem atraso no motor fino quando comparado aos sem intercorrências gestacionais.

Referente ao número de consultas de pré-natal, 31,6% dos bebês com desenvolvimento anormal do motor fino realizaram até 5 consultas, em contraposição a 10,8% com desenvolvimento normal. Logo, os resultados indicam que os filhos de mães que fizeram menos de seis consultas pré-natal tiveram nove vezes a chance (OR= 9,048) de terem atraso no motor fino.

Logo, filhos de mães que não trabalham, que possuíram intercorrência gestacional, que o parto foi cesáreo, que realizaram poucas consultas pré-natais e que são do sexo masculino apresentaram mais riscos do desenvolvimento da motricidade fina nesta terceira fase avaliativa.

Tabela 22 – Variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétricas e de risco psíquico em relação ao motor grosso na fase 3

Variáveis	MOTOR GROSSO		OR Ajust	IC 90%	p-valor
	Anormal (%)	Normal (%)			
Possuir irmão					
Sim	1 (12,5)	48 (51)	1	1,473-59,081	p=0,047
Não	7 (87,5)	46 (49)	9,329		
Necessidade de VM					
Sim	3 (37,5)	14 (14,9)	4,919	1,217-19,879	p = 0,061
Não	5 (62,5)	80 (85,1)	1		

OR Aj= *oddsratio* ajustado; IC=Intervalo de Confiança; VM= Ventilação Mecânica

Observa-se que 87,5% (7) dos bebês com atraso no motor grosso não possuíam irmão. Os resultados apontam que os bebês sem irmão têm nove vezes a chance (OR=9,329) de possuírem atraso no motor grosso quando comparado aos bebês com irmão.

Também averigua-se que dentre os bebês que necessitaram de ventilação mecânica, 37,5% (3) apresentaram desenvolvimento anormal da motricidade grossa em contraposição a 14,9% (14) com o desenvolvimento normal. Assim, os resultados apontam que os bebês que necessitaram de suporte ventilatório – ventilação mecânica – têm quatro vezes chance (OR= 4,919) de ter atraso na motricidade grossa.

Portanto, as variáveis de risco para o atraso da motricidade grossa, desta terceira fase avaliativa foram: o bebê não possuir irmão e ter sido submetido a ventilação mecânica após o nascimento.

5 DISCUSSÃO

Considerando a divisão dos resultados em três grandes estudos, optou-se por discutir os dados de cada estudo, atendendo as subdivisões dos mesmos. Ao final deste capítulo, busca-se realizar uma correlação entre todos os estudos.

5.1 Discussão do Estudo 1

Considerando os dados descritivos dos bebês prematuros e a termo, em confronto com a análise de sintomas psicomotores realizada pelos juízes, observa-se que houve uma tendência levemente maior de bebês prematuros, embora não estatística, a apresentarem sintomas psicomotores quando comparados com os bebês a termo, na primeira análise dos juízes (4 prematuros e 2 a termo), o que não se verificou na segunda fase de avaliação em que a proporção se inverteu já que dois prematuros e cinco bebês nascidos a termo apresentaram sintomas psicomotores. O mesmo não emergiu na análise do teste Denver II quando comparados ambos grupos em relação ao desempenho em motricidade fina e grossa. Esse dado difere de estudos como o de Custódio et al. (2012), Gonçalves (2014), Goyen et al. (2011), Larroque et al. (2008) e Magalhães et al. (2011) que encontraram pior desempenho motor de bebês prematuros quando comparado a bebês nascidos a termo. Um dos fatores explicativos para tal diferença pode ser a ausência de bebês prematuros extremos na amostra desta pesquisa, já que a grande maioria era de bebês prematuros tardios.

Por outro lado, quando considerada a variável risco psíquico em associação com desenvolvimento psicomotor, observa-se que tanto bebês prematuros quanto os bebês a termo com maior risco psíquico, sobretudo com baixas pontuações nos sinais PREAUT, foram identificados, nas avaliações dos juízes, como contendo sintoma instável (P8, P13, T3, T6 e T10) ou inibição (T5 e T13). Apenas dois bebês prematuros apresentaram sintoma psicomotor sem associação com risco psíquico. Portanto, na amostra investigada o risco psíquico esteve mais associado a sintomas psicomotores. Este dado, em geral, confirma as previsões de Kupfer e Bernardino (2009), Levin (2009), Muratori et al. (2016) e Peruzzolo, Bortagarai e Souza (2016) sobre a associação entre risco psíquico e alterações psicomotores.

A variável risco psíquico esteve associada ao desenvolvimento psicomotor alterado em apenas quatro bebês prematuros (primeira avaliação: P3 e P13 e da segunda avaliação: P8 e P15). Pesquisas atuais demonstraram que bebês prematuros com baixo peso ao nascer, pequena idade gestacional, nascidos de parto cesáreo e submetidos aos riscos potenciais na UTI Neonatal podem apresentar mais indicadores de risco para o autismo do que bebês a termo (JOHNSON et al., 2011; MAHONEY et al., 2013; McCOY et al., 2014; MOORE et al., 2012; SCHIEVE et al., 2014). Os resultados, com a ausência de prematuros extremos no grupo amostral, não permitem confirmar ou refutar as afirmações dos estudos, mas a presença de alguns casos de risco psíquico entre os bebês nascidos prematuros tardios reforçam a necessidade de seguimento desta população tanto em relação ao desenvolvimento psicomotor quanto em relação ao risco psíquico.

No confronto entre a variável risco psíquico, tendo em vista os dois procedimentos de avaliação psicomotora, a análise dos juízes e os resultados de motricidade fina e grossa do Denver II, observou-se que o item de motricidade fina associou-se estatisticamente a presença de risco na avaliação dos sinais PREAUT entre 8 meses e um dia e 9 meses e 29 dias. Também houve associação entre a motricidade fina e o sintoma psicomotor de instabilidade nas duas avaliações realizadas. Esses dados reafirmam os postulados teóricos de Bullinger (2006) acerca da importância do corpo do bebê na construção de sua atividade psíquica, pois por meio das interações entre o corpo e o ambiente todas as representações são construídas. Muitos autores afirmam que o atraso e/ou distúrbio motor na criança não é apenas decorrente de lesões neurais nas vias motoras, mas também pode ser causado por déficit cognitivo ou distúrbio psicoafetivo, o que pode gerar déficits cognitivos e psíquicos secundários conforme a criança vai se desenvolvendo (HASSANO, 2011).

Alguns estudos como os de Trevarthen e Delafield-Butt (2013) e de Muratori et al. (2016) afirmam que crianças que desenvolveram autismo possuem alterações de motricidade que explicam parcialmente a dificuldade nas interações com o outro, pois alterações na motricidade fina dificultam a sustentação da atenção e da interação com o outro. Alguns dos sinais podem ser hipotonia (ADRIEN, 1993; MURATORI, 2014), hipotonia e movimentos não integrados (OSTERLING, 1994); assimetrias e desequilíbrios posturais (ESPOSITO E VENUTI, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012; TEITELBAUM et al., 1998);

posturas não usuais (BARANEK, 1999) e também a agitação psicomotora (KUPFER E BERNADINO, 2009; LEVIN, 2009). Na amostra desta pesquisa o sintoma dominante foi a instabilidade que pode ser relacionada a movimentos não integrados.

Considerando especificamente os sintomas psicomotores indicados por Levin (2009), cabe lembrar que eles possuem um caráter defensivo e que se desenvolvem com, para e pelo Outro na visão do autor. Ele considera que enquanto a criança instável desprende-se descontroladamente, agressivamente, criando uma fachada de um espaço próprio que a situa numa diferença em relação ao outro, o inibido psicomotor não consegue se separar, fazer um corte, e situa-se como um objeto inseguro, temeroso, que se encontra no espaço do Outro à sua disposição.

Embora a atribuição dos sintomas tenha sido dada pelos juízes, a explanação dos mesmos não se dá pela mesma via suposta por Levin (2009), pois os bebês instáveis da amostra não estão em situação de se diferenciar do Outro. Nos casos estudados percebe-se uma instabilidade psicomotora que provém mais de dificuldade de conexão com o Outro, pois são bebês com pontuação zero, na primeira avaliação dos Sinais PREAUT (P13 e T6) e pontuação dois, na segunda avaliação dos Sinais PREAUT (P8, P11, T3 e T5) que, embora a mãe se esforce na manutenção do manhês, há uma grande dificuldade do bebê utilizar sua atividade motora em consonância com a proposta da mãe. Portanto, não se vê uma dificuldade de diferenciação, mas uma dificuldade de alienação em função do risco psíquico para autismo.

Já para o grupo de inibidos também parece ter sido o caso de P10 e T13 (primeira avaliação dos juízes) e T5 (segunda avaliação), embora não o fosse para P5 (primeira avaliação) e para o T1 (segunda avaliação), ambos sem presença de risco psíquico, uma vez que a lentidão de P5 e T1 parece ser proveniente do espelhamento da postura materna.

Em pesquisas atuais a hipoatividade é dita como um sinal precoce de autismo (MURATORI et al., 2016), além do repertório pobre, da assimetria postural, da falta de iniciativa e da atividade espontânea reduzida. Essa debilidade é refletida em sua ausência de intencionalidade de lançar-se em uma ação direcionada ao outro, provocando-o.

Nesses termos, são vistos como bebês hipoativos, lentos, com poucos contatos oculares e menos ágeis. Quanto à relação entre a mãe e seu filho,

pesquisas como as de Cohen et al. (2013) os levaram a lançar a hipótese de que a lentidão ou a ausência de respostas do bebê frente aos estímulos maternos poderia causar o retraimento materno, agravando ainda mais o risco de autismo, apresentado antecipadamente pela criança.

Nesta pesquisa, houve poucos bebês hipoativos na segunda avaliação. Além disso, pôde-se observar que os bebês que anteriormente eram inibidos ou hipoativos e que segunda avaliação dos juizes foram classificados como normoativos, apresentaram, no entanto, comprometimento do esquema corporal. Como principais “sequelas” foram descritas: a dificuldade de troca de posição (rolar) e de deslocamentos (rastejar e engatinhar); desequilíbrio na posição sentado; inexperiência na posição de gatas; pouca mobilidade e intenção lentificada. Portanto, pode-se pensar em um subgrupo dos hipoativos que apenas ficam com sequelas psicomotoras mas que não permanecem no risco psíquico e outro que continua com sério risco psíquico.

De qualquer modo observa-se que quando a instabilidade ou inibição estiveram presentes o risco psíquico também. Esses resultados se alinham a estudos que afirmaram a relação entre risco psíquico e instabilidade postural, dificuldade de rolar (TEITELBAUM et al., 1998), movimentos pobres, hipoatividade e exploração dos objetos muito reduzidas (IVERSON, WOZNIK, 2007), padrões motores com caráter monótono e por movimentos com pouca fluidez e ritmo (PHAGAVA et al., 2008) e assimetria postural (ESPOSITO E VENUTI, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012).

Segundo Muratori et al. (2016) a trajetória das crianças que se tornaram autistas começa com um repertório pobre de movimentos espontâneos, que passa pela hipotonia e pela hipoatividade em um quadro de atraso geral do desenvolvimento motor, e chega no aumento da repetição de movimentos voluntários que impede particularmente o desenvolvimento dos gestos. Pode-se, então, lançar a hipótese de que as mãos e os dedos não têm mais liberdade para fazer seu papel na organização dos gestos que têm uma importância decisiva no desenvolvimento ontogenético e filogenético do homem. Embora poucos bebês tenham apresentado um sintoma hipoativo nesta pesquisa, vários dos sintomas observados são similares aos descritos na literatura.

Conforme descrito por Jean Bergès (1997) o corpo do bebê é um receptáculo, um lugar de inscrição, uma trama implacavelmente destinada a imprimir-se com os

cenários e as cores de outrem. Neste contexto, o sintoma psicomotor de inibição corporal “instalou-se” no corpo dos bebês como um espelhamento do gesto corporal materno (primeira avaliação: P5 e segunda avaliação: T1), ou como reflexo de um lugar passivo, permanecendo em uma posição de “objeto bom” (Bebê T5 da segunda avaliação) e de defesa (LEVIN, 2009) diante, por exemplo, de uma mãe com o comportamento acelerado como averiguado nos bebês desse estudo (primeira avaliação: P10 e T13).

Houve ainda no grupo estudado bebês que a aceleração dos movimentos maternos parecia ser mais uma tentativa de excitar o bebê e fisga-lo, como no caso de T6, em que a mãe acelerava o ritmo de oferta para tentar captar o olhar da filha.

O comportamento de instabilidade psicomotora, mais frequente nesta pesquisa, predispôs a vários déficits psicomotores. Entre os sintomas que daí decorreram estiveram a ausência de imitação e de antecipação do gesto materno, falta de reação motora ao manê, dificuldades na construção da imagem corporal e falhas no desenvolvimento motor fino e/ou grosso no teste Denver II. A partir da análise estatística das variáveis, pôde-se comprovar significância na associação deste sintoma psicomotor com o desenvolvimento do motor fino, tanto em bebês a termo (primeira avaliação: T6 e segunda avaliação: T3, T8 e T10) quanto prematuros (primeira avaliação: P13 e segunda avaliação: P8 e P15), uma vez que os bebês instáveis apresentaram desenvolvimento motor fino atrasado.

Embora a relação estatística não tenha sido substancial tendo em vista a pequena amostra, ela evidencia a importância dessa investigação continuar com amostras maiores e principalmente que sintomas psicomotores ou motores indicam que o bebê deve ser olhado também quanto aos aspectos psíquicos e não apenas em relação a questões como a prematuridade.

O sintoma de instabilidade também se associou estatisticamente com o risco psíquico, tanto na avaliação com o IRDI com os sinais PREAUT, na faixa etária de 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias. Nesta etapa, foi possível observar os efeitos dos déficits da relação mãe-bebê, sejam eles originados em problemas constitucionais do bebê como a predisposição para o autismo (MURATORI, 2014), sejam eles originados em dificuldades de exercício das funções parentais (KUPFER, BERNARDINO, 2009). Isso possivelmente porque os efeitos dos déficits de esquema corporal já se fazem sentir ao olhar dos juízes na construção da imagem corporal como se pôde verificar na descrição das falas deles sobre este aspecto.

Nessas descrições alguns sintomas clínicos de “agitação motora” e movimentos desorganizados de membros superiores, como por exemplo P11 e T10, confirmam as previsões de vários autores (AJURIAGUERRA, 1977; BERGÈS, 1997; KUPFER, BERNARDINO, 2009; LEVIN, 2009).

O perfil comportamental e corporal do bebê instável, ao contrário do inibido (hipoativo), foi dito como agitado psicomotoramente; movimenta-se sem ir em busca de algo desejado e sem intenção nem curiosidade. Em estudo com crianças na faixa etária de 21 a 26 meses com risco no IRDI foi averiguado agitação motora nas crianças e o não descolamento da criança do corpo materno (VENDRÚSCULO, SOUZA, 2015). Em outro estudo com um menino de um ano e sete meses que apresentava agitação psicomotora foi evidenciado que ele não reconhecia o próprio corpo nem na condição de articulação com o ambiente nem com os outros. Havia uma imagem de tristeza, medo e angústia dos adultos, pelos riscos de vida, tanto dele quanto da mãe, que enfrentaram ao seu nascimento. Deste modo, foi possível descolar o menino de imagens que o tomavam como alguém que continha uma síndrome e algo ruim, algo agressivo (OLIVEIRA et al., 2014). Sobre essa condição emocional, Levin (2009) afirma que há uma conexão importante entre motricidade e angústia, afirmando que "*uma das modalidades que a criança tem de angustiar-se é através do movimento*" (p. 209), o que também implica a questão subjetiva.

Nesta pesquisa também foi observado pelos juízes que os bebês instáveis apresentaram gestos corporais desorganizados, imprecisos; ritmo acelerado e que não estavam de acordo com a proposta materna; movimentos de braços e pernas repetitivos; dificuldade de obedecer às ordens maternas e de compreender o “não”; dificuldade de construção da brincadeira e também que a mãe promovia muitos toques no corpo do filho sem anuncia-los. Pesquisas com crianças com risco psíquico, sobretudo para autismo, também evidenciaram esses comportamentos encontrados na pesquisa, como dificuldade de coordenação motora, falha no planejamento e na execução das ações (MURATORI et al., 2016), movimentos repetitivos (MURATORI, 2014) e pais que buscaram uma superestimulação para tentar atrair a atenção dos filhos por meio de uma regulação excitatória, o que aqui se evidenciou nas mães, pelos toques repetidos no corpo do bebê (SAINT-GEORGES et al., 2011).

Quanto ao ritmo, Le Bouch (2000) afirma que é um fenômeno espontâneo e individual que o indivíduo organiza-o lentamente por meio de vivências sucessivas

na exploração de suas possibilidades e é tomado como componente importante para suposição de sua envergadura afetiva. O tempo que o bebê leva para responder ao apelo materno, e a capacidade da mãe em esperar e/ou convocá-lo novamente, é uma construção sutil que, se não estiver em consonância, poderá colocar um dos personagens em angústia e diminuir a busca de um pelo outro (PERUZOLLO, 2016).

Os juízes também observaram nos bebês com instabilidade psicomotora comprometimento no esquema corporal, como: assimetria corporal, dificuldade de troca de posição (rolar, passar de decúbito ventral para gatas) e de deslocamentos (rastejar e engatinhar); desequilíbrio na posição sentado; inexperiência na posição de gatas e agitação psicomotora. Esses achados concordam com os resultados averiguados em estudos com crianças com risco psíquico, para autismo ou não, no primeiro ano de vida, com consequências negativas em atividades básicas da vida diária, tais como: sentar, rastejar e engatinhar (TREVARTHEN, DELAFIELD-BUTT, 2013); com assimetrias posturais (ESPOSITO E VENUTE, 2009; ESPOSITO et al., 2011; ESPOSITO, YOSHIDA, VENUTI, 2012) e com agitação psicomotora (KUPFER, BERNADINO, 2009; OLIVEIRA et al., 2014; VENDRÚSCULO, SOUZA, 2015).

Em estudo recente é levantada a hipótese de que nos bebês com risco psíquico para autismo, a fraca intenção na busca do outro se imbrica com um equipamento motor que não o sustenta (MURATORI et al., 2016). Essa relação pode ser averiguada nesta pesquisa através da significância estatística encontrada entre questões psicomotoras (sintoma de instabilidade e motricidade fina) com as questões psíquicas (IRDI, Sinais PREAUT). Também na dificuldade de emergência de habilidades como a imitação e antecipação motoras evidenciam-se os sinais psicomotores de risco psíquico.

Nesta pesquisa houve poucos bebês inibidos e mais bebês instáveis. Estes apresentaram atraso na motricidade fina e/ou grossa, risco psíquico (IRDI e/ou PREAUT), não antecipavam nem imitam gestos maternos. Portanto, nesta pesquisa a instabilidade psicomotora foi mais frequentemente associada ao rebaixamento do desempenho motor e psíquico do bebê. Observa-se ainda que, nos bebês com risco psíquico, tanto com sintoma de instabilidade quanto de inibição, houve um desligamento na relação com a sua mãe e no desejo de continuidade das ações dela ou com ela.

Segundo Jerusalinsky (2012, p.207), na manipulação do corpo do bebê com risco para o autismo “na perspectiva da mãe, o suporte corporal do filho não lhe devolve nada, condenando a mãe a uma defesa narcísica, e na perspectiva do filho a mãe testemunha em cada ato um constante desencontro”. Para Laznik (2013), o não olhar entre a mãe e o bebê (interpretada por Muratori, 2014, como um *distúrbio da intersubjetividade*) é a principal hipótese que permite evidenciar o risco para o autismo desde os primórdios da vida do bebê. Esse não olhar, acompanhado da renúncia à voz e à oralidade, objetos pulsionais fundamentais através dos quais a mãe investe libidinalmente em seu bebê, marcam a exclusão no campo do Outro. Como consequência, o terceiro tempo do circuito pulsional não se efetiva e o bebê não se faz objeto de desejo para sua mãe. Catão (2013), na mesma direção, salienta que o não olhar entre uma mãe e seu filho constitui um dos primeiros sinais clínicos que permitem pensar, já nos primeiros meses de vida, na hipótese de um autismo. Sem a intervenção precoce, o não olhar impede que a criança chegue ao *estádio do espelho*, operação que lhe permitiria construir uma imagem especular de *eu*, a partir do reconhecimento do Outro. Nos diversos casos desta pesquisa, a partir do relato dos juízes é possível reconhecer que há uma falha na construção da imagem corporal na segunda etapa de avaliação dos sinais PREAUT, que parece estar conectada a sintomas de instabilidade ou inibição na primeira fase e se faz acompanhar dessa falta de troca do olhar (pulsão escópica) e do investimento libidinal pela voz e oralidade, o que acaba por excluir o bebê do campo do Outro e dificultar a construção da imagem corporal.

Para Yañez (1996) a construção da imagem corporal é realizada sobre a base de contatos sociais, o que Dolto (2012) reforça, como sendo pela comunicação entre sujeitos desejantes em uma vertente simbólica e inconsciente. Logo, o que pensarmos da estruturação da imagem corporal de uma criança com risco psíquico que não se apossa de seu corpo nem de imaginar-se enquanto significante dentro de um meio social? O motivo não está no motor, no tônus, no funcionamento neurológico de base, mas está no que vai significar para esta criança apropriar-se desse corpo, a ponto de poder estar sozinha, fora do corpo do Outro (encarnado pela mãe) (LEVIN 2011). Nesse estudo, todos os bebês com sintoma psicomotor presente e risco nos sinais PREAUT não conseguiram tornar funcionante a sua imagem corporal, uma vez que não estavam em interação com o Outro, já que os

tempos do circuito pulsional não se estabeleceram para que se desse o processo de alienação-separação de modo suficientemente bom.

Considerando a relação entre alterações no IRDI e motricidade fina do teste Denver II, os resultados confirmam a potência deste protocolo para captar alterações do desenvolvimento. Outros estudos realizados pelo grupo de pesquisa sobre a relação de alterações no IRDI e outros aspectos do desenvolvimento como a linguagem (CRESTANI et. al. 2015) ou mesmo a transição alimentar (VENDRÚSCULO et al. 2012) indicam esta potência.

Essas observações a partir dos resultados gerais, estão explícitas na segunda avaliação, entre 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias, nas quais os indicadores mais ausentes (10,11 e 13) todos ligados a busca ativa da criança (10 e 13) e ao compartilhamento de uma linguagem particular (11), ou seja, que emergem a partir do estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, são resultados que afirmam a dificuldade dos bebês no processo de alienação e, por isso, refletem-se na dificuldade de construção da imagem corporal que depende não apenas das condições corporais do bebê mas do quanto ele consegue engajar-se e ser fisgado na relação com o outro.

Apesar dessas limitações, observou-se que na segunda avaliação mais bebês imitaram a partir de gestos mais complexos cabíveis para essa faixa etária. Dos 30 bebês do grupo amostral, apenas 9 bebês imitaram gestos faciais ou corporais ou uma expressão (4 prematuros e 5 a termo) e 15 se anteciparam ao gesto materno (8 a termo e 7 prematuros). Destaca-se que os 15 restantes que não se anteciparam são os bebês que apresentaram episódios de inibição e/ou instabilidade corporal (10 bebês - exceção o T3) e os que apresentaram esse sintoma durante toda a filmagem (5). Estes bebês não realizaram imitação materna também. Sabe-se que a imitação e os comportamentos de antecipação são inerentes a um bom funcionamento do sistema de neurônios-espelho e as deficiências neles estão entre os mais precoces indícios de desenvolvimento futuro de autismo (DAPRETTO et al., 2006).

A imitação fornece à criança a oportunidade de confrontar os próprios ritmos e as próprias ações com as do outro, ou seja, a ação de imitar o outro e o reconhecimento de estar sendo imitado podem gerar significados compartilhados pelas crianças interagentes, de modo a propiciar a transformação do movimento (ação imitativa) em um ato, cuja eficiência não está na ação muscular, postural ou

fisionômica, mas na força de evocar um resultado que extrapola o campo do concreto e, até das circunstâncias presentes (DAPRETTO et al., 2006).

Em outras palavras, a ação imitativa pode ser considerada um correlato empírico de um processo que instaura um desdobramento do real, e que se relaciona aos primórdios da capacidade de representação (MURATORI, 2014). A imitação precoce pressupõe uma atenção focal sobre uma ação feita pelo outro e uma repetição da ação observada; depois desta repetição, segue outra ação do adulto, levemente modificada, criando assim um círculo vicioso que instala as bases para o desenvolvimento dos comportamentos de antecipação das ações intencionais do outro (LACOBONI, DAPRETTO, 2006).

Salienta-se que a imitação e a antecipação ao gesto materno obtiveram relação estatística significativa com os resultados no IRDI, e a pontuação nos Sinais PREAUT, com a motricidade fina e com o sintoma de instabilidade. Portanto, o estudo da antecipação e imitação de gestos pode ser outro caminho promissor para analisar o desenvolvimento psicomotor de bebês com risco psíquico nos sinais avaliados.

Flanagan et al. (2012) descreveram uma incapacidade da criança em antecipar os movimentos da cabeça quando ela é levantada pelos braços até a posição sentada: a criança que se tornará autista fica muito mais com a cabeça para trás, vai sustentar a cabeça em bloco, e principalmente sem antecipar a intenção do outro ou o que é esperado pelo adulto.

Cabe ressaltar ainda que sintomas (considerando a nosografia de origem psicanalítica) ou atrasos psicomotores (considerando os testes neuropsicomotores padronizados) podem ser tomados como alertas para a investigação psíquica do bebê, o que é o reverso do caminho feito nesta tese, ou seja, partimos da identificação do IRDI e dos Sinais PREAUT para identificar risco psíquico, mas identificamos sintomas psicomotores em bebês que se apresentaram sem risco para autismo nestes instrumentos (P5, P10 e T1) mas com comportamento corporal materno que não os sustentava bem nas interações. Portanto, um olhar amplo, que inclua tanto a evolução psíquica, quanto a psicomotora do bebê ligada ao comportamento materno, parece fundamental no acompanhamento de bebês sejam eles prematuros ou a termo no primeiro ano de vida. Por uma via ou outra poderemos detectar risco e propor intervenções em tempo de impedir a cristalização de sintomas psicomotores.

Por fim, destaca-se a importância da avaliação do bebê em interação com sua mãe, uma vez que com o movimento corporal espontâneo do sujeito pode-se diferenciar e observar dados mais refinados do movimento, como a sua qualidade e a sua intenção (LEVIN, 2009). No entanto, surpreendentemente, considerando as limitações atestadas por Levin (2009) para testes padronizados, o Denver II foi capaz de captar alterações correlacionáveis a risco psíquico, como se viu no aspecto motricidade fina. O autor questiona como os testes captam as informações corpóreas acerca do sofrimento que uma criança vivencia em seu corpo e em torno de seus movimentos e do lugar no qual o corpo subjetivado está tomado e posicionado. Acreditamos que essa crítica do autor é muito pertinente se considerarmos a construção de hipóteses para a intervenção clínica mas deve ser tomada com mais ressalvas se pensarmos o processo de detecção de risco psicomotor precoce, pois os resultados estatísticos foram relevantes para o Denver II e na relação entre motricidade fina alterada e instabilidade psicomotora.

Cabe ressaltar, no entanto, que as análises das filmagens, mesmo na ausência de resultados estatísticos para alguns aspectos, serviram para a equipe de pesquisa lançar hipóteses clínicas no processo de intervenção precoce junto aos bebês com risco. Obviamente que se deve considerar que os juízes apresentavam limites nas análises tendo em vista que foi uma análise cega, sem saber nada sobre os bebês, o que não ocorre na clínica em transferência. Interessante notar, no entanto, que, apesar disso, houve uma convergência entre presença de risco e presença de sintomas psicomotores, o que demonstra a pertinência da proposta de análise dessas co-ocorrências.

Assim, pode-se afirmar que como corpos lesados por questões neurológicas, musculares ou ósseas podem provocar perturbações na construção de experiências e dificultar o processo de desenvolvimento do sujeito, o corpo atravessado por uma desordem ou risco psíquico também o agride, porém de forma “silenciosa”, uma vez que as evidências motoras podem ser mais discretas. Parece ser uma via de duas mãos: na perspectiva de autores como Muratori et al. (2016) para o autismo infantil, as dificuldades motoras podem estar na base de dificuldades de interação do bebê com sua mãe; na perspectiva de autores como Levin (2009) aspectos do laço na interação pais-bebê podem incidir na geração de sintomas psicomotores. Essas perspectivas só reforçam a ideia de que aspectos biológicos e psíquicos encontram-

se mutuamente implicados no desenvolvimento inicial do bebê, advogando sobre a importância de um processo, ao menos, interdisciplinar na clínica com bebês.

Verifica-se uma cultura, dentre os Fisioterapeutas, de tratar/reabilitar o corpo com “sequelas” motoras visíveis, tornando-se menos atentos aos “entraves/comprometimentos” psicomotores gerados por questões psíquicas. Esta pesquisa, no entanto, indica a necessidade de olhar para o **psicomotor**, ou seja, para a associação entre aspectos psíquicos e comprometimentos motores mais tênues, procurando identificar e discriminar o que tem uma base biológica no bebê (comum nos casos de risco de autismo aqui estudados) do que tem uma origem na dificuldade dos pais desempenharem suas funções sem que haja dificuldades biológicas do bebê. Cabe ressaltar que nos casos em que há dificuldades biológicas do bebê os pais poderão compensá-las sem intervenções como se viu em vários casos aqui analisados ou não. Por isso, a necessidade de acompanhamento atento na puericultura nos dois primeiros anos de vida, sobretudo no primeiro objeto desta pesquisa.

A partir desta pesquisa pôde-se averiguar a associação do comprometimento psicomotor com o risco psíquico. Esse resultado ficou evidente na associação estatística averiguada da motricidade fina (teste Denver II), com o risco psíquico averiguado por meio dos Sinais PREAUT e IRDI, e com o sintoma psicomotor de instabilidade e com a ausência de imitação e antecipação do gesto materno. O entrave gerado no bebê pelo risco psíquico o impossibilita de efetuar trocas com o Outro, seja por meio de olhares, evocando/suscitando júbilo e efetuando gestos/linguagem semelhantes aos da mãe. Essa limitação do bebê em ser atuante na cena com a sua mãe o coloca em uma posição onde não é atravessado por experiências sensório-motoras, emocionais e de linguagem que lhe permitam construir o esquema e a imagem corporal de modo típico e que viabilize a socialização e aprendizagem. Esses aspectos ficaram mais evidentes nas análises oferecidas pelos juízes.

Especificamente em relação à prematuridade, considerando o fato de ser uma condição menos extrema a dos bebês participantes deste estudo, não se observaram alterações importantes distintas das observadas nos bebês nascidos a termo. Isso talvez explique não ter sido evidenciadas diferenças como ansiedade e insegurança maternas para cuidar do bebê (BOTÊLHO et al., 2012; PEREIRA et al.,

2015; SAMARA et al., 2008; SIQUEIRA E DIAS, 2011), nem crise psicológica ou vínculo (VANIER, 2013).

5.2 Discussão do Estudo 2

Embora em relação aos dados sociodemográficos, observou-se um perfil menos privilegiado, pois a maior parte das famílias possuíam baixa renda e mãe e o pai com baixa escolaridade (Ensino Médio completo ou incompleto), verificou-se um bom cuidado pré-natal e obstétrico tendo em vista que a maior parte das mães fizeram acompanhamento pré-natal (com mais de 6 consultas), não tiveram intercorrência gestacional, não utilizaram medicação durante a gestação, tiveram seus filhos de parto cesáreo, deram-lhes leite materno exclusivo, com maior número de bebês a termo, a maioria dos bebês não apresentou intercorrências ao nascer e não possuíam dificuldades alimentares. Do mesmo modo, em termos psicossociais a maior parte dos bebês foi planejada a gestação, possuíam suporte social e participação dos bebês na dinâmica familiar. Essas constatações explicam a presença de fatores protetivos aos bebês, nascidos a termo ou pré-termo, mas, ao mesmo tempo demonstram, que a presença de tantos fatores aparentemente protetivos não foi suficiente para impedir que na primeira fase houvesse um grande grupo de bebês com risco psíquico e alterações no desenvolvimento motor.

Na Fase 1 houve mais déficits no motor grosso, em bebês a termo e a maioria com incidência de risco (moderado ou grave) nos Sinais PREAUT. Já na Fase 2, os bebês a termo apresentaram mais falhas em habilidades do motor fino e na Fase 3 houve mais falhas de bebês a termo em habilidades do motor fino. Com isso, os resultados apontam que não houve uma tendência do bebê prematuro apresentar maior risco de atraso no desenvolvimento da motricidade fina e grossa, quando comparado aos bebês nascidos a termo, nas três fases estudadas.

Possivelmente esses achados discordem de pesquisas que averiguaram maior suscetibilidade de desempenho psicomotor anormal em bebês prematuros (CUSTÓDIO et al, 2012; GOLÇALVES, 2014; HALPERN et al, 2002; MAGALHÃES et al., 2011), uma vez que nesta pesquisa a amostra apresentava poucos bebês prematuros extremos.

Quanto aos aspectos investigados na análise de correlação entre a avaliação neuropsicomotora do teste Denver II (motor fino e grosso) e das avaliações de risco

psíquico (IRDI e Sinais PREAUT) demonstraram que houve correlação dos instrumentos investigativos na primeira e na segunda fase, não havendo na terceira fase correspondente a faixa etária de 11 a 12 meses e 29 dias.

A correlação da primeira fase anuncia que quanto maior o valor percentual atingido no motor grosso maior poderá ser o escore atingido nos Sinais PREAUT. Dentre as habilidades da motricidade grossa, nessa faixa etária de 3 a 4 meses e 29 dias, a sustentação cefálica se faz importante para o bebê explorar o ambiente e manter o contato visual com a sua mãe. No entanto, ressalva-se, que além da necessidade do bebê de possuir força muscular para manter ereta a cabeça, também deve haver o desejo de fazê-lo por algo ou por alguém. Ou seja, há um envolvimento nesse gesto do bebê que envolve a sua estrutura musculoesquelética e também a sua psique, o seu desejo de troca jubilatória com o Outro (KUPFER, BERNADINO, 2009; LEVIN, 2009). Além disso, estudos como o de Muratori et al. (2016) também apontam que falhas motoras importantes estão presentes em bebês com risco de autismo, entre as quais a hipotonia, o que pode explicar atraso no controle cefálico. Isso explica a correlação com os Sinais PREAUT.

Na segunda fase houve correlação da motricidade fina com os dois instrumentos referentes a risco psíquico (IRDI e PREAUT). As habilidades do motor fino, da faixa etária de 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias, correspondem principalmente a domínios de lateralidade e de pegar dois objetos em cada mão. Essa relação do bebê com o objeto é fundamental para a sua constituição psíquica, pois por meio do compartilhamento triádico bebê-adulto-objetos ocorre a significação social dos objetos (função), a aquisição psicomotora e também a construção cognitiva e da linguagem (TREVARTHEN, DELAFIELD-BUTT, 2013). No entanto, crianças com risco psíquico, principalmente para autismo, demonstram dificuldade da brincadeira ser compartilhada e do brinquedo ser significado com o seu verdadeiro sentido social, o que parece ter emergido na amostra deste estudo (MURATORI, 2014) em virtude da correlação da alteração em motricidade fina com alterações nos sinais PREAUT e no IRDI.

Já as habilidades da motricidade grossa dos bebês dessa segunda fase (8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias) correspondem a ganhos psicomotores importantes como permanecer sentado sozinho e em pé com apoio. A aquisição dessas habilidades contribui para que o bebê possa interagir melhor com os brinquedos e com os outros e observar o ambiente que o rodeia (GOLDBERG, VAN

SANT, 2002). Em um estudo evidenciou-se que bebês com risco psíquico para autismo possuem incapacidade de se manter estáveis na posição sentado, e assimetria nessa posição (ESPOSITO, VENUTO, 2009). Em outro estudo, retrospectivo, em que foram analisados vídeos caseiros de bebês posteriormente diagnosticados com risco psíquico (autismo), evidenciou, através da reciprocidade e sincronia na relação intersubjetiva da criança com seu cuidador, dificuldades motoras tal como a capacidade de brincar limitada aos seis meses de vida, além de dificuldades na interação social, cognitiva e na linguagem (OUSS et al., 2014). Novamente a relação entre alteração nos sinais PREAUT e na motricidade grossa encontrada no estudo 2 confirma os estudos citados.

Vale ainda destacar a pesquisa de Lopes et al. (2008) que avaliaram o comportamento exploratório em situação do brincar de 20 bebês prematuros com 10 meses de idade corrigida e baixo peso; os dividiram em dois grupos com desempenho normal e anormal no teste Denver II e averiguaram que os bebês com desenvolvimento normal olharam significativamente mais para a observadora, sorriram mais e permaneceram mais estáveis na posição sentada do que os bebês em risco de atraso do desenvolvimento, o que facilitou a exploração dos brinquedos. Portanto, este estudo, mesmo sem falar em risco psíquico, já observava uma correlação entre o olhar para o outro e o desempenho motor.

Quanto a bipedestação, mesmo com apoio, é importante, pois amplia o campo visual, promovendo a observação do ambiente e do outro em uma perspectiva diferente (GOLDBERG, VAN SANT, 2002), além de contribuir para a aquisição posterior do equilíbrio e da marcha, assuntos esses já pesquisados em crianças que se tornaram autistas (ESPOSITO, VENUTI, 2009; ESPOSITO et al., 2011).

As correlações encontradas entre risco psíquico e motricidade fina e grossa evidenciam a importância da relação biológico-ambiente no desenvolvimento infantil. O corpo da criança é fundamental na construção da atividade psíquica, pois por meio das interações entre o corpo e o ambiente, todas as representações são construídas (BULLINGER, 2006). Também não se deve desconsiderar a importância daqueles que exercem as funções parentais na atribuição de significação às ações do bebê (MIEIRO, 2003).

Os dados dos bebês e seus familiares aqui analisados demonstraram uma correlação fraca entre motricidade fina e grossa atrasada e alterações no protocolo

IRDI e nos Sinais PREAUT, sobretudo na segunda fase analisada. Isso porque talvez tal protocolo analise apenas grandes marcos motores e não a incidência de sintomas psicomotores. De qualquer modo a correlação encontrada, sugere que as dificuldades no processo de alienação-separação no primeiro semestre de vida acabam por ser visualizadas no desenvolvimento psicomotor de muitas formas no segundo semestre. É possível que amostras maiores poderão evidenciar de modo mais substancial o que foi a tendência que emergiu neste estudo.

Portanto, não apenas os grandes marcos psicomotores, mas a qualidade das interações psicomotoras deve ser investigada a partir do momento em que se detectam sinais de risco psíquico. Para que isso ocorra é preciso que os protocolos de risco psíquico sejam inseridos no sistema de saúde no acompanhamento de todos os bebês, já que é evidente que a amostra aqui estudada de bebês nascidos a termo e pré-termo tardios em sua maior parte, demanda um cuidado especializado na puericultura. Isso permitiria uma intervenção em tempo como atestam relatos clínicos na literatura internacional (LAZNIK, 2013) e em trabalhos do grupo de pesquisa desta universidade (PERUZZOLO, 2016; AMBRÓS, 2016) e de outros centros de referência no Brasil (PARIZZI et al., 2013).

5.3 Discussão do Estudo 3

Para além dos aspectos relacionados à interação mãe-bebê, estudos recentes tais como os de Beltrami (2011), Carlesso (2011), Crestani et al. (2013) e Mota (2016) vêm buscando investigar aspectos obstétricos, sociodemográficos e psicossociais que podem incidir no desenvolvimento infantil, tendo em vista que o desenvolvimento humano envolve fatores biológicos e ambientais que interagem de forma complexa e singular. Considerando essa perspectiva, evidencia-se a importância de se considerar a presença de atrasos psicomotores (motor fino e grosso) como multifatorial, em que aspectos psíquicos, sociodemográficos, econômicos, obstétricos e culturais, também devem ser considerados.

Os resultados desta pesquisa sugerem que vários fatores se associaram a existência de comprometimento do motor fino e grosso. Tais fatores sociodemográficos como a escolaridade materna, número de pessoas residindo na casa e a atividade profissional da mãe; também fatores relacionados a gestação como gravidez planejada, número de consultas pré-natais, uso de medicação na

gestação, intercorrência gestacional, tipo de parto e também fatores relacionados ao nascimento do bebê como o sexo dele e a necessidade de ventilação mecânica. Além desses fatores usualmente estudados nas pesquisas epidemiológicas, o risco psíquico investigado por meio dos Sinais PREAUT contribuiu sobremaneira nos desfechos investigados no estudo 3. Sem dúvida, houve forte correlação entre a ausência de sinais no questionário PREAUT e a presença de atraso em motricidade grossa e fina, nas Fases 1 e 2 estudadas as quais correspondem com as duas fases de avaliação desses sinais.

A relação entre a baixa condição socioeconômica e os prejuízos no desenvolvimento infantil é conhecida na literatura (AMORIN et al., 2009; ANDRADE et al., 2005; HALPERN et al., 2002; NOBRE et al., 2009). Neste estudo, a maioria dos participantes pertencia a famílias com renda menor que um salário mínimo, talvez por isso não se encontrou influência desta variável no desfecho. Tal fato pode justificar-se por ter havido uma distribuição homogênea da amostra quanto às condições de renda familiar e também pela possibilidade de a renda em si ter um poder menor de impactar o fantasma materno, ou seja, se as condições de pobreza não são extremas e não criam uma ausência de condição de a mãe direcionar seu cuidado ao bebê, a baixa renda pode não ser se efetivar como fator de risco.

Na **Fase 1** atuaram como fatores de risco ao desenvolvimento da motricidade fina, o número de pessoas na casa, o sexo do bebê e o risco psíquico nos Sinais PREAUT.

Um estudo indicou que as crianças prematuras que residem com maior número de pessoas na casa apresentaram menor risco na área da linguagem avaliada no teste de Denver II (NOBRE et al., 2009). Esse achado sugere que a presença de pessoas no lar pode oferecer estimulação adequada, com mediação de estímulos seletivos de aspectos relevantes para mediar a linguagem expressiva dos bebês e também pode-se pensar que da estimulação psicomotora.

Quanto ao sexo, pode-se observar que a maior parte dos bebês com alteração motora fina da fase 1 foram do sexo feminino. Esse resultado surpreende porque a maioria dos estudos tem encontrado alterações do desenvolvimento em maior número nos bebês do sexo masculino, inclusive o de Mota (2016) no que concerne ao risco psíquico. No entanto, acredita-se que tenha sido uma particularidade desta amostra.

A variável risco psíquico é extensamente descrita por Muratori (2014, 2016) pois estudos referentes a crianças com risco psíquico, sobretudo para autismo demonstraram assimetria postural de braços e pernas na posição supina em idades gestacional de 2 – 4 meses e 27 dias (ESPOSITO et al., 2009). Outros estudos que analisaram a relação entre risco psíquico não autístico e alterações psicomotoras também indicam a relação entre constituição psíquica e agitação psicomotora (KUPFER, BERNARDINO, 2009; LEVIN, 2009). Sabe-se que os Sinais PREAUT são mais sensíveis do que específicos e que podem captar os bebês com risco psíquico em geral, além daqueles com autismo (CRESPIN, PARLATO-OLIVEIRA, 2015), por isso a sua associação com alterações motoras é previsível tanto no risco de evolução para autismo como no risco psíquico em geral. Essa amplitude dos sinais PREAUT está bem explicitada no trabalho de Mota (2016).

Quanto aos fatores de risco para o desempenho da motricidade grossa dos bebês na faixa etária de 3 meses e um dia a 4 meses e 29 dias, observou-se a baixa escolaridade materna, a gravidez não planejada e o risco nos Sinais PREAUT.

Estudos apontam que a escolaridade materna funciona como fator de proteção para o desenvolvimento infantil (AMORIN et al., 2009; HALPERN et al., 2002; OLIVER, 2010). Entende-se que a maior escolaridade está relacionada às habilidades cognitivas parentais utilizadas para estimular os filhos. Andrade et al. (2005) demonstraram que o nível de escolaridade materna apresenta associação positiva com a qualidade de estímulo ambiental recebido pela criança. Os autores relatam que a escolaridade materna acima de cinco anos mantém-se positivamente associada a melhor organização do ambiente físico e temporal, a maior oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de materiais e jogos apropriados para criança e maior envolvimento da mãe com a criança.

A gravidez não planejada atuou como fator de risco no desempenho do motor grosso na fase 1. Marin e Piccinini (2007), em pesquisa a respeito da maternidade nas classes populares, constataram que a gravidez das mães ocorria de forma não planejada, porém em mães solteiras, sem o apoio do pai da criança e marcada por uma experiência solitária e sofrida, ou seja, não só o fato de não ser planejada mas como isso pode impactar no psiquismo materno. O estudo de Vendruscolo e Souza (2015) evidenciou também que de 16 crianças em risco psíquico a maior parte delas não tinha sido planejada por suas mães. A pesquisa de Crestani et al. (2013) demonstrou, para a mesma amostra de Vendruscolo e Souza (op.cit), que o apoio

do cônjuge foi um fator protetivo. Portanto, a exemplo do que afirmam Marin e Piccinini (2007) as condições para receber e investir em um filho, planejado ou não, é que parecem determinar a qualidade das interações. Deste modo, pode-se dizer que as condições diversas de apoio social podem ter incidido neste fator na fase 1 analisada para o desfecho desfavorável na motricidade grossa.

Em relação aos Sinais PREAUT, vários estudos apontam que bebês com risco psíquico, sobretudo para autismo, apresentaram assimetria corporal já na posição prona aos quatro meses (ESPOSITO et al., 2009). Como a avaliação de motricidade grossa aqui discutida refere-se a grandes marcos motores avaliados pelo Denver II, pode-se hipotetizar que os casos de risco psíquico mais grave impactaram na evolução do domínio postural básico como sustentação de cabeça.

Na Fase 2, referente aos fatores intervenientes da motricidade fina, observou-se que a mãe dona de casa atuou como fator protetivo ao desenvolvimento do motor fino do filho. Em estudo com 30 crianças de 5 anos foi encontrado que as que dispunham de menor tempo diário com a mãe apresentaram uma maior frequência de déficit no equilíbrio estático quando comparadas àquelas que permaneciam mais tempo com a mãe, sugerindo que a presença materna pode agir como um fator de proteção para aquisição dessa habilidade motora (AMORIN et al., 2009), possivelmente pelo cuidado e oferta de objetos.

O tipo de parto mais frequente foi o cesáreo que se apresentou três vezes mais ligado a alteração na motricidade fina. Este fator pode estar associado a outros fatores de risco como, por exemplo, anóxia leve perinatal. Realizamos esta hipótese porque os bebês da amostra nasceram no sistema único de saúde onde o parto cesáreo não é eletivo como no sistema suplementar de saúde. Ele só é efetivado quando o bebê entra em algum sofrimento e há risco para ele e sua mãe. Mota (2016) encontrou apgar menor de 9 associado a risco psíquico em sua amostra que incluiu muitos dos bebês da amostra desta pesquisa. Este fato poderia ser uma explicação para este resultado, pois vários fatores podem estar concorrendo para o desfecho em motricidade fina. Em seu trabalho explicita que a anóxia mesmo que leve pode desencadear uma angústia arcaica. Também pode-se imaginar que micro alterações funcionais cerebrais podem estar ocorrendo nessas situações o que deve ser investigado no futuro com pesquisas neurológicas mais refinadas.

Quanto ao bebê que participa da dinâmica familiar apresentar risco na motricidade fina, pode-se pensar que o que está em voga não é a presença do bebê

no entorno familiar, mas sim a qualidade de inserção do bebê no local, ou seja, de nada adianta o bebê estar presente junto aos familiares durante o almoço, se a mãe não deixa-lo manipular os objetos ou se houver pobre estimulação ambiental. Vendrúsculo e Souza (2015) referem que no brincar, além do tipo de sustentação cognitiva, interessa também o tipo de relação afetiva que a cena do brincar evidencia, ou seja, além de observar se uma mãe não consegue oportunizar um brincar muito estimulante do ponto de vista cognitivo, também se deve analisar o quanto ela está sustentando uma relação e que tipo de relação é essa, diretiva ou não, com ou sem prazer, que respeita ou não um lugar de manifestação corporal e/ou verbal para a criança. Enfim, a análise do funcionamento do brincar, assim como a presença do bebê em seu meio deve compreender um contexto de trocas prazerosas e em interação com o outro. Assim, um bebê inserido na dinâmica pode evidenciar apenas que está solto na dinâmica sem um investimento adequado. Deste modo, este resultado estatístico sugere a necessidade de uma investigação mais profunda sobre o cotidiano dos bebês em estudos futuros.

Outro aspecto que emergiu como importante foi a presença de dificuldade alimentar correlacionada a três vezes mais chance de alterações de motricidade fina. A alimentação demanda do bebê entre 8 meses e um dia a 9 meses e 29 dias ao menos a ingestão de líquido fino e pastoso. Alguns bebês que já possuem vários dentes já podem estar transitando para alimentos semissólidos e alguns sólidos utilizando amassamentos com dentes e língua para lograr êxito na construção do bolo alimentar. Tais habilidades são de motricidade fina tanto quanto as habilidades corporais investigadas pelo teste Denver II. Ainda não é coincidência que a representação da boca e da mão estejam próximas e sejam extensas no córtex pré-frontal no chamado homúnculo de Penfield. Deste modo a associação encontrada está coerente com aspectos anatomofisiológicos. Ela também é reforçada pelo estudo de Mota (2016) que encontrou associação entre engasgos e dificuldades alimentares nesta mesma amostra.

Todos os estudos já citados reunidos em Muratori (2014, 2016) demonstram a associação entre risco psíquico e motricidade fina aqui encontrada.

Já relativo ao desempenho da motricidade grossa, os fatores de risco foram o uso de medicação gestacional e o risco nos Sinais PREAUT.

Uso de medicação na gestação está geralmente associado a doenças progressivas ou durante o período gestacional. Pode-se supor que tais mães tiveram

maior risco na gravidez. No entanto, este fator de modo isolado sem uma análise mais minuciosa dos dados não permite uma explicação mais aprofundada da associação encontrada, sem uma investigação mais detalhada dos casos que não foi objeto desta tese.

A relação entre risco psíquico avaliado pelos sinais PREAUT apresentar quatro vezes mais chance de se associar com desempenho anormal em motricidade grossa, também foi encontrada em Mota (2016), a exemplo dos trabalhos de Muratori (2014, 2016) já citados. Mota (2016) evidenciou que o bebê experimentar distintas posições corporais, seja por sua potencialidade e/ou pela oportunidade oferecida pela mãe foi um fator protetivo. Esse fato parece ser um fator na associação entre motricidade grossa e risco psíquico nesta fase. Outros estudos também evidenciam assimetria na posição sentada, no rastejar e dificuldade de equilíbrio na posição em pé de bebês com risco psíquico para autismo o que reforça a correlação entre sinais PREAUT e alterações motoras grossas na fase 2 (ESPOSITO, VENUTI, 2009).

Na Fase 3 (11 meses e 12 meses e 29 dias) o desempenho do motor fino foi influenciado pela atividade profissional da mãe, pelo tipo de parto, por intercorrência gestacional, número de consultas pré-natais e pelo sexo do bebê.

O sexo masculino apresentou-se como fator de risco para a motricidade fina, o que concorda com inúmeros estudos inclusive o de Mota (2016). Assim como no estudo de Oliver (2010), realizado no primeiro ano de vida dos bebês, observa-se que a maioria dos bebês integrantes dessa faixa etária são do sexo masculino e apresentaram pior desempenho no teste Denver II.

As mães que trabalhavam possuíam filhos com menor risco no motor fino. Andrade et al. (2005) verificaram que o trabalho materno além de gerar renda e facilitar o acesso a bens e recursos, também é gerador de satisfação ocupacional à mãe, proporcionando à ela motivação e valorização, potencializando as experiências positivas com seu filho. O que pode-se pensar que a permanência da mãe em casa, sem trabalhar, não garante que haverá adequada estimulação e interação com o seu bebê. Crestani et al. (2013) também identificou a mãe que possuía tarefa ocupacional fora do lar como fator de proteção em bebês de 12 a 18 meses, uma vez que as mães donas de casa apresentam três vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil nesta fase.

Em contrapartida, Oliver (2010) evidenciou menor risco no desempenho do teste Denver II em crianças, no primeiro ano de vida, que eram cuidadas pelas mães em comparação às cuidadas por creches. Portanto, um bom equilíbrio entre a mãe ter uma perspectiva de vida e a possibilidade de exercer um bom cuidado ao bebê ou ter alguém que a substitua adequadamente parece sugerir desfechos positivos de motricidade fina. Talvez isso explique porque na fase 2 a mãe no lar foi protetivo e na fase 3 ela trabalhar. Espera-se que ao final do segundo semestre o processo de separação esteja em curso e que o bebê esteja mais independente motora e psiquicamente. As mães que conseguiram retornar à vida ocupacional possivelmente evidenciaram que a separação estava bem resolvida e que seus bebês demonstravam bom potencial de desenvolvimento.

A maior parte das mães realizaram o parto do tipo Cesáreo, menor número de consultas pré-natais e intercorrências gestacional parecem combinar-se nesta fase na associação com o desfecho de alteração no motor fino. Conforme já anunciado o parto Cesáreo no sistema único de saúde não é eletivo e, portanto, utilizado em situações de risco. O fato das mães não terem tido o acompanhamento pré-natal ideal ou mesmo de terem apresentado intercorrências gestacionais confirma a hipótese lançada na fase anteriormente explicada de que os bebês podem ter tido algum grau de alteração do funcionamento cerebral por anóxia que poderia explicar o desfecho aqui encontrado.

O número de consultas pré-natais atuou de forma protetiva ao desenvolvimento do bebê, uma vez que o cuidado durante o período gestacional se faz necessário na prevenção de intercorrência gestacional, que também atuou como fator de risco ao desempenho da motricidade fina do bebê. Em uma pesquisa de bebês com 4 a 8 meses de idade averiguou-se que quanto ao número de consultas, o bebê cuja mãe realizou cinco ou menos consultas pré-natais apresentou quatro vezes mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em relação aos bebês de mães que realizaram seis ou mais consultas pré-natais (CRESTANI et al., 2013). Tal associação é ressaltada em outro estudo (LORDELO et al., 2000), o qual afirma que o número de consultas pré-natais tem relação ao risco de atraso no desenvolvimento infantil.

Destaca-se que a educação em saúde durante a gestação é um meio de oferecer à mãe e seus familiares conhecimentos que podem prepará-la para o exercício de sua nova função, além de esclarecer dúvidas, contribuindo com sua

autonomia no cuidado com seu bebê (DUARTE, et al., 2011). Grupos de educação e apoio a gestantes seria um meio importante de detectar precocemente possíveis intercorrências na gravidez.

Quanto ao sexo do bebê ser o masculino com maior número de alterações, isso já é previsto em estudos de risco psíquico (MURATORI, 2014) o que parece ser um fator genético e ambiental combinados.

O desempenho do motor grosso dos bebês com na faixa etária entre 11 e 12 meses e 29 dias de idade apresentou como fatores de risco o bebê não possuir irmãos e ter sido submetido à ventilação mecânica ao nascimento.

Um estudo realizado com bebês de 10-14 meses evidenciou que os bebês nascidos com menor peso e idade gestacional que permaneceram mais tempo hospitalizados apresentaram mais problemas no desenvolvimento neuropsicomotor segundo o teste Denver II (NOBRE et al., 2009). O que se pode inferir que normalmente bebês de risco – baixo peso ou baixa idade gestacional são submetidos a ventilação mecânica, o que vai na direção dos resultados encontrados nesta pesquisa.

Neste estudo, evidenciou-se a importância de um irmão como agente estimulador no desenvolvimento do motor grosso. Um estudo averiguou que crianças com mais de três irmãos tiveram 90% mais chance de apresentar no teste Denver II suspeita de atraso, confirmando que nas famílias com maior número de filhos, em geral, há menos estímulos para que as crianças possam explorar seu potencial de desenvolvimento. Esse menor estímulo provavelmente está associado à menor disponibilidade materna para oferecer atenção à criança (HALPERN et al, 2002). Portanto, o irmão pode ou não compensar a dificuldade de a mãe dar atenção ao bebê por ter de cuidar de vários filhos. Os bebês desta pesquisa tiveram a sorte de os irmãos estimularem seu desenvolvimento, possivelmente porque foram bem estimulados por sua mãe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificou-se que o desenvolvimento infantil depende de múltiplos fatores na complexa relação entre o potencial genético e o ambiente. A prematuridade tardia por si só não se mostrou um fator de risco para o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, nesta tese.

Os fatores ambientais foram de maior importância e atuantes no desenvolvimento psicomotor dos bebês desta amostra. O risco psíquico do bebê também associou-se de modo importante ao desfecho de motricidade fina e grossa dos bebês prematuros e nascidos a termo nas fases em que os sinais PREAUT foram averiguados (Fase 1 e 2).

Acredita-se que outros fatores mais singulares das condições da mãe e da família possam explicar tais resultados, e, por isso, é desejável que amostras maiores sejam reestudadas à luz da teoria que embasa este estudo e que os resultados aqui apresentados sejam tomados como sugestões para pesquisas futuras com amostra maior, e não como verdades generalizáveis à população.

Os resultados sugerem que as práticas de observação do desenvolvimento infantil de equipes de saúde no acompanhamento materno-infantil precisam transcender o olhar exclusivo a grandes marcos psicomotores, ou nutricionais do desenvolvimento.

A dimensão psíquica e relacional precisa entrar no processo de formação dessas equipes para que os riscos psíquicos sejam também identificados assim como os riscos psicomotores. Para tanto, a pesquisa indica que precisa ser iniciado um trabalho extenso de formação continuada das equipes de puericultura, em conjunto com uma mudança de paradigmas de saúde já na universidade, com um olhar mais interdisciplinar para a infância.

Considerando os objetivos iniciais, observa-se que houve a indicação de associação entre algumas variáveis estudadas, sobretudo risco psíquico com o motor grosso e o motor fino e que, mesmo havendo a necessidade da estatística ser flexibilizada, os resultados permitem uma reflexão sobre os aspectos analisados. Também evidenciou que para além dos marcos motores aspectos como assimetria corporal, inibição e instabilidade motora, antecipação e imitação de gestos maternos são aspectos fundamentais na análise clínica de bebês com risco.

O estudo também demonstrou a importância de serem investigados tais fatores em estudos futuros com uma amostra maior, para que algumas tendências observadas neste estudo possam ser confirmadas com maior significância estatística.

Cabe ressaltar algumas limitações do presente estudo. Foram encontradas dificuldades na realização do estudo longitudinal, devido ao número de faltas das crianças às consultas de acompanhamento no Ambulatório de Prematuros e nas avaliações marcadas para as filmagens, nas idades selecionadas. Com isso, houve a necessidade de se fazer um estudo transversal com número amostral diferente a cada idade. Por isso, a limitação de bebês prematuros extremos o que traria dados importantes sobre as variáveis obstétricas que eram de interesse inicial a este estudo.

Considerando ainda alguns objetivos específicos delineados pelo estudo pode-se afirmar que houve associação entre risco psíquico, instabilidade corporal, dificuldades de imitação do gesto motor e antecipação do gesto materno, e desfechos em motricidade fina e grossa na amostra estudada. Essas dificuldades se refletiram na construção da imagem corporal dos bebês conforme se verifica no estudo 1.

As análises estatísticas dos estudos 2 e 3 demonstraram que alguns fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos se associaram a cada fase com o desfecho em motricidade fina e grossa no teste Denver II. No entanto, pode-se afirmar que o fator de maior impacto em associação constante com o desfecho em motricidade fina e grossa foi o risco psíquico.

Nesse sentido, os sinais PREAUT apresentaram-se muito sensíveis na detecção de risco psíquico e na associação com risco ao desenvolvimento psicomotor. Eles sugerem que aspectos constitucionais do bebê, como o risco para o autismo, e aspectos ambientais relacionados pelas dificuldades dos pais ocuparem suas funções parentais podem estar concorrendo para os desfechos de alterações no desenvolvimento psicomotor infantil a partir de dificuldades no processo de alienação-separação, já que nem todos bebês da amostra apresentaram-se com risco para autismo como atesta o estudo de Mota (2016).

Esses resultados evidenciam que o olhar sobre o risco psíquico em puericultura não é algo secundário, mas fundamental na melhoria da linha de cuidado mãe-bebê. Uma das evidências disso é que o cuidado dedicado aos

prematturos, mesmo que nesta amostra os tardios, pode também explicar a falta de diferença que desfavoreça este grupo em relação ao desenvolvimento dos bebês nascidos a termo. Portanto, um cuidado mais efetivo dos bebês e de sua família, representada nas mães e irmãos, poderá minimizar a emergência de alterações do desenvolvimento psicomotor e do risco à saúde mental.

Considerando a profissão de Fisioterapia como detentora de grande número de pesquisas em motricidade, o estudo sugere a importância de se inserir na formação deste profissional a formação em psicomotricidade, ou seja, incluir o psíquico na formação sobre o desenvolvimento infantil, articulando esse fator ao processo de aquisição de habilidades instrumentais motoras. Isso permitirá que os profissionais compreendam e incluam uma visão mais holística do sujeito em sua atuação, sobretudo com bebês que não podem ser atendidos sem a inclusão dos pais no processo terapêutico, já que mais do que uma relação de causa e efeito, o psíquico e o motor se articulam na constituição do sujeito e devem ser atendidos em conjunto. Por isso, a importância da formação do Fisioterapeuta, até para que possa buscar auxílio e sustentação de seu trabalho com uma equipe interdisciplinar que tenha profissionais responsáveis pelo estudo da subjetividade como os Psicólogos ou Psiquiatras, sobretudo aqueles com estudos do campo psicanalítico.

Por fim, cabe ressaltar que o protocolo IRDI e os Sinais PREAUT apresentaram-se muito sensíveis e adequados na detecção precoce de risco psíquico a exemplo de várias pesquisas realizadas no grupo de pesquisa no qual se insere esta tese. Por isso, são sinais importantes a serem incluídos no cuidado ao bebê e sua família.

REFERÊNCIAS

ABELHEIRA, L. A.; BERESFORD H. O valor moral de uma estimulação precoce humanizada na encefalopatia crônica infantil. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 4, p.78-83, 2004.

ADRIEN et al. Blind ratings of early symptoms of autismo based upon Family home movies. **J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry**, v.33, p. 617-25, 1993.

AJURIAGUERRA. J de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Barcelona: Editora Toray Masson, 2º ed. 1977.

ALMEIDA, T. S. O. et al. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.3, p.301-8, 2013.

AMBRÓS, T.M.B. **A musicalização como dispositivo de intervenção precoce junto a bebês com risco psíquico e seus familiares**. 2016. 103f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

AMORIM, R. C. A. et al. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 6, p. 506-13, 2009.

ANDRADE, A.S. et al. Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.4, p. 600-6, 2005.

ANZIEU, D. **O eu pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARNAUD, C. et al. Prevalence and associated factors of minor neuromotor dysfunctions at age 5 years in prematurely born children: the EPIPAGE Study. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v.161, n.11, p. 1053-1061, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ASSOCIATION PRÉAUT. Disponível em <<http://www.preaut.fr/>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

BARANEK, J.T. Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9 – 12 months of age. **J. Autism Dev Disord**, v.29, n.3, p. 213-24, 1999.

BARON-COHEN S. et al. The early Identification of autism: the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.93, n.10, p. 521-525. 2000.

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil**. 2011. 102f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

BERGÈS, J. O corpo e o Olhar do Outro. In **Escritos da Criança** No. 2. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 2ª. Edição. 1997.

BOATO, E. M. **Introdução à educação psicomotora: a vez e a voz do corpo na escola**. Brasília: Hildebrando Editor e Autores associados, 1996.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estud. Psicol.**, v. 21, n.3, p. 211-26, 2004.

BORTAGARAI, F. **A comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica não progressiva**. 2011. 112f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

BOTÊLHO, S.M. et al. O cuidar materno diante do filho premature: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.4, p.929-934, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas da Saúde**. Área Técnica da criança. Brasília. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Revista Psico**, v.37, n.2, p.151-158, 2006.

BULLINGER, A. Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. **Contraste**, v.2 n° 25, p. 125-139, 2006.

CATÃO, I.A. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. 2. reimpr. Salvador: Ágalma, 2013.

CORIAT, L.F. **Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de vida da Criança**. São Paulo/SP: Centauro, 2001.

CUSTÓDIO, Z. A.; CREPALDI, M. A.; CRUZ, R. M. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo teste de Denver II: revisão da Produção Científica Brasileira. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, v. 25, n. 2, p. 400-407, 2012.

COHEN, D. et al. Do parenthèse prosody and father's involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? **PLOS ONE**, vol. 8, n. 5, p. 1-10, May. 2013.

CORRÊA, F. I.; COSTA, T. T.; FERNANDES, M. V. Estudo da imagem e esquema corporal de crianças de paralisia cerebral tipo tetraparética espástica. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v.5, n.2, p. 131-135, 2004.

CRESPIN, G.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto Préaut. In: JERUSALINSKY, A. **Dossiê Autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

CRESTANI, A. et al. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 847-856, 2013.

_____ et al. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial da fala entre 13 e 16 meses. **Rev. CEFAC**, v.17, n.1, p.169-176. 2015.

_____ et al. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 24 , n. 3, p. 205-210. 2012.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/critenoBrasil.aspx>>. Acesso em 20 de janeiro de 2015.

CULLERE-CRESPIM, G. **L'épopée symbolique du nouveau-né**. Ramonville Saint Agne : Editions érès, 2007.

DAPRETTO, M. et al. Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. **Nature Neuroscience**, n.9, p.28-30. 2006.

DE MEUR, A.; STAES, L. **Psicomotricidade: educação e reeducação**: níveis maternal e infantil. São Paulo: Manole, 1991. p. 9-18.

DIAS, B. R. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. **Arq Neuropsiquiatr**. v.63, n.3, p. 632-636, 2005.

DOLTO, F. **A Imagem Inconsciente do Corpo**. 2. ed. 4ª reimp. São Paulo: Perspectiva. 2012.

DRACHLER, M.L; MARSHALL, T.; CARVALHO-LEITE, J.C. A continuous-scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. **Pediatr Perinat Epidemiol.**, v.21, p. 138-153, 2007.

DUARTE, S.J.H; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Rev Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n.2, p.277-82, 2011.

ESPOSITO, G. et al. Analysis of unsupported gait in toddlers with autism. **Brain & Development**, v.33, p.367-373, 2011.

_____ ; VENUTI, P. Symmetry in infancy: analysis of motor development in autism spectrum disorders. **Symmetry**, v.1, n.1, p. 215-225, 2009.

_____ ; YOSHIDA, S.; VENUTI, P. Three lessons from Philip Teitelbaum and their application to studies of motor development in humans and mice. **Behavioural Brain Reserch**, v. 231, n.2, p.366-370, 2012.

FLANAGAN, J.E. et al. Head lag in infants at risk for autism: a preliminary study. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 66, p. 577-85, 2012.

FORTES, O. H.; JERUSALINSKY, A. Bases neurofisiológicas da estimulação precoce in JERUZALINSKY, A E COLABORADORES. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. 2 ed. Porto Alegre: Artes e ofício. p. 275-282, 1999.

FLORES, M. R. **Exercício das funções parentais e funcionamento de linguagem em três casos de risco psíquico**. 2012. 179f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, v. 15, n.2, p. 348-360, mar-abr. 2013.

FONSECA, V. R. J.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p.738-746, 2010.

FRANKENBURG, W. K. et al. The DENVER II: A major revision and re-standardization of the Denver Developmental Screening Test. **Pediatrics**, v. 89, p. 91-97, 1992.

GABBARD, C.; RODRIGUES, L. P. Testes contemporâneos de avaliação do comportamento motor infantil. In: MOURA-RIBEIRO, M. V. L. de; GONÇALVES, V. M. G. **Neurologia do desenvolvimento da criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 243-257.

GAMARRA, A. H. E. et al. Avaliação da imagem corporal, autoconceito e suas correlações com os sintomas depressivos na doença de Parkinson. **Arq. de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, n. 3, p. 585-590, 2009.

GOLDBERG, C.; VAN SANT, A. Desenvolvimento Motor Normal. In: TECKLIN, J.S. **Fisioterapia Pediátrica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.13-34.

GOLDSTEIN, A. **O autismo sob o olhar da terapia ocupacional. Um guia de orientação para pais**. São Paulo: Casa do Novo Autor Editora, 2009.

GOMES, A. M. **A criança em desenvolvimento: cérebro, cognição e comportamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GONÇALVES, C. M. R. **Evolução do desenvolvimento motor e cognitivo de pré-escolares nascidos pré-termo de muito baixo peso egressos do método**

canguru. 2014. 82f. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GOYEN, T. A.; LUI, K.; HUMMELL, J. Sensorimotor skills associated with motor dysfunction in children born extremely preterm. **Early Hum Dev.**, n. 87, p.489-493, 2011.

GRESSLER, L. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **J Pediatr**, v.76, n.6, p.421-428, 2002.

HASSANO, A. Y. S., 2014. Teste de triagem do desenvolvimento de Denver. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/228404265/Teste-de-Triagem-de-Desenvolvimento-de-Denver#scribd>>. Acesso em 13.dez.2014.

_____. Desenvolvimento Neuropsicomotor no primeiro ano de vida. **Rev. de Pediatria SOPERJ**, p. 9-14, 2011.

IVERSON, J .M.; WOZNIAK, R. H. Variation in vocal-motor development in infant siblings of children with autism. **J Autism Dev Disord**, v. 37, n.1, p. 158-70, 2007.

JERUSALINSKY, A. N.; CORIAT, E. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento Infantil. In: **Escritos da Criança nº 4**. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat, s/d.

JERUSALINSKY, A.N. Desenvolvimento e maturação. In: **Escritos da Criança nº 1**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997.p. 85.

_____. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos – AP3. In LERNER, R; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo, FAPESP, Escuta, p.117-136. 2008

JOHNSON, S et al. Screening for autism in preterm children: diagnostic utility of the social communication questionnaire. **Arch Dis Child.**, v. 96, p. 73-77. 2011.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009.

KUPFER, M. C. M. (Coord.) **Relatório científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise**. Projeto Temático FAPESP. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam**. São Paulo, v.13, n. 1, p. 31-52, mar. 2010.

LACOBONI, M.; DAPRETTO, M. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. **Nature**, n.7, p.942-951. 2006.

LARROQUE, B. et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation: a longitudinal cohort study. **Lanc.**, v. 8, p. 813-820, 2008.

LAZNIK, M. C. **A hora e a vez do bebê**. 1ª ed. São Paulo: Intituto Langage, 2013. p. 224.

_____. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004. p. 25.

LE BOULCH, J. **O desenvolvimento psicomotor do nascimento até 6 anos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2000. 219p.

LEVIN, E. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 341.

LOPES, D. V.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. Comportamento exploratório de bebês nascidos pré-termo em situações de brincar. **Psicol. Estud.**, v. 13, n. 4, p. 867-874, 2008.

LORDELO, E.R.; FONSECA A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol Reflex Crit.**, v. 13, n.1, p.73-80, 2000.

LORENA, S. H. T.; BRITO, J. M. S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 72, n.3, p.360-364, 2009.

LUNDY-EKMAN, L. **Neurociências: fundamentos para reabilitação**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MAGALHÃES, LC. Transtornos da coordenação motora e da aprendizagem. In CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. p.314-337, 2007.

_____ et al. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver II. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n.4, p. 445-453, 2011.

MAHONEY, A.D et al. Autism Spectrum Disorders and Prematurity. **Advances in Neonatal Care**, v.13, n.4, p. 247-251. 2013.

MANCINI, M. C. et al. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 60, n. 4, p. 974-980, 2002.

MARIN, A.; PICCININI, C. Comportamentos e práticas educativas maternas em

famílias de mães solteiras. **Psicol. Est.**, v. 12, n. 1, p. 13-22, 2007.

MELLO, M.; MARQUES, A. P. A imagem corporal representada pelos fibromiálgicos: um estudo preliminar. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, v. 2, n.2, p. 87-93, 1995.

McCOY, B.M. et al. Mediators of the association between parental severe mental illness and offspring neurodevelopmental problems. **Annals of Epidemiology**, v.24, p. 629-634. 2014.

MIEIRO, I. M. C. **A influência materna na psicomotricidade e no desenvolvimento da linguagem do bebê**. 2003. 40f. Monografia (Especialista em Psicomotricidade) – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2003.

MOTA, A. R. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais**. 2016. 190f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

MOORE, T. et al. Screening for autismo in extremely preterm infants: problems in interpretation. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 54, n. 6, p. 514-520. 2012.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. L. Effect of preterm birth on motor development, behavior and school performance of school-age children: a systematic review. **J Pediat**, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014

MORIZOT, R. A relação mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Fonoaudiologia Brasil**, v. 2, n. 2, p. 20-26, jul. 1999.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras**. Salvador: Ed. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia: Salva. 2014. 89p.

_____; APICELLA, F.; MAESTRO, S. Corpo e motricidade como veículo ou obstáculo para o desenvolvimento da intersubjetividade em bebês que se tornaram autistas. In: DE SOUZA, A.P.R; ZIMMERMANN, V.B. **Inserção de crianças e adolescentes na cultura**. 1 ed.: São Paulo: Instituto Langage, 2016.

NASCIMENTO, D. Z. A.; CARVALHO, K. P. P.; IWABE, C. Perfil Cognitivo e Motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar: Revisão de literatura. **Rev. Neuricienc.**, v.20, n. 4, p. 618-624, 2012.

NASIO, J. D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Zahar. 2008.

NOBRE, F. D. A. et al. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano de vida. **Revista Interamericana de Psicologia**, v.43, n.3, p. 442-450, 2009.

OLIVER, K. A. **Prematuridade como fator de risco no desenvolvimento motor e cognitivo avaliados com 1 e 2 anos de idade**. 2010. 194f. Dissertação (Mestrado

em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L.; SOUZA A. P. R. Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único Sustentado na Interdisciplinaridade. **Distúrb Comum.**, v. 25, n.2, p.187-202, 2013.

OLIVEIRA, E. A. Modelos de risco na Psicologia do desenvolvimento. **Rev.Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 19-26, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010. Disponível em <<http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematurados-no-brasil/>>. Acesso em: 29 abr.2014.

OSTERLING, J.; DAWSON, G. Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. **J. Autism Dev. Disord.**, v. 24, p. 247-57, 1994.

OUSS, L. et al. Infants engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West Syndrome. **Euro Child adolescent. Psychiatry**, v.1, n.1, p.143-149, 2014.

PAGHAVA, H. et al. General movements in infants with autism spectrum disorders. **Georgian Med News**, v.156, p.100-5, 2008.

PAIM, F. F.; KRUEL, C. S. Interlocução entre Psicanálise e Fisioterapia: conceito de corpo, imagem corporal e esquema corporal. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n. 32, v. 1, p. 158-173, 2012.

PARIZZI, M.B et al. Influências da educação musical nas respostas vocais e de interação social em bebês nascidos prematuros. In: BUSNEL, M.C; MELGAÇO, R.G. **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

PEREIRA, L.B. et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n.1, p. 55-63, 2015.

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e Depressão de Mãe de Recém-Nascidos com Malformações Visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2008.

PERUZZOLO, D. **Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica de intervenção precoce**. 2015. 143 p. Tese (Texto de qualificação de tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

_____; BORTAGARAI, F.M.; RAMOS DE SOUZA, A.P. Análise do esquema e relação corporal no brincar entre a mãe e criança com risco psíquico. In: DE SOUZA, A.P.R; ZIMMERMANN, V.B. **Inserção de crianças e adolescentes na cultura**. 1 ed.: São Paulo: Instituto Langage, 2016.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **O Nascimento da Inteligência na Criança**. Zahar Editores. Rio de Janeiro/RJ. 2ª Edição, 1975.

PILZ, E. M. L; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciênc saúde coletiva**, v.12, n. 1, p. 181-190, 2007.

PRACIDELLI, F. et al. A imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do serviço de geriatria: uma visão fisioterápica e psicológica. **Mundo saúde**, v. 25, n.4, p.404-10, out.-dez. 2001.

PRETTO-CARLESSO, J. P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. 2011. 160f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S. M. O. Prematurity: clinical and epidemiological aspects in a Normal Delivery Center. **Einstein**, v. 9, (4 Pt 1), p.483-8, 2011.

RAMOS, A. P. **A interpretância na articulação corpo linguagem na clínica de bebês**. III Seminário Transdisciplinar de Bebês Paris, 2013.

REUNER, G. et al. Comparison of developmental Bayley-III and Bayley-II in 7 month infants born preterm. **Eur. J. Pediatr.**, v. 172, p.393-400, 2013.

ROBINS D.L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.31, n.2, p.131-44, 2001.

RODRIGUES, M.F.A.; MIRANDA, S.M. **A estimulação da criança especial em casa: entenda o que acontece no sistema nervoso da criança e como você pode atuar com ele**. São Paulo, Ed. Atheneu, 1ª edição, 2005.

RODRIGUES, O. M. P; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**,v. 21 n. 1, p. 111-21, 2011.

ROLEY, S. S.; JACOBS, E. S. S. Integração Sensorial. In WILLARD, H. S. **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr.**, v. 81, supl 1, p.101-10, 2005.

SACCANI, R. **Validação da Alberta Infant Motor Scale para aplicação no Brasil: análise do desenvolvimento motor e fatores de risco para atraso em crianças de 0 a 18 meses**. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SAMARA, M.; MARLOW, N.; WOLKE, D. Pervasive behavior problems at 6 years of age in a total population sample of children born at 25 weeks of gestation. **Pediatrics**, v. 122, n.3, p. 562-73, 2008.

SAINT-GEORGES, C. et al. Do parents recognize autistic deviant behaviour long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. **PLOS one**, v. 6, n. 7, p. 1-13, 2011.

SANTINO, T.A. et al. Intervenção fisioterapêutica associada à psicomotricidade em portadores de lesão medular. **Revista Conexão UEPG**, v. 9, n.1, p. 25-33. 2013.

SANTOS, D. C. C.; TOLOCKA, R. E.; CARVALHO, J. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até 3 anos de idade. **Rev. Bras. Fisioter. São Carlos**, v. 2, n.13, p. 173-9, 2009.

SANTOS, R. S.; ARAÚJO, A. P.; PORTO, M. A. S. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **J Pediatr**, v.84, p.289-99, 2008.

SCHIEVE, L.A. et al. Population attributable fractions for three perinatal risk factors for autism spectrum disorders, 2002 and 2008 autism and developmental disabilities monitoring network. **Annals of Epidemiology**, v. 24, p. 260-66. 2014.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psic: teor e pesq.** v.20, n.3, p.233-240, 2004.

SIQUEIRA M.B.C.; DIAS M.A.B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 20, n.1, p.27-36. 2011.

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, p. 2125-138, out. 2009.

SILVA, P. L.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, V. M. G. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6^a ao 12^a meses de vida. **Rev. Bras. Fisioterap.**, v.10, n.2, p. 225-31, 2006.

SOUZA, H. A.; GODOY, J. R. P. A psicomotricidade como coadjuvante no tratamento fisioterapêutico. **Rev. Univ. Ci. Saúde**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 287-96, jul./dez. 2005.

SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, p.1917-26, 2008.

TEITELBAUM, P. et al. **Moviment analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism**. Proc Natl Acad Sci USA, v. 95, p. 13982-7, 1998.

THEVARTHEN, C.; DELAFIELD-BUTT, J. Autism as a development disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in integrative neuroscience*, v. 7, n. 17, jul. 2013.

VALESKI, A.; COELHO, B. L. P.; RODRIGUES, M. C. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: tratamento fisioterapêutico com abordagem ludoterapêutica. **Rev. Fisio Brasil**, v.5, n. 1, janeiro/fevereiro, 2004.

VANIER, C. Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage, p. 50-8, 2013.

VENDRUSCOLO, J. F. et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum.**, v. 24, n. 1, p. 41-52, 2012.

VENDRUSCOLO, J.F.; SOUZA, A.P.R. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. **Rev. CEFAC**, v.17, n.3, p.707-19, 2015.

VORCARO, A. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Rev. Latinoam.**, São Paulo, v.3, n.4, p. 617-34, dez. 2010.

YAÑES, Z. Psicomotricidade e seus conceitos fundamentais. *Escritos da criança*, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, n. 4, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WANDERLEY, D.B.; WEISE, E.B.P; BRANT, J.A.C. O que há de avaliável no desenvolvimento infantil? Exame e discussão das escalas de avaliação do desenvolvimento infantil mais usadas no Brasil. In: LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. Fapesp/Escuta: São Paulo, 2008.

WAKAHARA, A. S.; MARQUES, A. P. Avaliação quantitativa da imagem corporal de gestantes adolescentes primigestas pobres da cidade de São Paulo. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, v.6, n.2, p.174, jul/dez. 1999.

WILLRICH A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev. Neuricienc**, v. 17, n. 1, p. 51-6, 2008.

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

ZAJONZ, R.; MULLER, A.B.; VALENTINI, N.C. A influência de fatores ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. **Revista da Educação Física UEM**, v. 2, n. 19, p. 159-71. 2008.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE BEBÊS PREMATUROS E A TERMO COM E SEM RISCO PSÍQUICO.

Pesquisador responsável: Francine Manara Bortagarai

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria- Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para contato: (55) 32208348

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Unidade Básica Wilson Paulo Noal.

Nos próximos itens procuramos esclarecer os objetivos e procedimentos da presente pesquisa e nos dispomos a tirar quaisquer dúvidas que por ventura emergirem a qualquer momento da pesquisa. São eles:

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a relação entre o desenvolvimento psicomotor e risco ao desenvolvimento em crianças a termo e pré-termo. Intenciona-se possibilitar a identificação precoce de alterações e do encaminhamento imediato a programa de intervenção precoce, evitando com isso déficits e repercussões futuras dos agravantes. Também há a possibilidade de poder orientar a família, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao filho e de estimular o desenvolvimento psicomotor, de linguagem e psíquico (cognitivo e afetivo) dele.

2 – A coleta de dados inclui a aplicação da entrevista inicial e continuada (referentes a dados do bebê; informações obstétricas, sociodemográficas e psicossocial familiar), de um teste para avaliação neuropsicomotora (Denver II) onde a observação é direta no bebê ou pode ser através de informações dada pela mãe relativas a execução ou não de tarefas de habilidades da motricidade fina e grossa e, a observação da interação mãe-criança e comportamento do bebê (IRDI, PREAUT). Haverá também a filmagem de interações da díade mãe-filho (conversa e/ou brincadeira). Prevê-se, portanto, um total de no máximo 30 minutos para a realização de todas as coletas.

3- A filmagem das interações se dará antes ou após a consulta pediátrica em sala reservada para isso, onde haverá um colchonete e bebê conforto para acomodar o bebê e a mãe ou responsável apresentará brinquedos ao seu bebê que estarão em uma caixa identificada por faixa etária. A filmagem durará em torno de 15 minutos. Os dados das filmagens serão armazenados para análises da pesquisa e ensino e ficarão de posse do pesquisador por no mínimo 5 anos, em HD externo e computador pessoal, e os prontuários escritos, serão ambos armazenados na sala de orientação dos laboratórios do programa de pós-graduação em Distúrbios da

Comunicação Humana, no andar subsolo do prédio de Apoio da UFSM na rua Floriano Peixoto, Santa Maria, RS- centro, em armário fechado e de acesso apenas a pesquisadora.

4- A pesquisa possui risco mínimo em função do desconforto ligado ao tempo para responder entrevistas, realizar o teste e a filmagem.

5- Benefícios para o participante estão na possibilidade de averiguação precocemente de alterações psicomotoras e de riscos ao desenvolvimento, associados ou não a prematuridade e da orientação e/ou encaminhamento, caso seja necessário, para a intervenção precoce. Tal intervenção será realizada por uma equipe interdisciplinar que conta com Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo.

6- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição;

7- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado de qualquer forma poderá desistir de participar da pesquisa.

10 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a Dra. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2014.

.....
Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice B - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Análise comparativa do desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo com e sem risco psíquico.

Pesquisador responsável: Dra. Ana Paula Ramos de Souza

Demais pesquisador: Msc. Francine Manara Bortagarai

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Curso: Fonoaudiologia

Telefone para contato: (55) 91435776

Local da Coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM e Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal.

Registro no CEP:

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima.

O Pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, Junho de 2014.

Assinatura Pesquisador
Nome: Ana Paula Ramos de Souza

Apêndice C– Entrevistas

ENTREVISTA INICIAL

AVALIADOR: _____

Identificação:

Nome da criança: _____ Data: ____/____/____

() M () F

Nº Préaut:

Data de nascimento: ____/____/____

Idade Gestacional (semanas): _____ Idade Corrigida: _____

Acompanhante: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefones: _____ Cidade: _____ UF: _____

Dados ao Nascimento

Peso ao Nascer: _____ Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Etnia: () branco () negro () hispânico () asiático () índio

Intercorrências Neonatais:

Hiperbilirrubinemia: () Sim () Não Nível: () Leve () Discreto () Infeccioso Zona: () I () II () III () IV

Tempo: () Precoce (24h) () Tardia (após 24h) Proced.: () Fototerapia () Ex-sanguíneo transfusão

Permanência UTI Neonatal: () sim () não

Tempo na UTI Neonatal: () ≤ 5 dias () ≥ 5 dias _____ (anotar tempo)

Uso de Ventilação Mecânica: () Sim () Não

Tempo de Ventilação: () ≤ 5 dias () ≥ 5 dias _____ (anotar tempo)

Uso de Medicação Ototóxica: () Sim () Não Qual: () Penicilina () Gentamicina

() Amicacina () Agentes quimioterápicos () Ceftriaxone

Outros: _____

Demais Intercorrências:

() Meningite bacteriana () Distúrbios metabólicos () Convulsões neonatais

() Hipoglicemia () Hemorragia intra-ventricular () Traumatismo craniano

() Outras: _____

Variáveis Obstétricas

Pré-Natal: () Sim () Não Nº Consultas: ____ Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas

A partir de: () 0-3 meses () 4-6 meses () 7-9 meses

Intercorrências na gestação: () Sim () Não

Quais: _____

() Uso de Medicamento. Qual? _____

() uso de drogas () uso de álcool () Fumo () Ruptura prematura de membrana (bolsa).

Quando? _____

Número de gestações:

() Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma _____ (anotar número)

Número de partos:

() Cinco ou mais () Duas a quatro () Um _____ (anotar número)

História de aborto: () Não () sim Observações:

História de partos prematuros: () Não () Sim Observações:

Planejamento da gestação: () Planejada () Não planejada () Desejada () Indesejada

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea

Intercorrências com o recém-nascido: () Não () Sim Quais? _____

Tipo de aleitamento:

() Materno exclusivo () Artificial () Misto

(descrever) _____

Possui algum tipo de dificuldade de alimentação (engasgo, tosse)? _____

Já teve alguma doença (infecções como otite ou pneumonia, etc)? _____

Suporte social: () nenhum () Marido () Mãe ()

Outros _____

Infecções intra-uterinas (identificação em meses)

() Citomegalovírus: Quando? _____ () Rubéola: Quando? _____

() Herpes: Quando? _____ () Toxoplasmose: Quando? _____

() Sífilis: Quando? _____ () HIV: Quando? _____

() Outros: Quais e Quando? _____

Dados Familiares (sócio-demográficos, psicossociais) e Rotina do Bebê

Nome da mãe: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade Materna: _____

Profissão: _____

Nome do pai: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade Paterna: _____

Profissão: _____

Número de filhos: _____

Número de pessoas que residem na casa: _____

Renda mensal familiar: _____

Outro cuidador – Nome: _____ Idade: _____

Parentesco: _____

Profissão: _____

Residência: () Própria () Alugada () Cedida/Emprestada ()
Outros _____

Possui Iluminação Elétrica: () Sim () Não

Como você avalia a iluminação dentro da sua casa () muito escura () escura () clara () muito clara

Possui (nº): () Televisão () Geladeira () Freezer () Carro () Rádio () Banheiro () Máq. Lavar () Vídeo Cassete/DVD () Empregada Mensalista () diarista.

Onde a criança dorme e com quem?

Quem permanece mais tempo com a criança? _____

Ela tem contato com outras crianças e/ou outras pessoas que não familiares? _____

Há brinquedos para ela? Quais? E quais são os objetos que mais chamam a atenção dela? _____

Durante o dia, a criança permanece maior a parte do tempo () deitada () sentada no carrinho () sentada com ou sem apoio fora do carrinho () livre para movimentar-se.

Onde _____

Você permite a criança experimentar diferentes posições ao longo do dia (sentada, deitada com a barriga para cima, deitada com a barriga para baixo, de lado)? _____

Qual é a posição que ela permanece na maior parte do dia? _____ Como ela gosta de ficar? _____

Como ela chama você? _____

Ela tem um jeito diferente para chamar outro componente da família? _____

Se você chama, ela responde? Como? _____

O que incomoda ela? _____

Como ela informa que não está gostando? _____

Ela participa da dinâmica familiar: acorda com a família, almoço, janta, passeios? _____

Como ela dorme à noite: horário e ritual para dormir: _____

- Histórico de doença mental na família: _____

- Crise situacional (se está passando por algum problema familiar, pessoal, no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade: _____

Como está o pai em relação ao bebê? _____

Observações: _____

Investigação auditiva: antecedentes fisiopatológicos e hábitos

Perda Auditiva / Familiares (infância): () Sim () Não

Grau de Parentesco: _____

Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o teste da orelhinha?

() Sim () Não

Profissional que realizou: () Médico () Enfermeiro () Fonoaudiólogo

Outros: _____

Teve alguma infecção de ouvido? () sim () não

Reação aos sons: () se assusta com barulhos () procura a voz materna () se acalma com a voz materna () tem atenção aos sons

Na residência vocês têm o hábito de escutar música? () sim () não

Com que frequência? () todos os dias () nos finais de semana () outros: _____

Você conversa com seu bebê? () sempre () as vezes () nunca

Em que situações você conversa com seu bebê? _____

Entrevista Continuada

Avaliador: _____

Data da entrevista: _____

Número da coleta: _____

Nome da Criança: _____ Nº Préaut: _____

Idade cronológica atual: _____ Idade Corrigida atual: _____

1. Como estão as coisas em casa? Houve alguma mudança de emprego (salarial), no auxílio diário, ou na relação dos pais?

2. Como você tem se sentido no papel materno? E o pai como está?

3. Vamos falar do bebê:

3.1 Como está o sono dele?

3.2 E a alimentação? O que está comendo? Como foi introduzido? Ainda usa mamadeira?

Existe algum engasgo ou tosse? Apresentou alguma pneumonia?

3.3 Usa chupeta quanto tempo e como? Tem algum hábito de roer unhas ou chupar o dedo?

3.4 Já está sentando, engatinhando, andando...? (dependerá da idade)

3.5 Já está falando alguma coisa (ou fazendo sonzinhos com a boca)?

3.6 Mudou algo na rotina dele? Está indo na escola? Tem ouvido mais música? Novas pessoas conversam ou convivem com ele? Está saindo para passear ou explorando mais a casa ou pátio?

3.7 Como se relaciona e se comunica com a família?

3.8 Está brincando? De que? Tem algum brinquedo/brincadeira preferido(a) ao qual é muito apegado ou que repete muito?

3.8 Alguma outra infecção ou doença (otite, viroses, alergias...)? Usou alguma medicação? Qual?

3.9 Alguma mudança no relacionamento familiar?

Atualização na rotina:

Há uma área externa para que seu filho possa brincar ou mover-se livremente?

() Não () Sim

() terreno () grama () concreto () madeira () areia () rampa () degraus () playground

No espaço interno há possibilidades da criança desempenhar movimentação livre?

() Sim () Não

Como você considera o espaço dentro da sua casa?

() muito pequeno () pequeno () razoável, moderado () grande, amplo

Quem permanece mais tempo com a criança? _____

Ela tem contato com outras crianças e/ou outras pessoas que não familiares? _____

Há brinquedos para ela? Quais? E quais são os objetos que mais chamam a atenção dela? _____

Durante o dia, a criança permanece maior a parte do tempo () deitada () sentada no carrinho () sentada com ou sem apoio fora do carrinho () livre para movimentar-se.

Onde _____

Você permite a criança experimentar diferentes posições ao longo do dia (sentada, deitada com a barriga para cima, deitada com a barriga para baixo, de lado)? _____

Qual é a posição que ela permanece na maior parte do dia? _____ Como ela gosta de ficar? _____

Como ela chama você? _____

Ela tem um jeito diferente para chamar outro componente da família? _____

Se você chama, ela responde? Como? _____

O que incomoda ela? _____

Como ela informa que não está gostando? _____

Ela participa da dinâmica familiar: acorda com a família, almoço, janta, passeios? _____

APÊNDICE D- Roteiro para análise dos vídeos

Análise do Comportamento corporal do bebê

1) Ao ver o vídeo você classificaria a atividade deste bebê como:

() Normoativo para sua idade- o bebê tem um ritmo de atividade motora adequado a proposta que o adulto lhe faz ou na sua atividade espontânea, considerando o que se espera para sua idade.

() Inibido para sua idade- o bebê apresenta-se apático, com falta de iniciativa para responder ou iniciar ações motoras; com ritmo de atividade motora muito lentificado diante da proposta que o adulto lhe faz ou em sua atividade espontânea, considerando o que se espera para sua idade?

() Instável para sua idade- o bebê apresenta-se com dificuldade em manter uma ação ou em atender ao ritmo demandado; com ritmo de atividade motora descompassado/descoordenado diante da proposta que o adulto lhe faz ou em sua atividade espontânea, considerando o que se espera para sua idade.

2) Se você percebeu a inibição corporal, identifique a(s) cena(s).

Há alguma relação com a postura materna? (descreva)

Observações:

3) Se você percebeu alguma instabilidade corporal no bebê, identifique a(s) cena(s)

Há alguma relação com a postura materna? (descreva)

Observações:

4) O bebê imita gestos semelhantes aos da mãe?

() sim () não

Observações:

5) Considerando-se a antecipação da intencionalidade do gesto motor realizado pelo outro, como por exemplos, o bebê abrir a boca ao ver a mãe com o alimento que irá oferta-lo ou ele realizar movimento do braço com as mãos abertas indo ao encontro do brinquedo oferecido pela mãe, você percebe alguma ação antecipatória do bebê?

() sim () não

Se sim, você percebeu isso em que momentos: Descreva a(s) cena(s)

Observações:

- 6) Como você percebe a imagem corporal deste bebê, considerando sua relação corporal com a mãe?

Análise do Comportamento Materno

7) Você acredita que a mãe oportuniza a exploração dos objetos pelo bebê de modo:

adequado inadequado

Se inadequado descreva o que está inadequado:

8) Quanto ao ritmo em que a mãe oferece o brinquedo você o considera:

acelerado lento adequado

Observações:

9) A mãe produz o manhês?

sim não

Caso a mãe produza o manhês como o bebê reage corporalmente:

excitação corporal

lentidão corporal

não reage

10) Em caso de maiores considerações quanto ao comportamento corporal do bebê e da sua mãe, seja analisado individualmente ou durante a interação, descrever abaixo, por favor. Sobretudo em relação a Esquema corporal.

Anexo A – Teste Denver II

Teste de Desenvolvimento de Denver

Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Aplicação: ____/____/____

Data Nasc.: ____/____/____

Idade Cronológica: _____

Cond. Soc. Mat.Fina. Ling. Mot.Grossa

IAP: _____

IAC: _____

Resultado(%) _____

Percentuais Aceitos

Podem ser atingidos se inquirido ou 25 50 75 100

administração

Avulso na área o desempenho

Obs: _____

Condição Social

1 OLHA A PALA

2 RESPONDE AO CHAMADO

3 SORRIR

4 SÓRIE ESPONTANEAMENTE

5 COME BISCOITO

6 BRINCA COM O BISCOITO

7 BRINCA COM O BISCOITO

8 BRINCA COM O BISCOITO

9 BRINCA COM O BISCOITO

10 BRINCA COM O BISCOITO

11 BRINCA COM O BISCOITO

12 BRINCA COM O BISCOITO

13 BRINCA COM O BISCOITO

14 BRINCA COM O BISCOITO

15 BRINCA COM O BISCOITO

16 BRINCA COM O BISCOITO

17 BRINCA COM O BISCOITO

18 BRINCA COM O BISCOITO

19 BRINCA COM O BISCOITO

20 BRINCA COM O BISCOITO

21 BRINCA COM O BISCOITO

22 BRINCA COM O BISCOITO

23 BRINCA COM O BISCOITO

24 BRINCA COM O BISCOITO

25 BRINCA COM O BISCOITO

26 BRINCA COM O BISCOITO

27 BRINCA COM O BISCOITO

28 BRINCA COM O BISCOITO

29 BRINCA COM O BISCOITO

30 BRINCA COM O BISCOITO

31 BRINCA COM O BISCOITO

32 BRINCA COM O BISCOITO

33 BRINCA COM O BISCOITO

34 BRINCA COM O BISCOITO

35 BRINCA COM O BISCOITO

36 BRINCA COM O BISCOITO

37 BRINCA COM O BISCOITO

38 BRINCA COM O BISCOITO

39 BRINCA COM O BISCOITO

40 BRINCA COM O BISCOITO

Condição de Adaptação

1 BRINCA COM O BISCOITO

2 BRINCA COM O BISCOITO

3 BRINCA COM O BISCOITO

4 BRINCA COM O BISCOITO

5 BRINCA COM O BISCOITO

6 BRINCA COM O BISCOITO

7 BRINCA COM O BISCOITO

8 BRINCA COM O BISCOITO

9 BRINCA COM O BISCOITO

10 BRINCA COM O BISCOITO

11 BRINCA COM O BISCOITO

12 BRINCA COM O BISCOITO

13 BRINCA COM O BISCOITO

14 BRINCA COM O BISCOITO

15 BRINCA COM O BISCOITO

16 BRINCA COM O BISCOITO

17 BRINCA COM O BISCOITO

18 BRINCA COM O BISCOITO

19 BRINCA COM O BISCOITO

20 BRINCA COM O BISCOITO

21 BRINCA COM O BISCOITO

22 BRINCA COM O BISCOITO

23 BRINCA COM O BISCOITO

24 BRINCA COM O BISCOITO

25 BRINCA COM O BISCOITO

26 BRINCA COM O BISCOITO

27 BRINCA COM O BISCOITO

28 BRINCA COM O BISCOITO

29 BRINCA COM O BISCOITO

30 BRINCA COM O BISCOITO

31 BRINCA COM O BISCOITO

32 BRINCA COM O BISCOITO

33 BRINCA COM O BISCOITO

34 BRINCA COM O BISCOITO

35 BRINCA COM O BISCOITO

36 BRINCA COM O BISCOITO

37 BRINCA COM O BISCOITO

38 BRINCA COM O BISCOITO

39 BRINCA COM O BISCOITO

40 BRINCA COM O BISCOITO

Linguagem

1 BRINCA COM O BISCOITO

2 BRINCA COM O BISCOITO

3 BRINCA COM O BISCOITO

4 BRINCA COM O BISCOITO

5 BRINCA COM O BISCOITO

6 BRINCA COM O BISCOITO

7 BRINCA COM O BISCOITO

8 BRINCA COM O BISCOITO

9 BRINCA COM O BISCOITO

10 BRINCA COM O BISCOITO

11 BRINCA COM O BISCOITO

12 BRINCA COM O BISCOITO

13 BRINCA COM O BISCOITO

14 BRINCA COM O BISCOITO

15 BRINCA COM O BISCOITO

16 BRINCA COM O BISCOITO

17 BRINCA COM O BISCOITO

18 BRINCA COM O BISCOITO

19 BRINCA COM O BISCOITO

20 BRINCA COM O BISCOITO

21 BRINCA COM O BISCOITO

22 BRINCA COM O BISCOITO

23 BRINCA COM O BISCOITO

24 BRINCA COM O BISCOITO

25 BRINCA COM O BISCOITO

26 BRINCA COM O BISCOITO

27 BRINCA COM O BISCOITO

28 BRINCA COM O BISCOITO

29 BRINCA COM O BISCOITO

30 BRINCA COM O BISCOITO

31 BRINCA COM O BISCOITO

32 BRINCA COM O BISCOITO

33 BRINCA COM O BISCOITO

34 BRINCA COM O BISCOITO

35 BRINCA COM O BISCOITO

36 BRINCA COM O BISCOITO

37 BRINCA COM O BISCOITO

38 BRINCA COM O BISCOITO

39 BRINCA COM O BISCOITO

40 BRINCA COM O BISCOITO

Cond. Grossa

1 BRINCA COM O BISCOITO

2 BRINCA COM O BISCOITO

3 BRINCA COM O BISCOITO

4 BRINCA COM O BISCOITO

5 BRINCA COM O BISCOITO

6 BRINCA COM O BISCOITO

7 BRINCA COM O BISCOITO

8 BRINCA COM O BISCOITO

9 BRINCA COM O BISCOITO

10 BRINCA COM O BISCOITO

11 BRINCA COM O BISCOITO

12 BRINCA COM O BISCOITO

13 BRINCA COM O BISCOITO

14 BRINCA COM O BISCOITO

15 BRINCA COM O BISCOITO

16 BRINCA COM O BISCOITO

17 BRINCA COM O BISCOITO

18 BRINCA COM O BISCOITO

19 BRINCA COM O BISCOITO

20 BRINCA COM O BISCOITO

21 BRINCA COM O BISCOITO

22 BRINCA COM O BISCOITO

23 BRINCA COM O BISCOITO

24 BRINCA COM O BISCOITO

25 BRINCA COM O BISCOITO

26 BRINCA COM O BISCOITO

27 BRINCA COM O BISCOITO

28 BRINCA COM O BISCOITO

29 BRINCA COM O BISCOITO

30 BRINCA COM O BISCOITO

31 BRINCA COM O BISCOITO

32 BRINCA COM O BISCOITO

33 BRINCA COM O BISCOITO

34 BRINCA COM O BISCOITO

35 BRINCA COM O BISCOITO

36 BRINCA COM O BISCOITO

37 BRINCA COM O BISCOITO

38 BRINCA COM O BISCOITO

39 BRINCA COM O BISCOITO

40 BRINCA COM O BISCOITO

Obs: _____

_____ (anda, tocando os dedos dos pés nos calcanhar do outro pé)