

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

Patrícia Menezes Schmitt

**O BRINCAR DE BEBÊS-MÃES E A SUA RELAÇÃO COM O
DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR**

Santa Maria, RS
2019

Patrícia Menezes Schmitt

**O BRINCAR DE BEBÊS-MÃES E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO
PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anaelena Bragança de Moraes
Coorientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS
2019

Schmitt, Patrícia Menezes
O brincar de bebês-mães e a sua relação com o
desenvolvimento psíquico, linguístico e motor / Patrícia
Menezes Schmitt.- 2019.
126 p.; 30 cm

Orientadora: Anaelena Bragança de Moraes
Coorientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2019

1. Brinquedo 2. Desenvolvimento Infantil 3. Linguagem
4. Cognição 5. Risco I. Moraes, Anaelena Bragança de II.
Souza, Ana Paula Ramos de III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

©2019

Todos direitos autorais reservados a Patrícia Menezes Schmitt. A reprodução de parte ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua XV de Novembro, 323 Bairro Centro, São Pedro do Sul RS. CEP: 97400-000

Telefone: (55)999125248

E-mail: patriciamschmitt22@gmail.com

Patrícia Menezes Schmitt

**O BRINCAR DE BEBÊS-MÃES E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO
PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Aprovado em 30 de agosto de 2019:

Anaelena Bragança de Moraes, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Cristina Saling Kruehl, Dra. (UFN)

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as crianças e suas famílias que participaram deste estudo, como também a todas as pessoas que estiveram ao meu lado, contribuindo de alguma forma para o meu crescimento e dedicando-se a minha filha nas minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, agradeço à minha coorientadora, professora **Ana Paula**, pela oportunidade de realizar este trabalho ao seu lado. Obrigada por me acolher e pela sensibilidade no decorrer desses anos. Admiro-te muito pela pessoa que és e também a profissional, e merece todo o meu reconhecimento.*

*À minha orientadora, professora **Anaelena**, pelos ensinamentos estatísticos, pela paciência e orientação deste trabalho, te admiro muito, e, principalmente, a forma que transforma os números em grandes significados.*

*Às professoras **Cristina** e **Elenir**, profissionais que eu admiro, obrigada pelas valiosas contribuições na qualificação deste trabalho.*

*Ao meu marido **Gilvan**, amigo, parceiro, que me acompanhou nesse período, me acolheu nos momentos difíceis me dando o suporte que eu precisava.*

*À minha filha **Manuela**, luz da minha vida, obrigada pela força que transmite a mim, sendo minha inspiração nesses dois anos.*

*Aos meus pais **Robson** e **Ivete** e meu irmão **Augusto**, que dignamente me apresentaram a importância da família e do caminho da honestidade e persistência. Obrigada por todo o apoio e atenção a mim e a Manuela nesse período.*

*Aos meus avôs **Marco** (in memoriam) e **Ivoni** por sempre estarem ao meu lado dando-me apoio e acreditando no meu potencial.*

*Não poderia esquecer de agradecer a nossa amiga **Celoni**, que não mediu esforços para nos auxiliar, principalmente nos cuidados com a Manuela, sempre com muito amor, carinho e cuidado.*

*Aos meus sogros **Elton** e **Rozeani** pelo apoio, principalmente no início dessa caminhada, deixando meus dias mais leves, sabendo que a Manuela estava na companhia de vocês.*

*Às minhas colegas do grupo NIDI que coletaram os dados desta pesquisa, e as que me acompanharam nesse período, **Bianca, Diogo, Isabela, Pâmela, Tamires e Antônia** obrigada pela parceria e amizade, agradeço por ter conhecido vocês, em especial para a **Sabrina**, amiga e parceira, que levarei para a vida.*

*À **CAPES** pelo apoio financeiro concedido a mim, e ao **PPGDCH** por me proporcionar essa vivência.*

*E por fim a **UFSM** pelo acolhimento e a qualidade do ensino público prestado.*

*Enfim, a todas as pessoas que acreditam em mim e estiveram ao meu lado nessa jornada, contribuindo para a minha conquista. **OBRIGADA!***

RESUMO

O BRINCAR DE BEBÊS-MÃES E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR

AUTORA: Patrícia Menezes Schmitt
ORIENTADORA: Anaelena Bragança de Moraes
COORDINADORA: Ana Paula Ramos de Souza

Esta dissertação teve como objetivo analisar a evolução do brincar relacionado ao desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor em bebês entre nove e 24 meses, com e sem risco psíquico. O roteiro do brincar norteou a análise das filmagens possibilitando a avaliação dos comportamentos do bebê e da mãe, durante o brincar, pela verificação dos aspectos cognitivos e intersubjetivos do brincar do bebê; e sobre sustentação e investimento no brincar por parte da mãe. O roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras deste estudo, na perspectiva de contemplar os aspectos cognitivos e intersubjetivos no brincar. A amostra foi de 32 crianças nascidas a termo, sendo 56,2% do sexo masculino e 43,8% do feminino. Destas crianças, 13 apresentam risco psíquico a partir da análise do roteiro IRDI e sete crianças pela avaliação dos Sinais PREAUT. A média da idade gestacional foi de 39 semanas. Houve diferença significativa em relação ao prazer da criança na experiência com o objeto ($p=0,002$), bem como o prazer materno na atividade do brincar com o filho ($p=0,010$), com menor número de comportamentos no grupo em sofrimento psíquico quando comparado ao grupo sem sofrimento psíquico. Com relação ao uso criativo do objeto ficou evidente, neste grupo, que essa categoria aparece, posteriormente ao grupo sem sofrimento, por volta dos 18 meses ($p=0,004$), demonstrando efeitos do risco psíquico na cognição e linguagem. Pode-se concluir que houve associação significativa entre características do brincar e sofrimento psíquico. Houve diferenças descritivas quanto à linguagem, motricidade e cognição entre o grupo com e sem sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Brinquedo. Desenvolvimento Infantil. Linguagem. Cognição. Risco. Psiquismo.

ABSTRACT

PLAYING IN BABIES FROM 9 TO 24 MONTHS AND ITS RELATIONSHIP WITH LANGUAGE AND MOTOR DEVELOPMENT, AND PSYCHIC SUFFERING

AUTHOR: Patrícia Menezes Schmitt
ADVISOR: Anaelena Bragança de Moraes
CO-ADVISOR: Ana Paula Ramos de Souza

This dissertation aimed to analyze the evolution of play related to the cognitive, linguistic and motor development in infants between nine and 24 months, with and without psychic risk. The play analysis script was the instrument that guided the analysis of the filming of this research. This instrument evaluated the behaviors of the baby and the mother during play, and contemplated the verification of the cognitive and intersubjective aspects of the baby's play; and on the support and investment in playing on the part of the mother. The script was prepared by the researchers of this study, in the perspective of contemplating cognitive and intersubjective aspects in play. The study sample consisted of 32 full-term children, with 56.2% males and 43.8% females. Of these children, 13 presented psychic risk from the analysis of the IRDI script and seven children by the evaluation of the PREAUT Signals. The mean gestational age was 39 weeks. There was a significant difference in relation to the pleasure of the child in the experience with the object ($p = 0.002$), as well as the pleasure and maternal commitment in the activity of playing with the child ($p = 0.010$), with lower number of behaviors in the group with psychic suffering when compared to the group without psychic suffering. With regard to the creative use of the object, it was evident in this group that this category appears, after the group without suffering, around 18 months of age ($p = 0.004$), demonstrating effects of psychic risk on cognition and language. It can be concluded that there was an significant association between the characteristics of play and psychic suffering. There were descriptive differences regarding language, motor and cognition between the group with and without psychic suffering.

Keywords: Play. Child Development. Language. Cogniticon. Risk. Mind Section.

LISTA DE FIGURAS

APRESENTAÇÃO

Figura 1 – Kit aplicação Bayley III	50
---	----

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

Quadro 1 – Categorias do brincar Graña (2008), inspiradas em Winnicott (1975)....	29
Quadro 2 – Etapas da coleta de dados	42
Quadro 3 – Indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento.....	45
Quadro 4 – Questionário PREAUT - primeira parte	46
Quadro 5 – Sinais PREAUT - segunda parte	47
Quadro 6 – Itens do M-CHAT	48
Quadro 7 – Respostas esperadas para o M-CHAT	49
Quadro 8 – Roteiro de Análise do Brincar da Díade Mãe-Bebê	53

ARTIGO

Quadro 1 – Etapas da coleta de dados	61
Quadro 2 – Roteiro para Análise do Brincar.....	63

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1 – Presença de categorias do brincar em crianças com e sem risco psíquico, considerando o roteiro IRDI.....	67
Tabela 2 – Significância estatística da associação das categorias entre bebês com e sem risco IRDI	71
Tabela 3 – Descrição do desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor no Bayley III aos 24 meses.....	73
Tabela 4 – Descrição da evolução do brincar no grupo com atraso em aspecto(s) do Bayley III	74

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1	O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A SUA RELAÇÃO COM O BRINCAR: ASPECTOS PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR	27
2.2	O COTIDIANO E A SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DO BRINCAR NA PERSPECTIVA DA TERAPIA OCUPACIONAL E DA FONOAUDIOLOGIA.....	35
3	MÉTODO	39
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
3.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
3.3.1	Critérios de inclusão	41
3.3.2	Critérios de exclusão	41
3.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	41
3.4.1	Desenho do estudo	41
3.4.2	Instrumentos da coleta	44
3.4.2.1	<i>Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)</i>	44
3.4.2.2	<i>Sinais PREAUT</i>	46
3.4.2.3	<i>M-CHAT aos 18 e 24 meses</i>	48
3.4.2.4	<i>Escala Bayley III</i>	50
3.4.2.5	<i>Roteiro de Análise do Brincar</i>	51
3.5	ANÁLISE GERAL DOS DADOS.....	54
4	RESULTADOS	55
4.1	ARTIGO – O BRINCAR DE MÃES E BEBÊS COM E SEM HISTÓRICO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	55
5	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	93
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
	APÊNDICE C – QUADRO RESUMO DO TESTE BAYLEY III	97
	APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	105
	APÊNDICE E – ROTEIRO DE ANÁLISE DO BRINCAR DA DIÁDE MÃE-BEBÊ	109
	APÊNDICE F – ENTREVISTA CONTINUADA	111
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	115
	ANEXO B – BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT®, THIRD EDITION (BAYLEY III)	119
	ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SAÚDE(SANTA MARIA)	120

1 INTRODUÇÃO

A importância do brincar no desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança é inquestionável. A possibilidade de brincar é um sinal de saúde mental que evidencia, na primeira infância, se a criança está apresentando um desenvolvimento típico.

O desenvolvimento infantil engloba aspectos estruturais e instrumentais. Os aspectos estruturais dizem respeito à constituição biológica do ser humano, relacionado diretamente às condições do sistema nervoso e do funcionamento orgânico, à vida psíquica (em sua dimensão afetiva relacionada à estruturação do sujeito) e à cognição. Já os aspectos instrumentais são as ferramentas utilizadas para auxiliar no desenvolvimento da criança, tais, como, a linguagem (enquanto comunicação), a aprendizagem, a psicomotricidade, os aspectos sociais e os hábitos de vida diária (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

Entre as atividades de vida diária infantis, um aspecto estruturante é o brincar. Sabe-se que no brincar as crianças desenvolvem a sua criatividade, comunicação, interação e descoberta do mundo; pois ele é a principal forma de descobrir as potencialidades do seu “eu”, desde que sustentado por pessoas que ofereçam o cuidado de tipo materno e paterno. Portanto, ao brincar a criança constrói a representação de si própria e do mundo que a rodeia, assim, ela constrói a realidade (WINNICOTT, 1975).

Enquanto atividade estruturante no desenvolvimento infantil, o brincar pode ser analisado em suas dimensões cognitiva e afetiva. Isso pôde ser observado no estudo de Vendruscolo (2014), no qual o desenvolvimento do brincar esteve relacionado com os aspectos da linguagem, da cognição e da constituição psíquica das crianças pesquisadas. A autora afirmou a importância de um olhar intersubjetivo e interdisciplinar ao brincar, transcendendo a usual classificação cognitiva, baseada na teoria piagetiana, e incluindo a dimensão psíquica pela classificação de Graña (2008) das relações objetais. Esta autora utilizou o aporte teórico winnicottiano, das relações objetais de tipo autística, fetiche e transicional para propor classificação utilizável em pesquisas sobre a análise do brincar, que foi utilizada por Vendruscolo (2014).

O estudo de Vendruscolo e Souza (2015) demonstrou que de 16 crianças com risco psíquico nos primeiros 18 meses de vida, quatro apresentaram alterações

na dimensão cognitiva do brincar, duas evidenciaram alterações na dimensão afetiva do brincar e seis na linguagem. Esses dados apontam a relevância de se observar o brincar como forma de análise das dimensões cognitiva e subjetiva no desenvolvimento da criança e a importância de diferenciar tais dimensões na análise do desenvolvimento infantil. Atestam ainda que o brincar é potente observatório clínico que permite que o terapeuta identifique o desenvolvimento de um ponto de vista cognitivo e subjetivo do sujeito que atende, mas, segundo Vendruscolo (2014) também possa analisar as interações linguísticas da criança com o adulto.

Considerando os estudos que valorizaram o brincar como forma diagnóstica do desenvolvimento infantil e, sobretudo, de terapêutica, esta pesquisa adota a visão estruturante do brincar no desenvolvimento e indaga-se sobre a existência ou não de diferenças e natureza das mesmas no brincar de crianças em sofrimento psíquico quando comparadas às crianças sem sofrimento identificado.

Para tanto, esta pesquisa valeu-se de um banco de dados referente a um estudo desenvolvido por profissionais do Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil (NIDI). Esse grupo é composto por profissionais, docentes e discentes da Universidade Federal de Santa Maria, que atuam na detecção e intervenção precoces junto a crianças e suas famílias. Tal pesquisa realizou o acompanhamento do desenvolvimento infantil, de um a 24 meses, na qual foram realizadas filmagens de cenas lúdicas entre as mães (todas biológicas), principais cuidadoras das crianças, e as crianças. O desenvolvimento infantil foi olhado na referida pesquisa de múltiplas formas: sofrimento psíquico, desenvolvimento psicomotor, aquisição da linguagem, evolução alimentar, integração sensorial, prematuridade, entre outros aspectos. Por outro lado, nesta pesquisa, o brincar foi olhado em relação aos efeitos do sofrimento psíquico em suas dimensões cognitiva e subjetiva. Neste último aspecto, não foi utilizado na análise o instrumento de Graña (2008), mas a variável ter ou não prazer no brincar em conjunto com o estudo de intersubjetividade de Saint-Georges et al., (2011) e da proposição de uma abordagem de Novaes e Barzaghi (2014) sobre a dimensão cognitiva na confecção de um roteiro que pudesse avaliar não apenas os comportamentos infantis mas também os maternos. Esses dados também foram confrontados com o desfecho de desenvolvimento para a escala Bayley III, para uma subparte da amostra que apresentou tal avaliação.

A hipótese desta pesquisa é a de que as crianças que apresentam sofrimento ou risco psíquico podem ter uma característica do brincar distinta das crianças sem risco quando levada em conta a interação com as mães; visto que as mães podem apresentar distintas sustentações aos seus filhos durante o brincar e as crianças também podem realizar distintos investimentos a partir de suas condições biológicas, cognitivas e subjetivas iniciais. Neste último caso, é importante destacar a intencionalidade inicial do bebê e a orientação ao outro, o que Golse (2013) denominou de intersubjetividade primária e Trevarthen e Delafield-Butt (2013) como sistema auto-poético. Ambrós (2017) demonstrou, em seu estudo, que algumas crianças com risco psíquico para autismo, possuíam ausência de respostas aos investimentos maternos, não se dirigindo à mãe e apresentando ausência de reação ao “mamanhês” ou “manhês” (manifestação jubilatória da mãe endereçada ao bebê, na forma de palavras conduzidas com musicalidade e prazer, frases simplificadas) que aparece durante o brincar entre mãe e filho. A autora demonstrou como a música pode ser potencializadora da intersubjetividade do bebê provocando alerta e orientação às pessoas.

O interesse desta pesquisa está na análise da existência de sinais precoces no brincar das crianças que apresentam risco psíquico que as diferencie em relação às crianças sem risco psíquico para autismo. Esta análise tem especial valor para o profissional de Terapia Ocupacional, que se ocupa do cotidiano do ser humano e que tem o brincar como um dos alicerces para a sua intervenção com crianças. Takatori (2012) compreende o brincar como uma ação criativa que tende a favorecer o indivíduo a participar de maneira singular dos contextos culturais e sociais. Neste contexto, onde as crianças possuem limitações, o brincar é parte do processo terapêutico.

Na busca teórica, para o presente estudo, não foram encontrados protocolos padronizados específicos para a análise do brincar, que incluíssem os aspectos cognitivos e intersubjetivos, sobretudo, relativos a como a mãe (ou substituta) sustenta esse brincar. Observou-se em estudos da Terapia Ocupacional, por exemplo, o estudo de Brunello et al. (2013), a análise qualitativa do brincar por meio do olhar clínico, sem roteiro formal, validando a proposta aqui empreendida. No referido estudo, a atividade lúdica foi evidenciada nas avaliações por todos os profissionais, podendo-se dizer que a avaliação da qualidade do brincar ocorreu por meio da observação direta e nas entrevistas com os pais das crianças. Por isso, a

proposta do presente estudo assume que a análise de filmagens, nas quais a criança interage com seus pais, pode ser um recurso para a análise do brincar e de que é possível propor um roteiro de análise que inclua um olhar sobre a criança e sobre os pais.

Do referido banco de filmagens do estudo maior, para a presente pesquisa, foram utilizadas as filmagens a partir do nono mês de idade do bebê, por ser o momento que as filmagens eram menos estruturadas e era oferecida uma caixa de brinquedos em miniatura para que mãe e bebê brincassem livremente. Deste modo, a proposta desta dissertação foi observar, nessas filmagens indícios de como foi o brincar do bebê e da mãe juntos. Assim, pôde-se atentar para aspectos da dimensão cognitiva e subjetiva no brincar entre ambos.

No que tange os aspectos cognitivos, buscou-se observar o brincar considerando o aspecto sensorio motor: exploração do objeto, uso funcional do objeto e a emergência do faz-de-conta. Em relação aos aspectos subjetivos, observou-se na criança a existência de prazer na relação com o objeto e nas mães o engajamento e prazer no brincar com o filho. Observou-se, também, o empenho materno a partir do ritmo de oferta de objetos ao filho, que pode evidenciar uma sintonia da mãe com o potencial do filho para manipular objetos e acompanhar a proposta materna no brincar.

Além dessas filmagens, contou-se com resultados de testes de linguagem e roteiros de observação de risco psíquico (Indicadores de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil-IRDI, Sinais PREAUT, Bayley III) utilizados na pesquisa com os bebês e seus responsáveis, que foram utilizados para estabelecer relações entre as observações do brincar e as condições evolutivas gerais dos bebês, sobretudo o desfecho em cognição, linguagem e psiquismo aos 18 e aos 24 meses.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução do brincar relacionando-a ao desenvolvimento psíquico, motor e linguístico em bebês entre nove aos 24 meses, com e sem sofrimento psíquico. Entre os objetivos específicos estão: descrever a evolução do brincar de bebês-mães de nove a 24 meses nos aspectos psíquicos, motor e linguístico; identificar possíveis distinções no brincar de bebês com e sem risco psíquico; estabelecer as relações entre a evolução do brincar e o desfecho psíquico, linguístico e motor dos bebês.

Para sustentar a análise proposta, no primeiro capítulo, há um levantamento de temas como o brincar, risco psíquico e desenvolvimento infantil. Na sequência da

revisão de literatura, estão a metodologia e o artigo científico, proposto como o capítulo de resultados da pesquisa. A dissertação se encerra com as considerações finais sobre as implicações do estudo para a clínica de bebês praticada por terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, entre outros profissionais da saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A SUA RELAÇÃO COM O BRINCAR: ASPECTOS PSÍQUICO, LINGUÍSTICO E MOTOR

O desenvolvimento infantil abrange aspectos estruturais e instrumentais. Os aspectos biológicos e psíquicos constituem-se os aspectos estruturais, sendo que os psíquicos abrangem a dimensão cognitiva e psicoafetiva. Os aspectos instrumentais são ferramentas utilizadas pela criança no desenrolar do seu cotidiano e abrangem a linguagem em sua dimensão comunicativa, a psicomotricidade e a aprendizagem (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996). O brincar é a ação principal por meio da qual a criança desenvolve esses aspectos, (estruturais ou instrumentais), pois por meio dele ela constrói seus conhecimentos sobre o próprio corpo e do mundo (dimensão cognitiva) e também vivencia suas angústias, medos, alegrias (nele se projeta a dimensão psicoafetiva).

Sabe-se que as experiências sensório-motoras iniciais do bebê são essenciais para que ele estruture seu corpo e, simultaneamente, estabeleça as relações objetais. Isso o fará percorrer, ao mesmo tempo, dois caminhos: (1) a construção das representações mentais, chamada de função semiótica por Piaget (1978) e (2) apropriação de seu próprio corpo e psiquismo a partir do que Winnicott chama de desilusão de onipotência necessária para que não fique retido na dependência absoluta daquele que realiza o cuidado de tipo materno (WINNICOTT, 1982). Essa desilusão demandará uma transição na qual a relação objetal assume papel essencial. Ao perceber a ausência da mãe, no jogo entre presença e ausência, a criança passará para uma fase de simbolização por meio do objeto transicional. É neste período que emergem as primeiras noções do “eu” da criança, afirma Winnicott (1975). Com o intuito de diminuir a angústia e o medo provocado pela ausência breve da figura materna, os objetos transicionais entram em cena, pois são uma maneira de a criança lidar com essa ausência (KLINGER; SOUZA, 2013).

Granã (2008) refere que o objeto transicional faz parte na relação afetiva entre o binômio mãe/bebê, sendo ele elemento da construção da subjetividade e da objetividade. Para uma criança conhecer sobre o seu corpo e a sua representação rumo ao simbolismo é necessário que o brincar esteja estabelecido e seja instigado

por aqueles que oferecem os cuidados de tipo materno e paterno. Para a autora, é possível pensar no brincar a partir de um olhar da relação objetal (GRANÃ, 2008), e foi isso que ela realizou em seu estudo, analisando um caso de uma criança surda.

Em seu estudo, Graña (2008) propôs uma classificação da relação objetal a partir do olhar sobre o brincar infantil, que está sintetizada no Quadro 1.

Graña (2008) realizou uma revisão caracterizando o que seria uma relação objetal de tipo transicional e o que seriam relações atípicas como de tipo fetiche e autista. A autora conclui que os fenômenos e objetos transicionais evidenciam um novo tipo de relação entre a mãe e o bebê, correspondendo ao início de atividades de representação e simbolização, entre estas a aquisição da linguagem seria uma evidência de que o bebê está se tornando um sujeito na linguagem, o que levará a mudanças na relação com o outro e consigo mesmo. Há, portanto, na autora uma relação clara entre a relação objetal e o tipo de estruturação do psiquismo infantil.

Destaca-se no trabalho de Graña (2008) o conceito de transicionalidade introduzido por Winnicott (1975). O autor afirma que a transicionalidade ocorre na relação do bebê com sua mãe até que se forme a cisão eu/não-eu, que demanda a desilusão da onipotência, o que irá culminar na formação do estágio do Eu-sou.

Para chegar a esta possibilidade algumas etapas ocorrem no brincar infantil segundo Winnicott (1975):

- a) A ilusão de onipotência estaria presente no bebê até os quatro meses, pois, ele encontra na mãe o que procura. Assim, também seria possível afirmar uma fusão entre bebê e objeto;
- b) No jogo entre perder e encontrar o objeto, e pela própria ruptura no *holding* que vai ocorrendo na relação materna durante primeiro semestre de vida do bebê, a mãe oscila entre ser o que ele quer e em ser ela mesma, fazendo emergir a desilusão de onipotência o que cria a necessidade de um objeto transicional de conforto o bebê em relação à ausência do objeto de desejo, sobretudo a mãe, já que o bebê descobre que ele e a mãe não são um só;
- c) O bebê é capaz de brincar sozinho na presença de alguém no primeiro ano de vida, pois sabe que a pessoa que lhe ama dá segurança para que isto ocorra;
- d) A partir do segundo ano de vida, a mãe brinca com o bebê e este demonstra capacidade de brincar conjuntamente e neste brincar não

predominam apenas as ideias da mãe, mas o bebê, que já está integrado psiquicamente, consegue fazer proposta e assumir autoria no brincar.

Perturbações, nesse percurso, criam a sensação de falta de fronteiras no corpo, ameaças de despersonalização e angústias que podem emergir em relações objetais distintas da transicional. Winnicott (1975) afirma que pode emergir um *falso-self* defensivo e submisso cujo referencial é o de outra pessoa; o sujeito age em função do que o outro espera dele. Nesses casos, o sujeito pode até obter um sucesso social, mas pode haver vazio e fracasso afetivos, com falta progressiva de contato com o verdadeiro *self*.

O que Graña (2008) objetivou a partir da teoria winnicottiana foi como as diferentes relações objetais podem emergir a partir da constituição psíquica. A autora, basicamente, diferenciou como o brincar pode ser evidência de uma constituição psíquica no rumo da neurose (relação transicional), do autismo (relação autista) e de outra estrutura como a psicose (relação de tipo fetiche).

Quadro 1 – Categorias do brincar Graña (2008), inspiradas em Winnicott (1975)

(continua)

Objetos	Transicionais	Fetiches	Autísticos
Investimento	Como primeira possessão não-eu, torna-se mais importante do que a mãe real.	Contato direto com a mãe real continua sendo mais importante.	Não constituem possessões não-eu, impedem a apercepção da separação física com o mundo externo.
Utilização	Defesa contra a ansiedade, é um acalmador.	Como defesa contra o temor de separação da mãe, confortador erotizado.	Como proteção de seu corpo impotente e desprotegido, que são vividos como alvos de ataques brutais e aniquiladores.
Aspecto	Inicialmente macio e fofo (fralda, bicho de pelúcia).	Bizarro (cordões, famílias de ursos, coelhos reais).	Duro e não-moldável (chaves, dados, etc).
Características	Único, somente pode ser substituído por novo objeto criado pelo bebê.	Único extensível aos similares daquele objeto como obsessão.	Ritualísticos, estáticos e promíscuos, apego e preocupação excessiva, não são simbolizáveis, peculiares a cada criança.
Período	4 a 12 meses.	Pode aparecer mais tarde e prolongar-se até idade avançada.	Assume desde cedo o lugar das relações de objeto humanas, impedindo sua ocorrência.
Localização	Zona intermediária, área de onipotência não contestada, continuidade direta com o brincar e o fantasiar.	Retido no interior da órbita de onipotência materna; ocupa o centro da relação simbiótica.	Como prolongamento do corpo da criança; exploração excessiva das sensações corporais; auto-erotismo maligno.

Quadro 1 – Categorias do brincar Graña (2008), inspiradas em Winnicott (1975)

(conclusão)

Objetos	Transicionais	Fetiches	Autísticos
Destino	Perde o significado inicial, se torna difuso.	Fixado.	Fixado.
Linguagem	A criança inventa uma palavra para nomear o objeto que adquire um significado afetivo particular.	Não há emergência de um nome específico para o objeto.	Ecolalia, a palavra é empregada de forma repetitiva e destituída de significação; sofre uma manipulação similar ao objeto autístico.
Função	Dar forma à área da ilusão; promover a abertura para o mundo externo.	Serve ao delírio da persistência do falo materno, renegação da separação.	Promove o fechamento da criança em si; impossibilitando o investimento do outro humano.

Fonte: Graña(2008)

Winnicott (1975) relata o caso de uma criança de um ano, com convulsões repetidas, como a emergência da possibilidade de brincar com espátulas e morder os dedos do terapeuta permitiu a superação das convulsões, cuja origem orgânica não foi evidenciada. Ou seja, foi a partir da disponibilidade corporal do terapeuta e da sintonia fina do adulto, no cuidado com a criança, que o sintoma neurológico desapareceu. O autor afirma que “o brincar é sempre uma vivência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver.” (Winnicott, 1975, p. 75).

Para Winnicott (1975), embora não se possa falar de subjetividade em um bebê, é possível afirmar que o adulto empresta sua subjetividade para que o bebê possa evoluir, criando as condições seguras para que tudo corra bem até a emergência da subjetividade ou conclusão do processo de integração subjetiva do bebê. Hoje, a partir dos estudos em neurociências, constata-se que há uma intersubjetividade primária (TREVARTHEN; DELAFIELD-BUTT, 2013) a partir da qual o bebê, em conjunto com a sustentação subjetiva do adulto, pode construir a intersubjetividade secundária. Essa relação entre intersubjetividade primária e secundária é descrita por Golse (2013). Este autor afirma que a psicanálise foi fundamental na descrição da intersubjetividade secundária, enquanto que a Neurociência foi para a descrição da intersubjetividade primária, através dos apeguistas Neurocientistas (como Trevarthen).

Segundo Lopes et al. (2010), é importante que a relação da criança com o outro seja transmissora de conforto e segurança, pois estas servirão de base para o desenvolvimento da criança enquanto sujeito. Para além dos cuidados cotidianos diários com um bebê, como a alimentação e a higiene, o sujeito que oferece o cuidado do tipo materno atende às necessidades psíquicas do bebê por meio do toque, do olhar e do afeto. Isso se manifesta em um brincar que promove o encontro e o prazer entre o bebê e sua mãe (PERUZZOLO, 2016).

Ao analisar o brincar de crianças com histórico de risco psíquico aos dois anos de idade, Vendrúscolo (2014) observou nos casos mais graves relação de tipo fetiche no brincar, a partir das dimensões estabelecidas por Graña (2008). A primeira autora destacou também a importância da análise cognitiva, a partir da visão piagetiana para identificar a evolução dos bebês com histórico de risco psíquico. Observou atraso em alguns bebês na transição do período sensório-motor para o simbolismo, assumindo a proposta de Coriat e Jerusalinsky (1996) de entrelaçamento entre os aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento.

Sobre Piaget, Wadsworth (2003, p. 14) afirma que os “atos biológicos são meios de adaptação ao meio físico” e possibilitam conhecimento e desenvolvimento ao sujeito. Pode-se, então, dizer que o corpo e a mente caminham juntos, ou seja, um não se desenvolve sem o outro. Os aspectos biológicos, psíquicos e cognitivos constituem o desenvolvimento global e, assim, o organismo adapta-se e constitui experiências. Wadsworth (2003) reafirma os quatro conceitos básicos piagetianos que integram o desenvolvimento intelectual: o esquema, a assimilação, a adaptação e o processo de equilíbrio.

Os esquemas são composições mentais, por meio das quais o ser humano se organiza e se adapta no meio em que vive. Uma criança, ao nascer, tem poucos esquemas constituídos e são ancorados na atividade reflexa. Ao longo do tempo vai adquirindo e criando esquemas cada vez mais importantes, que estão ligados tanto à experiência quanto ao amadurecimento neurológico e emocional (WADSWORTH, 2003).

A assimilação relaciona-se a como o ser humano internaliza as informações recebidas. Nesse sentido, refere-se a como a pessoa internaliza um novo estímulo seja ele motor, conceitual ou também de algum comportamento ao esquema já existente que precisa ser aperfeiçoado (PIAGET, 1978).

Já, a acomodação relaciona-se à capacidade da criança em criar novos esquemas ou até mesmo aperfeiçoar os já existentes. Ela pode, nesse sentido, criar um novo esquema no qual o estímulo é efetivado ou, também, melhorar um esquema já existente (WADSWORTH, 2003).

A equilibração, por sua vez, é um processo atuante diante do desequilíbrio causado por uma nova informação (uma assimilação) que demanda uma nova adaptação. Neste sentido, a equilibração é um processo de superação do desequilíbrio para o equilíbrio e balanço cognitivo que só é alcançado no momento da assimilação da informação recebida na direção de novas adaptações (PIAGET, 1978).

O desenvolvimento cognitivo sensório-motor é subdividido por Piaget em seis fases: (1) reflexos; (2) reação circular primária; (3) reação circular secundária; (4) coordenação recíproca dos esquemas secundários; (5) reação circular terciária e o final do período sensório motor que é caracterizado pela (6) invenção dos meios novos por combinação mental e representação (PIAGET, 1978). Tal período tem sido estudado por muitos autores, conforme discutido a seguir.

A primeira fase, deste período, são as atividades reflexas, caracterizadas como sendo movimentos involuntários. Estes movimentos ocorrem frente a sensações (vivas) de prazer ou de desprazer. O sugar o seio materno e deglutir o leite, leva o bebê a sensações de prazer e saciedade ao bebê (LOPES et al., 2010). Esse prazer vai fazer a criança desejar repetir a ação, o que lhe possibilita a transição para a motricidade voluntária.

As reações circulares primárias são caracterizadas como sendo as descobertas dos movimentos (realizados ao acaso), e relacionados ao próprio corpo da criança (chupar o dedo, emissão de algum som). São ações que podem, por exemplo, ocorrer pela visão: quando o braço do bebê cruza involuntariamente sua frente e, assim, é descoberto por ele (LOPES et al., 2010). A propriocepção corporal também tem papel importante no registro das sensações vividas no próprio corpo e serve para que a criança vá integrando o seu corpo, articulando o esquema e a imagem corporal. Isso é marco para o início das primeiras manifestações de desapontamento ligado às emoções de alegria, tristeza, prazer ou desprazer, vivenciadas no próprio corpo (WADSWORTH, 2003).

No que se refere à reação circular secundária, observa-se que a criança está mais ambientada com os objetos e reproduz ações com eles. Na sua emergência

ainda não existe a imitação com as partes do corpo que não enxerga (NOVAES; BARZAGHI, 2014). Tal condição (a imitação) vai emergir quando houver coordenação recíproca de esquemas secundários. Portanto, a imitação das partes do corpo que não são visíveis ao bebê é caracterizada como sendo a principal ação adquirida, nesta etapa evolutiva.

A reação circular terciária é aquela evidenciada quando o bebê já busca novos aprendizados e experiências, conquistando, através destes, a solução de novas situações. A criança também já é capaz de copiar sons e gestos, nessa fase, e já pode resolver problemas por dedução (NOVAES; BARZAGHI, 2014).

Ao final do período sensório-motor ocorre a transição para o próximo período, o pré-operatório, cuja maior aquisição é a capacidade de simbolizar. No que se refere a linguagem, no período sensório-motor ocorre a internalização ou acondicionamento acústico, (GOLINKOFF; HIRSH-PASEK, 1997), entre quatro e nove meses, no qual a criança passa a compreender a fala de sua comunidade. Esse período é sucedido pelo mapeamento lexical inicial, que emerge entre nove e 24 meses; idade em que a compreensão e a produção das primeiras palavras emergem na aquisição da linguagem pela criança (GOLINKOFF; HIRSH-PASEK, op.cit, BARRET, 1997).

Com a emergência da capacidade de falar, há a transição de bebê para criança pequena. Neste ponto, ela já que ela passa a ser reconhecida como falante e também como alguém inteligente, apta, para construir e encontrar novos caminhos, executar sequências e solucionar problemas simples de modo crescente e independentemente do adulto. Portanto, a emergência do simbolismo, por meio da manifestação da linguagem oral, é o culminar do processo de exercício do brincar simultâneo ao escutar a língua da comunidade em diálogos que acompanham esse exercício (REGIS et al., 2018).

Vendruscolo (2014), ao estudar as crianças de dois anos, observou que a dificuldade de transição do período sensório-motor para a capacidade de simbolizar foi a alteração da dimensão cognitiva mais frequente na evolução dos bebês com histórico de risco psíquico. Esta dimensão, no entanto, foi uma dificuldade menos frequente (só dois bebês) do que o atraso de linguagem que atingiu um número maior (oito crianças). Deste modo, embora relacionada, a alteração cognitiva foi um pouco menos frequente do que a linguística. Esses dados demonstram possíveis conexões entre a evolução do brincar, o desenvolvimento cognitivo e linguístico.

Também indicam que os bebês em risco psíquico estão mais sujeitos a atraso no desenvolvimento, sobretudo linguístico.

Os Indicadores Clínicos de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) são importantes sinalizadores de alteração no desenvolvimento. Especificamente em relação ao risco psíquico, vários estudos têm apontado alterações do desenvolvimento. Por exemplo, o estudo de Oliveira e Souza (2014), aponta a importância da detecção precoce das alterações, pois houve evidentes alterações no processo de aquisição de linguagem, fato que se descoberto precocemente favoreceria significativamente a evolução da criança. O estudo de Crestani et al. (2015), em crianças com risco psíquico, demonstra nas avaliações de quatro aos 18 meses, que elas apresentaram risco para a aquisição da linguagem, visto que produziram menos palavras entre 13 e 16 meses do que as crianças sem risco psíquico. Tais estudos demonstram a ligação que existe e a diferença clara na alteração do desenvolvimento, quando comparamos crianças com e sem risco psíquico.

Já com relação ao desenvolvimento psicomotor, o estudo de Peruzzolo (2016) demonstrou, a partir de uma hipótese de funcionamento psicomotor em uma criança prematura e com risco psíquico, a relação entre desenvolvimento psicomotor e sofrimento psíquico, bem como a forma como uma terapeuta ocupacional pode intervir junto a crianças prematuras e com risco psíquico. A intervenção precoce proposta pela autora, amparada por equipe interdisciplinar, uma vez na semana, durante dois meses conseguiu reduzir o sofrimento psíquico (no caso de risco para autismo) e eliminou o sofrimento (em um caso de prematuridade), promovendo um grande avanço no desenvolvimento desta criança.

Oliveira e Souza (2014) salientam que é importante considerar esses aspectos como um alerta para manter os profissionais de saúde atentos quanto aos déficits do desenvolvimento infantil. Sabe-se, que na clínica da primeira infância, quanto mais precocemente se identificar o sofrimento psíquico de uma criança, melhor será seu prognóstico. A intervenção precoce deve cuidar dos tempos necessários ao estabelecimento da demanda por parte dos familiares e não trazer profecias negativas ao bebê e familiares.

2.2 O COTIDIANO E A SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DO BRINCAR NA PERSPECTIVA DA TERAPIA OCUPACIONAL E DA FONOAUDIOLOGIA

Desde o nascimento, a vida é construída a partir de vivências e circunstâncias fortalecedoras de desenvolvimento. Foi na década de 90 que se iniciaram os estudos sobre o cotidiano, no âmbito da Terapia Ocupacional (ALMEIDA, 1997; TAKATORI, 2001), tendo sua definição como sendo um grupo de ações de um sujeito que representam um “filme” da sua vida, ou seja, a vivência singular de cada pessoa (TAKATORI, 2012) relacionada aos contextos, culturais e sociais (BRUNELLO et al., 2013).

As ocupações cotidianas são consideradas organizadoras da vida, ou seja, do “mundo em que vivemos”; esse aprendizado diário contribui para a formação da vida humana (HASSELKUS, 2018). Portanto, toda e qualquer atividade desenvolvida, no dia a dia de uma criança, revela um percurso singular, fundamental para o seu desenvolvimento. As ações que constituem esse cotidiano possibilitam o desempenho de habilidades em todos os níveis da vida, por isso, a sua importância ao desenvolvimento infantil (TAKATORI, 2012; HASSELKUS, 2018).

Para Cid (2015), o cotidiano está vinculado significativamente com a saúde mental das crianças. Deste modo, o autor salienta que a saúde mental está associada com a maneira como a família organiza o seu dia-a-dia (por meio de regras e responsabilidades). Cid et al. (2017), visando conhecer o cotidiano das crianças com risco psíquico e a existência das práticas educativas parentais compartilhadas, elucidaram que todos os sujeitos do estudo apresentaram rotinas semanais. Foi evidenciado que as atividades incluíam o acompanhamento das crianças em seus afazeres, bem como nas práticas de lazer, em que está incluído o brincar. Também constataram que as famílias acreditam que o brincar era importante, utilizando-o no contexto diário.

O brincar é constituinte do cotidiano de toda a criança, independentemente de possuir ou não alguma alteração no desenvolvimento. Por meio do brincar, a criança desenvolve sua linguagem, constrói o pensamento, socializa-se e adquire autoestima; sendo este, um aspecto fundamental para a saúde emocional e desenvolvimento intelectual na primeira infância (SILVA; PONTES, 2013; CID,

2015). Diante disso, se reconhece a importância do brincar perante a clínica da primeira infância.

O brincar é uma atividade com fins terapêuticos que possibilita o fazer criativo (TAKATORI, 2012). Tais experiências interferem no amadurecimento emocional (WINNICOTT, 1975) por ser uma atividade primordial da infância. O brincar como recurso terapêutico está presente em diferentes áreas, também, no campo da Terapia Ocupacional (BRUNELLO et al., 2013).

Ferland (2006), terapeuta ocupacional canadense, define o brincar como sendo algo subjetivo, que se habitua ao encontro do prazer, do interesse e da espontaneidade da criança, recurso de extrema potencialidade ao seu desenvolvimento. No campo da Terapia Ocupacional, Fonseca e Silva(2015) apoiadas em Ferland, afirmam que existem duas visões teóricas com relação ao brincar. A primeira é utilizada para despertar o interesse da criança, podendo estar ligada ou não a algum método de intervenção. Na segunda, o brincar é utilizado no contexto da intervenção, para despertar a criatividade, a imaginação da criança associada ao prazer na brincadeira.

Na clínica da primeira infância se compreende que é por meio da análise do brincar que se pode conhecer quem é a criança que brinca. Neste sentido, o brincar é uma ferramenta que compõe tanto as avaliações, como o tratamento de crianças com alterações ou desordens no desenvolvimento infantil (TAKATORI, 2012).

Fonseca e Silva (2015) desenvolveram um estudo, no município de João Pessoa (PB), para identificar como Terapeutas Ocupacionais percebiam e utilizavam o brincar em suas intervenções. Evidenciaram que o brincar era utilizado como um recurso para facilitar um exercício, melhorar o vínculo terapêutico, alcançar algum objetivo no tratamento (96,9% dos participantes) e não como sendo um dos objetivos da intervenção. Consideram esses resultados reflexos da formação da região Nordeste desses profissionais.

Silva e Pontes (2013) desenvolveram um estudo na região metropolitana da Baixada Santista (SP) que buscou identificar e caracterizar as práticas desenvolvidas por terapeutas ocupacionais quanto à utilização do brincar no âmbito terapêutico. Obtiveram que 51,4% dos participantes caracterizavam o brincar em sua prática como um recurso facilitador do processo terapêutico; 20% caracterizaram-no como um recurso terapêutico que promove o desempenho de habilidades. Portanto, pode-se considerar, pelos estudos acima citados, que grande

parte dos profissionais do campo da terapia ocupacional utiliza o brincar para alcançar algum objetivo instrumental e, em menor escala, para fins terapêuticos.

Acredita-se que quando o brincar é utilizado para alcançar determinados objetivos, treinar habilidades, tem-se uma perspectiva terapêutica limitada dele, pois não se utiliza o brinquedo em sua função real. Desta forma, acaba-se por perder a função da brincadeira, limitando a criança e reduzindo o significado do brincar (TAKATORI, 2012). Silva e Pontes (2013) defendem que o brincar precisa ter um sentido para a criança para ser desempenhado com curiosidade e prazer, só assim essa experiência será positiva.

Nesse contexto, mais núcleos profissionais, além da Terapia Ocupacional, utilizam-se do brincar para compor sua prática clínica. Na Fonoaudiologia, o brincar também é utilizado, sendo contemplado nas avaliações e intervenções com a população infantil. Alguns estudos apresentam considerações relacionadas à inserção do brincar na atuação de fonoaudiólogos, salientando a eficácia e as possibilidades terapêuticas que essa ferramenta traz (GRAÑA, RAMOS, 2006), pois além das dimensões cognitivas e psicoafetivas, possui sua relação com os aspectos linguísticos.

O brincar está dentro do processo terapêutico e o fonoaudiólogo atua, promovendo o desenvolvimento linguístico da criança, colocando em uma posição ativa, em funcionamento da linguagem, de modo a atribuir um significado, interpretação e escuta durante a ação do brincar (POLONIO, FREIRE, 2008). Segundo os autores, ao brincar, o fonoaudiólogo sustenta um lugar de fala da criança e de uma forma prazerosa.

Essa visão de que o brincar deve estar na ordem do prazer e da descoberta, bem como de que tem uma função terapêutica na clínica da Fonoaudiologia e da Terapia Ocupacional, motivou este estudo que busca analisar o brincar espontâneo entre mãe e bebê revela diferenças entre os que estão em risco psíquico e os que não apresentam esse risco. A partir dessa hipótese delineou-se a proposição deste estudo.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo constitui-se como uma pesquisa de coorte, com abordagem quali-quantitativa, do tipo observacional descritiva e retrospectiva. Os métodos quantitativos são definidos como estudos que atuam por meio de técnicas de amostragem, em que a análise dos dados ocorre por meio de testes estatísticos apropriados para as hipóteses descritas na pesquisa, quantificando assim os resultados obtidos (CRESWELL; CLARK, 2013).

Fontelles (2009) define as pesquisas do tipo observacional, como aquelas em que o pesquisador age como expectador, sem nenhuma interferência, também realizando as análises e demais procedimentos de coleta de dados. O autor também define a abordagem retrospectiva como aquela que explora fatos do passado e realiza a pesquisa no presente (FONTELLES et al., 2009).

Assim, esta pesquisa foi desenvolvida a partir da análise de vídeos armazenados em banco de dados da pesquisa: “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e a sua relação com o risco psíquico: da detecção à intervenção”, coordenado pela coorientadora deste estudo, que conta com testes de desenvolvimento do bebê e roteiros de risco psíquico aplicados nas díades mãe-bebê e, ainda, com o brincar livre entre mãe-bebê. Cabe salientar que diante das dúvidas, no decorrer das análises, a coorientadora deste estudo realizou a orientação e quando necessária à conferência dos vídeos.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme dito, este estudo está inserido como subprojeto da pesquisa: **“Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção”**, autorizado pelo CEP - Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, em maio de 2014, sob número de CAEE: 28586914.0.0000.5346 e parecer número 652.722 (ANEXO A).

O referido estudo está amparado em aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, respeitando as normativas dos serviços, bem como o sigilo e a integridade dos sujeitos de acordo com as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/15 do Conselho Nacional de Saúde). A pesquisadora responsável assinou o Termo de Confidencialidade, comprometendo-se a preservar a privacidade dos participantes (APÊNDICE A). O material produzido durante a coleta dos dados ficou sob a responsabilidade da Dra. Ana Paula Ramos de Souza, no prédio de Apoio da UFSM, situado na Rua Marechal Floriano Peixoto nº 1750, na sala 8, Santa Maria, RS.

A pesquisa não ofereceu risco físico ou moral, uma vez que as avaliações realizadas pela equipe foram procedimentos simples e não invasivos, podendo somente contribuir para a identificação precoce de risco ao desenvolvimento infantil. A coleta de dados configurou-se mais como um trabalho de vigilância do desenvolvimento infantil na puericultura.

Os familiares e/ou responsáveis receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e, no mesmo momento, foram convidados a participar da pesquisa. Também realizaram a leitura e concomitante, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Neste termo constavam os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, o sigilo, a integridade da díade mãe-bebê e também o seu direito a desistir do estudo a qualquer momento. Durante as filmagens e as avaliações, a mãe e o bebê compareceram ao local da coleta e foram avaliados e filmados por 15 minutos. Isso pôde gerar algum desconforto e, quando ocorreu, foi acolhido.

Ao longo das coletas, assim que era detectada alguma alteração psíquica, cognitiva ou de linguagem nas crianças que participaram, os familiares recebiam orientações dos profissionais e após, eram (re)avaliados. Se existisse ainda a ocorrência do déficit, eram encaminhados para profissionais de referência, ou seja, aqueles com risco foram encaminhados para uma intervenção terapêutica com profissionais especializados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta pesquisa teve início no ano de 2014 e contou com uma amostra de 80 bebês nascidos na cidade de Santa Maria (RS) e região; 55 nascidos a termo e 25 prematuros tardios. Esses bebês foram acompanhados dos três até os 24 meses de idade, onde realizaram avaliações planejadas para cada faixa etária. Apenas as avaliações de nove meses em diante foram utilizadas nesta pesquisa.

Optou-se pela idade a partir dos nove meses para a análise das filmagens, por ser o período em que ficou mais clara a definição de risco psíquico em um grupo de 17 bebês em pesquisa desenvolvida por Van Hoogstraten (2016), e também por ser uma idade em que a emergência de comportamentos sensório-motores espontâneos dos bebês está mais clara nas filmagens, visto que estão sentados no chão, manifestando livremente sua intenção e interesse no brincar com as mães, a partir da exploração de uma caixa de brinquedos temáticos adequados à faixa etária.

Assim, a amostra, deste estudo, ficou estabelecida em 32 bebês nascidos a termo e suas respectivas mães. Essas díades realizaram todas as avaliações previstas dos nove aos 24 meses de idade (IRDI, PREAUT, M-CHAT, e BAYLEY III), exceto um sujeito que não realizou a filmagem de 24 meses.

3.3.1 Critérios de inclusão

Crianças nascidas a termo, que estiveram em bom estado de saúde geral e que realizaram todas as avaliações de risco previstas para as faixas etárias dos 9,12,18 e 24 meses, e que foram filmados em interação livre com suas mães.

3.3.2 Critérios de exclusão

As crianças que apresentaram síndromes genéticas, malformações congênitas, ou infecção congênita e lesões, déficits sensoriais como surdez ou déficit visual, e prematuridade foram excluídas da amostra dado o objetivo do trabalho. As crianças que não apresentaram todas as avaliações previstas para cada idade investigada também foram retiradas da amostra.

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

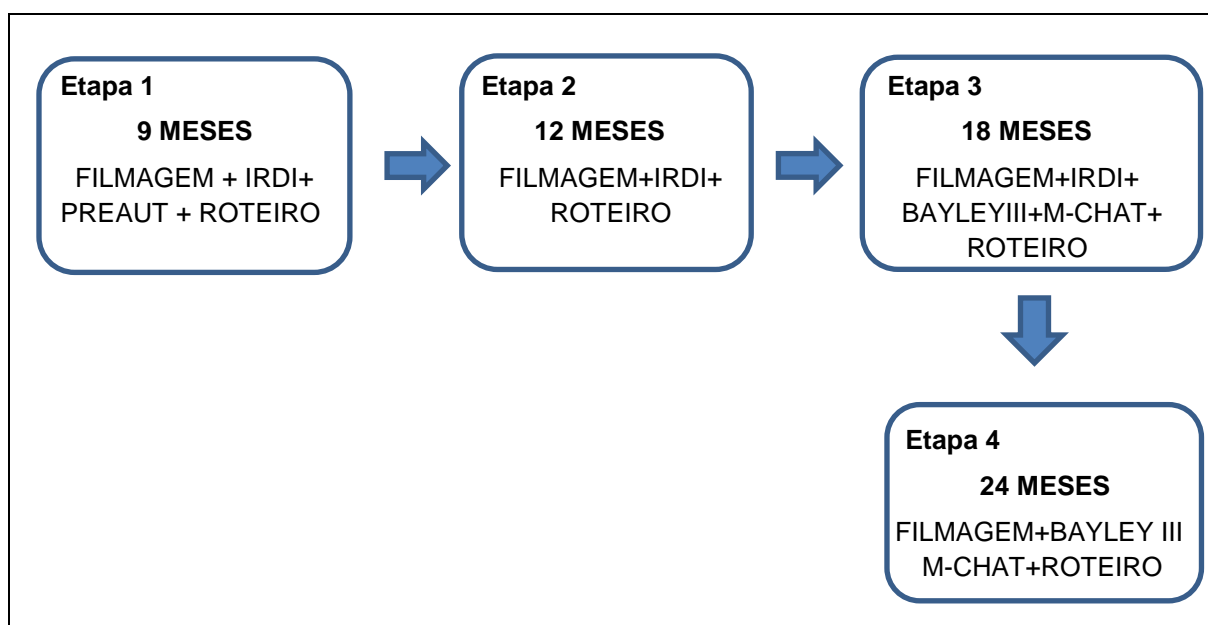
3.4.1 Desenho do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal, na cidade de Santa Maria, no período de dezembro de 2013 a maio de 2017. Quando necessário, a coleta ocorreu nas residências das crianças e no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF), ou seja, no local mais próximo e viável para a

família poder participar. Quando havia alguma dificuldade no comparecimento, esse encontro acontecia em suas residências. Cabe salientar que sempre houve marcação prévia com um familiar para garantir a participação na pesquisa e não causar dificuldades à família.

A coleta dos dados foi desenvolvida pela equipe interdisciplinar do grupo de pesquisa NIDI (Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil), composta por três psicólogas, duas fonoaudiólogas, duas fisioterapeutas e uma terapeuta ocupacional. As avaliações desenvolvidas pelos profissionais da equipe interdisciplinar foram: (I) IRDI de quatro meses incompletos aos 18 meses, (II) Sinais PREAUT aos 4 e 9 meses, (III) Bayley III e (IV) M-CHAT aos 18 e 24 meses.

Quadro 2 – Etapas da coleta de dados



Fonte: Autores

Cabe salientar que esta equipe desenvolveu treinamento com sua orientadora para a aplicação das avaliações e confirmação destas. Especificamente em relação ao Bayley III, uma fisioterapeuta adquiriu o instrumento e realizou a formação em Campinas (SP), conseguindo avaliar os bebês aos 18 e 24 meses para a sua tese de doutorado (NUNES, 2018). Portanto, os resultados do Bayley III foram usados descritivamente.

Neste estudo foram utilizados os dados obtidos com os protocolos IRDI, Sinais PREAUT, M-CHAT para a identificação de risco psíquico e o desfecho de

linguagem e cognição, obtido pelo teste Bayley III, aos 18 e 24 meses. São trazidas as demais questões avaliadas no teste Bayley III através de um quadro com o resumo, pois não é permitida a divulgação do instrumento completo (APÊNDICE C).

Os bebês foram captados durante a realização do teste do pezinho, sendo realizada uma entrevista semi-estruturada com informações sociodemográficas, psicossociais, bem como dados obstétricos (APÊNDICE D). Depois, foram agendados mais seis momentos de coleta, em que as díades mãe e filho foram filmados interagindo, de diferentes formas.

As filmagens duraram 15 minutos cada, na pesquisa maior. Neste estudo, analisam-se os primeiros nove minutos em que o bebê estava em interação com a mãe e utilizando a caixa de brinquedos, nas faixas etárias de 9, 12, 18 e 24 meses de idade. Essas faixas etárias foram estabelecidas a partir do primeiro dia de entrada no mês em questão e último dia antes da entrada no próximo mês, conforme sintetizado a seguir:

Nove meses - oito meses e um dia a nove meses e 29 dias;

12 meses - 11 meses e um dia a 12 meses e 29 dias;

18 meses - 17 meses e um dia a 18 meses e 29 dias;

24 meses - 23 meses e um dia a 24 meses e 29 dias.

Esse cálculo atendeu ao que se observa na definição de faixa etárias em estudos como o dos Sinais PREAUT (OLLIAC et al., 2017) e de aquisição da linguagem. Em função dessa definição de faixa etária e do baixo número de sujeitos, não foi calculada a média de idade das crianças por faixa etária.

Na cena da avaliação feita na faixa etária dos nove meses os bebês foram filmados sentados, quando possível sem apoio. Foi realizada a orientação para as mães oferecerem uma caixa de brinquedos com miniaturas adequadas à faixa etária do bebê e se quisessem poderiam brincar com o seu filho. Nas cenas das faixas etárias de 12, 18 e 24 meses, além da mãe e criança (primeiros 10 minutos) as terapeutas entravam em cena nos cinco últimos minutos finais. Foi considerada apenas a filmagem de dez minutos com a mãe e brinquedos como cena de análise padronizada para estudo nas faixas etárias de 9 a 24 meses.

Em todas as fases foi realizada uma entrevista continuada para saber se havia mudanças nas variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas dos sujeitos participantes (APÊNDICE F).

3.4.2 Instrumentos da coleta

3.4.2.1 *Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)*

Os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) foram criados e validados em uma pesquisa desenvolvida durante os anos de 2000 e 2008. Nesse sentido, foram implementadas visando a aplicação durante as consultas pediátricas, de modo a emergir a possibilidade de acompanhamento precoce de casos em que há uma suspeita de problemas na estruturação psíquica (KUPFER et al., 2010). É composto por um conjunto de índices observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, cuja ausência alguns de alguns índices pode indicar uma perturbação no desempenho infantil. Os índices foram formulados a partir da experiência dos autores de mais de 30 anos no campo da infância e divididos em observações durante o 1ª e o 3ª mês e 29 dias; de 4 a 7 meses e 29 dias; de 8 a 11 meses e 29 dias e de 12 a 18 meses.

A formulação de tais indicadores ocorreu a partir de eixos teóricos que determinam a constituição da subjetividade: Estabelecimento da Demanda (ED), Suposição de um Sujeito (SS), Alternância Presença/Ausência (PA) e Função Paterna (FP) (KUPFER, 2008). O ED refere-se a possibilidade de a mãe ou cuidador identificar a demanda do bebê por meio de suas manifestações involuntárias e reflexas tais como choro, agitação motor, sucção, entre outras. O eixo SS refere-se a uma antecipação, uma vez que o bebê ainda não está constituído como sujeito. Contudo, a constituição subjetiva do bebê depende justamente dessa antecipação e das significações que a mãe dá ao seu apelo e de como ela o enxerga. A PA significa que a mãe ou o cuidador não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas sim que proporcione uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica ao bebê. O eixo da FP é o registro que a criança tem da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe, embora essa ordem possa ser transmitida por ela. Ordem essa que ocupa um lugar de terceiro na relação mãe/bebê. A ação desta função paterna poderá apresentar a separação simbólica impossibilitando assim da mãe ter seu filho somente para si (KUPFER et al., 2009).

Por meio desses eixos foram criados 56 indicadores formulados teoricamente; após a análise desses, foram reduzidos a 31, pela avaliação de profissionais

experientes na área, sendo que foram identificados 18 indicadores como preditivos de risco psíquico. Nesta pesquisa foi utilizada a versão reduzida a partir da qual a ausência de dois indicadores ou mais foi considerada como indicativa de risco para o bebê. Os indicadores estão sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento

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

Fonte: Indicadores clínicos de risco/referência ao desenvolvimento (KUPFER, 2008).

3.4.2.2 Sinais PREAUT

Os sinais PREAUT constituem um questionário que apresenta como finalidade a avaliação do risco para o autismo a partir da análise do fechamento do circuito pulsional. Neste circuito são considerados as pulsões escópica, invocante e oral, observáveis na interação e relação mãe-criança e examinador-criança. Diante disso, são analisados dois sinais no bebê, por meio da relação mãe/bebê, cuja exposição está traduzida para o português em Cullere-Crespin e Parlato-Oliveira (2015). Estes sinais foram validados na França e estão publicados no artigo de OLLIAC et al. (2017), descritos nos Quadros 5 e 5.

Quadro 4 – Questionário PREAUT - primeira parte

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
1) O bebê procura olhar para você ?		
a) Espontaneamente	Sim Não	4 0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim Não	1 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 Não	8 0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim Não	2 0
ESCORE TOTAL		15

Fonte: Crespin e Parlato-Oliveira (2015, p. 453 – 454).

Quando a soma das duas primeiras questões for inferior a cinco, são realizadas as perguntas que constam no Quadro 5.

Quadro 5 – Sinais PREAUT - segunda parte

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

Fonte: Crespin e Parlato-Oliveira (2015, p. 453-454).

O Sinal comunicativo 1 consiste no bebê que procura “se fazer” olhar para a sua mãe ou responsável. Já, o sinal comunicativo 2 o bebê procura produzir a troca jubilatória com a mãe ou a responsável, quando não há solicitação dela. Inicialmente esses sinais foram observados durante as filmagens nos 32 bebês por meio da interação na díade mãe/bebê e após com a pesquisadora e a díade. A partir da observação nas filmagens foi atribuído um valor para cada resposta às perguntas do protocolo. Originalmente o protocolo previa risco de autismo para bebês abaixo de cinco pontos e ausência de risco para bebês com 15 pontos ou mais. A partir do estudo de Van Hoogstraten (2016), identificou-se que há risco psíquico de tipo não autista para a pontuação entre cinco e 15. Cabe ressaltar, que esse questionário foi aplicado pelas pesquisadoras, treinadas para este fim. Os sinais se encontram sintetizados nos Quadros 2 e 3 e foram aplicados nas faixas etárias de 4 e 9 meses.

3.4.2.3 M-CHAT aos 18 e 24 meses

O M-CHAT é um instrumento de triagem para a detecção do autismo. É composto por 19 itens relativos à presença/ausência de competência e de 4 itens relativos à presença/ausência de comportamentos atípicos que pode ser aplicado em crianças entre 18 e 24 meses. De acordo com M-CHAT, uma criança é considerada com risco quando falha em três dos 23 itens ou dois dos itens críticos. São considerados críticos os itens que se referem à relação com os pares. No estudo original conduzido por Robins (2001), o M-CHAT foi aplicado em 1293 crianças e, dessa amostra, 123 crianças apresentaram resultado positivo, sendo 39 diagnosticadas com autismo (MURATORI, 2014).

O M-CHAT identifica competências sociais, a partir da resposta SIM dos pais. Todavia, para as perguntas que indicam comportamento atípico, a resposta comum dada pelos pais é NÃO. A seguir, apresenta-se o protocolo e, nas respostas em negrito (perguntas 2,7,9,13,14,15), aparecem os itens considerados críticos para um desenvolvimento autístico. Os itens estão sintetizados no Quadro 6.

Quadro 6 – Itens do M-CHAT

M-CHAT	
(continua)	
1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	
Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	
Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	
Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	
Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	
Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	
Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	
Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	
Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para vocês (pais) para lhes mostrar este objeto?	
Sim	Não

Quadro 6 – Itens do M-CHAT

(conclusão)

M-CHAT	
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	
Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho? (ex.: tapando os ouvidos)	
Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	
Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	
Sim	Não
14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	
Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	
Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	
Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	
Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	
Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	
Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	
Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	
Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	
Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	
Sim	Não

Fonte: © 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

No Quadro 7, estão as instruções de pontuação, de acordo com Muratori (2014), com as respostas que devem ser esperadas para crianças típicas; em negrito os itens críticos.

Quadro 7 – Respostas esperadas para o M-CHAT

1 – Não	7 – Não	13 – Não	19 – Não
2 – Não	8 – Não	14 – Não	20 – Sim
3 – Não	9 – Não	15 – Não	21 – Não
4 – Não	10 – Não	16 – Não	22 – Sim
5 – Não	11 – Sim	17 – Não	23 – Não
6 – Não	12 – Não	18 – Sim	

Fonte: Muratori (2014)

3.4.2.4 Escala Bayley III

Para aplicar a escala Bayley (ANEXO B) é essencial o kit Bayley III (FIGURA 1). O kit é composto por itens como brinquedos, livros, manuais e fichas para respostas. Esse teste foi aplicado com cada criança, individualmente, na presença dos pais ou responsáveis que tinham conhecimento sobre o dia a dia da criança. Antes do início da avaliação os pais/responsáveis foram instruídos a não ajudar ou responder pela criança, somente quando fosse solicitado, do contrário, a questão seria desconsiderada e não pontuada.

Figura 1 – Kit aplicação Bayley III



Fonte: site Pearson (<https://www.pearsonclinical.com>)

Considerando a idade cronológica de cada bebê, a examinadora verificou no quadro de respostas do teste qual a letra que se referia a idade da criança, sendo esse foi o ponto inicial do teste. Para que fosse encontrada a base do teste, a criança deveria responder de forma correta três questões consecutivas e, assim, o teste prosseguia normalmente. No caso da criança errar antes dessas três consecutivas, ela automaticamente voltava para a letra anterior, que correspondia à faixa etária anterior, e isso se repetiu até que a base fosse encontrada. Para cada questão correta foi computado um ponto e para a questão incorreta, zero. O teste foi encerrado quando a criança apresentou cinco erros consecutivos.

A avaliação foi composta por três testes diferentes: cognitivo, de linguagem e motor. Desses, a única ordem que não pôde ser alterada foi a realização do teste de linguagem, em que a avaliação da comunicação receptiva deveria ocorrer, obrigatoriamente, antes da comunicação expressiva. Para esta pesquisa, considerando os objetivos propostos, foram analisados os dados de linguagem e cognição.

O escore utilizado para a pesquisa foi a pontuação composta, pela soma dos itens de acertos que a criança apresentou durante os testes e verificados, juntamente com o manual do instrumento, o valor do escore composto. Dessa forma, a pontuação divide-se em:

Muito superior ≥ 130
Superior 120-129
Média alta 110-119
Média 90-109
Média baixa 80-89
Limítrofe 70-79
Extremamente baixa ≤ 69

Para a realização das análises das respostas da avaliação com o teste Bayley III, desta pesquisa, considerou-se como atraso para o desenvolvimento (cognitivo, linguagem ou motor) a criança com pontuação composta menor do que 90 (BAYLEY, 2006). Como apenas 19 bebês realizaram o teste Bayley III, a análise deste quesito, restringiu-se à descrição sem testes estatísticos.

3.4.2.5 Roteiro de Análise do Brincar

O roteiro de análise do bebê e da mãe durante o brincar foi o instrumento norteou as análises das filmagens desta pesquisa foi construído pela pesquisadora em acordo com a coorientadora desta pesquisa. Este instrumento precisou ser desenvolvido, pois não foi encontrado na literatura nenhum roteiro de análise do brincar que avaliasse os aspectos cognitivos, afetivos e de como o adulto se comporta durante o brincar de modo a ser visualizado em vídeos como os que estavam no banco de dados. Ele é composto pela dimensão qualitativa das etapas

cognitivas, segundo a visão piagetiana, que inclui o brincar sensório-motor, o uso funcional de objetos e simbolismo com faz-de-conta. Foram considerados aspectos do protocolo de Novaes e Barzaghi (2014), acrescidos de uma análise de aspectos afetivos como ter prazer no brincar com o objeto bem como ações maternas inspirados na escala de comportamentos mãe-bebê de Saint-Georges et al. (2011).

Na análise do comportamento materno estão previstos comportamentos como intrusividade, diretividade, linguagem, ritmo de oferta dos brinquedos, e se a mãe possui prazer na interação com o bebê. Essas análises permitiram lançar uma hipótese do funcionamento do brincar.

Portanto, este roteiro foi embasado em estudos ampliados e adaptados para a presente pesquisa, e a partir da discussão entre as pesquisadoras, considerando alguns estudos sobre inteligência, psiquismo e escalas sobre comportamentos mãe-bebê (PIAGET, 1978; GRAÑA, 2008; SAINT-GEORGES et al., 2011; NOVAES, BARZAGHI, 2014). Levou-se em conta, também, características motoras e intersubjetivas primárias já estudadas sobre os bebês com risco de autismo (SAINT-GEORGES et al., 2011).

Cabe destacar que no roteiro o ritmo de oferta do brinquedo pela mãe foi inserido para analisar a sustentação materna ao brincar, ou seja, a consideração das condições do filho durante o mesmo, demonstrando que a mãe está sintonizada às ações do filho. Do mesmo modo o item 5, em que se analisa o empenho e prazer busca evidenciar se a mãe está entregue à cena. A diferenciação entre empenho e prazer se deu porque em caso de autismo a mãe pode estar empenhada sem ter prazer por falta de retorno do seu bebê. Nos casos de risco de outra natureza é comum que haja falta de empenho e prazer simultaneamente.

O Roteiro (Quadro 8) foi aplicado a partir da visualização dos vídeos das faixas etárias de 9, 12, 18 e 24 meses, pela autora. Diante de dúvidas na atribuição de algumas categorias a coordenadora da pesquisa realizou a conferência dos vídeos. Cada categoria do roteiro foi analisada quanto a sua presença ou não nos vídeos. As categorias não foram quantificadas em número de comportamentos, mas em termos de emergência ou não durante o brincar. A partir dessas análises foi construído um banco de dados em uma planilha do tipo Excel, considerando cada faixa etária analisada. A seguir, descrição do roteiro no Quadro 8.

Quadro 8 – Roteiro de Análise do Brincar da Díade Mãe-Bebê

ANÁLISE DO BRINCAR
<p>1- EXPLORAÇÃO DE OBJETOS: <i>Nesse primeiro tópico, foi realizada a análise da criança a fim de identificar se ela apresenta ou não a permanência do objeto. Os itens analisados foram:</i></p> <p>1.1 Consegue explorar objetos com sua mão- possui preensão efetiva. 1.2 Consegue explorar objetos com sua boca. 1.3 Consegue buscar objetos com movimentos espontâneos. 1.4 Tem prazer com a experiência física com o objeto: Consideramos o prazer quando a criança apresentava uma expressão facial com sorriso e atenção ao objeto, bem como contato visual estabelecido com o mesmo. 1.5 Busca um objeto com olhar prestando atenção em um estímulo sensorial que vem dele.</p> <p>2- USO FUNCIONAL DOS OBJETOS: <i>Nesse tópico foi analisado se a criança é capaz de imitar alguma ação do adulto e também atribuir significado aos objetos, utilizando-os na sua função observada no mundo.</i></p> <p>2.1 Quando a mãe brinca com algum objeto a criança imita a sua ação (imitação com modelo). 2.2 A criança explorando os brinquedos quando vê algum em específico atribui significado a esse brinquedo sem o modelo materno (imitação retardada). 2.3 Utiliza o objeto no uso funcional.</p> <p>3- EMERGÊNCIA DO FAZ-DE-CONTA: <i>Nesse item foi observado se a criança apresenta uma inteligência representacional, portanto, se é apta a representar internamente algumas ações por meio de invenções.</i></p> <p>3.1 Quando havia uma situação imaginária criada pela criança e que poderia envolver a representação de papéis traduzida em uso criativo do objeto. 3.2 Faz construções criativas e novas com o objeto, montando uma cena completa, imaginando uma pequena história.</p> <p>4- ANÁLISE DO COMPORTAMENTO MATERNO</p> <p>Intrusividade: <i>Condição que não permite a criança explorar o objeto interrompe a brincadeira, ou seja, a criança organiza uma ação e é interrompida pela mãe.</i></p> <p>4.1 Quando a criança explora um objeto a mãe a deixa ter a experiência sem oferecer outro-intrusividade ausente. 4.2 Quando a criança explora um objeto, a mãe não a deixa ter a experiência - Intrusividade presente.</p> <p>Diretividade: <i>A mãe não permite à criança brincar livremente; direciona a brincadeira a partir de suas escolhas, sem o consentimento da criança.</i></p> <p>4.3 A mãe aceita a proposta de brincadeira da criança, respeitando seu desejo sem impor sua proposta de brincar - diretividade ausente. 4.4 A mãe não aceita a proposta de brincadeira do filho, forçando-o brincar do que ou como ela quer.</p> <p>Linguagem: <i>Observou-se, como a mãe se comunica durante o brincar com a criança, se nomeia os brinquedos que oferece a criança e se descreve as brincadeiras que estão sendo realizadas durante o brincar de modo natural (diálogo que acompanha naturalmente) a partir de dois itens:</i></p> <p>4.5 A mãe nomeia objetos que oferece à criança. 4.6 A mãe descreve a ação que está sendo desenvolvida.</p> <p>Ritmo de oferta dos brinquedos:</p> <p>Foi avaliado qual é o ritmo de oferta de brinquedos novos na exploração por parte da mãe ao bebê.</p> <p>4.7 Ritmo Adequado: Oferece o objeto, da tempo para a criança explorá-lo livremente. 4.8 Ritmo Rápido: Oferece de maneira rápida o objeto, um, logo o outro, sem deixar a criança explorar livremente. 4.9 Ritmo Lento: Lentidão no ritmo de oferta do objeto, oferecendo e convocando pouco a criança.</p> <p>5. Demonstra prazer na atividade com filho: Consideramos como prazer a expressão materna através do sorriso facial, contato visual e afetivo estabelecido com o filho.</p>

Fonte: Autores

3.5 ANÁLISE GERAL DOS DADOS

Os dados obtidos com os protocolos e roteiros formais, bem como os dados comportamentais obtidos por meio do roteiro elaborado sobre o brincar foram digitados em planilha do tipo Excel e, posteriormente, foram analisados quantitativamente.

Para a análise estatística dos dados foi utilizada a análise descritiva e inferencial, sendo utilizado o teste não paramétrico exato de Fisher, considerando que as variáveis são qualitativas e nominais. Foi utilizado o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o aplicativo computacional Statistica 9.1

4 RESULTADOS

Este capítulo está composto por um artigo científico que será encaminhado para a revista Saúde (Santa Maria) cujas normas estão no Anexo C.

4.1 ARTIGO – O BRINCAR DE MÃES E BEBÊS COM E SEM HISTÓRICO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

O BRINCAR DE MÃES E BEBÊS COM E SEM HISTÓRICO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

THE PLAY OF MOTHERS AND BABIES WITH AND WITHOUT A HISTORY OF PSYCHIC SUFFERING

RESUMO

Objetivo: Analisou-se a evolução do brincar em bebês com e sem risco psíquico e sua relação com o desenvolvimento infantil de nove aos 24 meses. Estudo quantitativo, observacional, retrospectivo. Método: A obtenção dos dados foi através do roteiro de análise do brincar, elaborado nesta pesquisa. Foram observados os aspectos cognitivos do brincar do bebê, a relação intersubjetiva e análise do investimento materno. Avaliaram-se 32 bebês e suas mães. Foram utilizados os indicadores clínicos do desenvolvimento infantil e os sinais PREAUT para detecção do risco psíquico. Resultados: Houve associação significativa no prazer da criança em relação ao risco na experiência com o objeto, bem como o prazer e empenho maternos no brincar. Com relação ao uso criativo do objeto nas crianças com risco aparece mais tardiamente do que no grupo sem sofrimento psíquico, aos 18 meses. Conclusão: As

crianças com sofrimento psíquico e suas mães apresentaram menos construções criativas em relação às sem sofrimento.

DESCRITORES: Brinquedo; Desenvolvimento Infantil; Fatores de Risco; Linguagem; Cognição.

ABSTRACT

Objective: It was analyzed the evolution of play in babies with and without psychic risk and the relationship with child development from nine to 24 months. **Method:** The study is quantitative, observational and retrospective. The data were obtained through the play analysis script, prepared for the research. The cognitive aspects of baby play, intersubjective relation and analysis of maternal investment were observed. Thirty-two children and their mothers were evaluated. The clinical indicators of child development and the PREAUT signs were used to detect the psychic risk. **Results:** There was a significant association in the child's pleasure in relation to the risk in the experience with the object, as well as the pleasure and commitment of the mother in the play. Regarding the creative use of the object in children at risk appears late than in the group without psychic suffering at 18 months. **Conclusion:** Psychically distressed children and their mothers had fewer creative constructs compared to those without suffering.

KEY WORDS: Play; Child Development; Risk Factors; Language; Cognition.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é composto por aspectos estruturais e instrumentais; os estruturais relacionam-se às bases biológicas e psíquicas a emergência do psiquismo, possibilitando, tanto do ponto de vista afetivo quanto cognitivo¹. Os instrumentais abrangem a psicomotricidade, a linguagem (enquanto comunicação) e as atividades de vida diária, entre outros aspectos inclusos no brincar e cotidiano infantil². Nessa perspectiva, o brincar compõe o *setting* terapêutico da terapia ocupacional e da fonoaudiologia.

O brincar constitui-se por meio de gestos espontâneos e criativos da criança; assume, na primeira infância, um papel de fundamental relevância quando consideram-se os aspectos psíquicos, cognitivos e de linguagem³. Ou seja, contribui significativamente para a afetividade na vida das crianças e construção da realidade do próprio corpo e dos objetos do mundo⁴. É, portanto, fundamental à constituição do psiquismo⁴.

Ele pode refletir características indicativas de uma estruturação psicopatológica, como o autismo⁵, na qual se evidenciam dificuldades na troca entre a mãe ou sua substituta e a criança em função das dificuldades de intersubjetividade primária infantil.

Diversos estudos têm observado o risco ao desenvolvimento, tanto do ponto de vista de fatores sociodemográficos, quanto psicossociais que protegem e que colocam em risco o desenvolvimento^{6,7,8,9}, incluindo o brincar analisado aos dois anos de idade³.

Enquanto aspecto fundamental do cotidiano infantil, o brincar é um espaço de intervenção privilegiado na clínica da Terapia Ocupacional e da Fonoaudiologia com bebês, pois está presente na avaliação, bem como na terapia de crianças que apresentam alguma alteração no desenvolvimento¹⁰. O brincar é considerado uma ação livre e subjetiva na criança, permeada por prazer e a curiosidade¹¹. Nesse sentido, a sua utilização qualifica as avaliações e intervenções terapêuticas. Diante da ideia que o brincar possui importância enquanto parte da ocupação cotidiana da criança, afirma-se que as atividades lúdicas são

consideradas terapêuticas, considerando as particularidades de cada faixa etária, pois oportunizam o exercício da criatividade e personalidade infantil^{12,13}.

Especificamente, no campo da Fonoaudiologia, o brincar assume uma posição simbólica, que ancora o funcionamento de linguagem, pois instiga a criança a ocupar seu turno de fala, estabelecendo assim, um impulso para o diálogo¹⁴.

No entanto, essa atividade poderá ser instável, a depender das condições ambientais da criança. Por isso, ao analisar o brincar de uma criança é necessário ampliar o olhar para o que a criança pode realizar e como o ambiente a sustenta neste brincar¹⁵. Considerando tais aspectos teóricos, esta pesquisa objetivou analisar a evolução do brincar em bebês com e sem risco psíquico e a sua relação com o desenvolvimento infantil nas faixas etárias dos nove aos 24 meses.

MÉTODOS

Esta pesquisa é fruto de um estudo de Coorte, descritivo e retrospectivo, do tipo observacional, com abordagem quali-quantitativa e descritiva. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM sob o número de CAEE: 28586914.0.0000.5346, e parecer número 652.722. Nesta pesquisa foi utilizado um banco de dados da pesquisa “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: da detecção a intervenção”. Os participantes, contatados no dia do teste do Pezinho em uma Unidade Básica de Saúde, após esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam a uma entrevista com dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais relativos ao desenvolvimento do bebê sujeito da pesquisa.

As avaliações que compuseram este estudo foram realizadas por meio de uma equipe interdisciplinar do grupo de pesquisa previamente, treinado para tal, constituído por três Psicólogas, duas Fonoaudiólogas, duas Fisioterapeutas e uma Terapeuta Ocupacional.

Para a realização das filmagens e avaliações, a criança e mãe compareciam ao local da coleta no horário estabelecido na Unidade Básica de Saúde. Quando havia algum impedimento da família em se deslocar até a unidade, a coleta ocorria em suas residências. Os responsáveis pelas crianças foram contatados no dia do teste do Pezinho em uma Unidade Básica de Saúde e lhes foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Uma vez em acordo em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a uma entrevista semi-estruturada acerca de variáveis sociodemográficas, psicossociais familiares e obstétricas do bebê participante. No decorrer das coletas também foi realizada uma entrevista continuada para verificar se havia modificações no ambiente familiar.

Para a presente pesquisa foram escolhidos os bebês nascidos a termo para deste modo, eliminar possíveis atrasos relativos à prematuridade. Foram excluídos também crianças com suspeitas de alteração do desenvolvimento, ou alterações confirmadas que decorressem de lesões biológicas e também crianças com mães ou substitutas com psicopatologia grave. Tais avaliações foram feitas pela equipe de pesquisa e, quando necessárias, encaminhadas a especialistas em genética, neurologia ou psiquiatria.

A amostra constou de 32 bebês nascidos a termo e suas respectivas mães, que compareceram a todas as etapas de coleta previstas para a elaboração desta pesquisa. Nesta pesquisa, foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Análise comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção. Analisou-se, portanto as filmagens da interação mãe-bebê em situação de brincadeira dos 9 aos 24 meses.

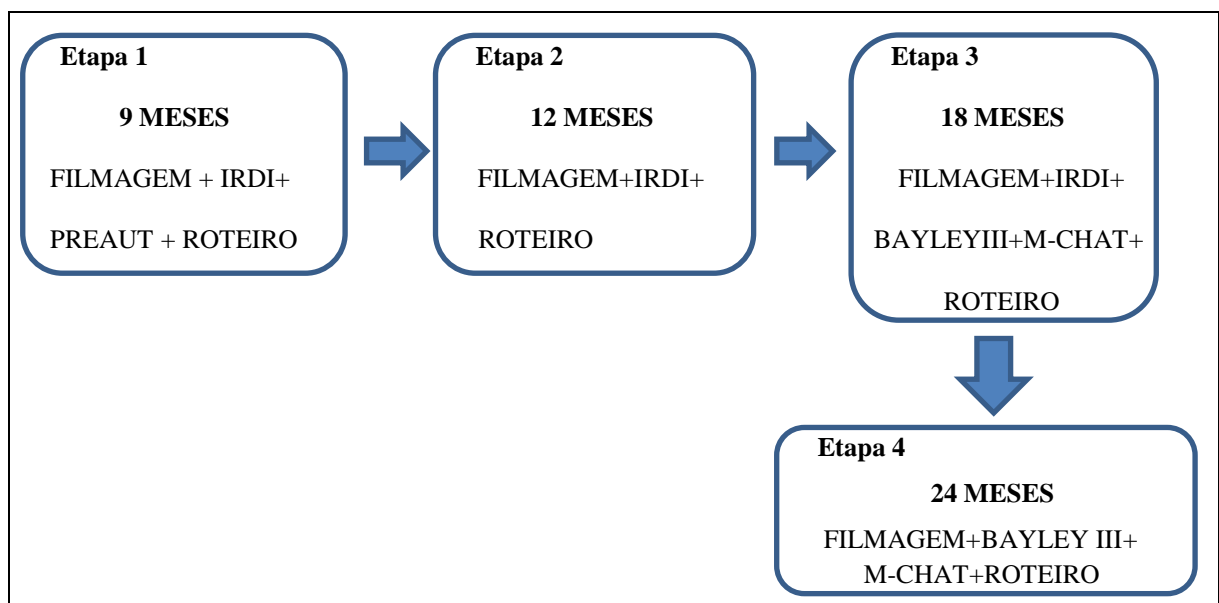
Etapa 1 - 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias- avaliação dos Indicadores Clínicos de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)¹⁶ fase II, e dos Sinais PREAUT¹⁷, bem como a realização de filmagem da díade bebê-mãe em situação de brincadeira com boneca, mamadeira, panelinhas, meios de transporte, animais e pequena bola. Filmagem de 10 minutos com a mãe e bebê e 5 minutos com a examinadora, de modo que a câmera estava posicionada em frente a criança, diante do espelho fixado na parede da sala.

Etapa 2 - 11 meses e 1 dia a 12 meses e 29 dias – reavaliação do roteiro IRDI fase III e filmagem nas mesmas condições da etapa 3.

Etapa 3 - 17 meses e 1 dia a 18 meses e 29 dias - avaliação do roteiro IRDI etapa IV; avaliação do MCHAT¹⁸ e filmagem nas mesmas condições etapas 3 e 4. Avaliação do Bayley III aspectos motor, de linguagem e cognitivo, realizada por fisioterapeuta habilitada.

Etapa 4 - 23 meses e 1 dia a 24 meses e 29 dias- avaliação do MCHAT, avaliação do Bayley III¹⁹ e filmagem nas mesmas condições das etapas 1,2 e 3. Abaixo, segue o quadro com a ilustração das etapas.

Quadro 1 – Etapas da coleta de dados



Cabe destacar que os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI), instrumento escolhido para realizar a comparação entre os grupos sem e com risco porque, se apresentou como o mais sensível no período de vida das crianças de zero a 18 meses, uma vez que os Sinais PREAUT, realizado aos quatro e nove meses, e o MCHAT, aplicado aos 18 e 24 meses, são protocolos mais direcionados à detecção de autismo, uma subcategoria no grupo com risco psíquico identificado pelo IRDI.

O roteiro de análise do brincar da criança e da mãe que compôs a análise das filmagens desta pesquisa foi construído pelas pesquisadoras do grupo de pesquisa Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil (NIDI). Este instrumento precisou ser desenvolvido, considerando etapas cognitivas a partir da visão piagetiana que inclui o brincar sensório-motor, o uso funcional de objetos e o simbolismo com faz-de-conta²⁰⁻²², acrescidos de uma análise de aspectos afetivos como ter prazer no brincar²¹. Na análise do comportamento materno estão previstos comportamentos como intrusividade, diretividade e linguagem, ritmo de oferta dos brinquedos, entre outros.

Após realizadas as análises, foi construído, em planilha do Excel, um banco de dados para cada faixa etária analisada. A análise estatística foi realizada com o auxílio do aplicativo computacional Statistica 9.1. Além da análise descritiva, foi utilizado o teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância 5%. No Quadro 2 está sintetizado o roteiro.

Quadro 2 – Roteiro para Análise do Brincar

ANÁLISE DO BRINCAR DA DIÁDE MÃE-BEBÊ
<p>1- EXPLORAÇÃO DE OBJETOS: Nesse primeiro tópico, foi realizada a análise da criança a fim de identificar se ela apresenta ou não a permanência do objeto. Os itens analisados foram:</p> <p>Consegue explorar objetos com sua mão- possui preensão efetiva.</p> <p>1.2- Consegue explorar objetos com sua boca.</p> <p>1.3- Consegue buscar objetos com movimentos espontâneos.</p> <p>1.4- Tem prazer com a experiência física com o objeto. Consideramos o prazer quando a criança apresentava uma expressão facial com sorriso e atenção ao objeto, bem como contato visual estabelecido.</p> <p>1.5- Busca um objeto com olhar prestando atenção em um estímulo sensorial que vem dele.</p> <p>2 - USO FUNCIONAL DOS OBJETOS: Nesse tópico foi analisado se a criança é capaz de imitar alguma ação do adulto e também atribuir significado aos objetos, utilizando-os na sua função observada no mundo.</p> <p>2.1- Quando a mãe brinca com algum objeto a criança imita a sua ação (imitação com modelo).</p> <p>2.2- A criança explorando os brinquedos quando vê algum em específico atribui significado a esse brinquedo sem o modelo materno (imitação retardada).</p> <p>2.3- Utiliza o objeto no seu uso funcional.</p> <p>3- EMERGÊNCIA DO FAZ-DE-CONTA: Nesse item foi observado se a criança apresenta uma inteligência representacional, portanto, se é apta a representar internamente algumas ações por meio de invenções.</p> <p>3.1- Quando havia uma situação imaginária criada pela criança e que poderia envolver a representação de papéis traduzida em uso criativo do objeto.</p>

3.2- Faz construções criativas e novas com o objeto, montando uma cena completa, imaginando uma pequena história.

4- ANÁLISE DO COMPORTAMENTO MATERNO

Intrusividade: Condição que não permite a criança explorar o objeto interrompe a brincadeira, ou seja, a criança organiza uma ação e é interrompida pela mãe.

4.1 Quando a criança explora um objeto a mãe a deixa ter a experiência sem oferecer outro- intrusividade ausente.

4.2 Quando a criança explora um objeto, a mãe **não** a deixa ter a experiência - Intrusividade presente.

Diretividade: Mãe não permite à criança brincar livremente, direciona a brincadeira a partir de suas escolhas, sem o consentimento da criança.

4.3 A mãe aceita a proposta de brincadeira da criança, respeitando seu desejo sem impor sua proposta de brincar - diretividade ausente.

4.4 A mãe não aceita a proposta de brincadeira do filho, forçando-o brincar do que ou como ela quer.

Linguagem: Observou-se, como a mãe se comunica durante o brincar com a criança, se nomeia os brinquedos que oferece a criança e se descreve as brincadeiras que estão sendo realizadas durante o brincar de modo natural (diálogo que acompanha naturalmente) a partir de dois itens:

4.5- A mãe nomeia objetos que oferece à criança.

4.6- A mãe descreve a ação que esta sendo desenvolvida.

Ritmo de oferta dos brinquedos: Foi avaliado qual é o ritmo de oferta de brinquedos novos na exploração por parte da mãe ao bebê.

4.7- Ritmo Adequado: Oferece o objeto, da tempo para a criança explorá-lo livremente.

4.8- Ritmo Rápido: Oferece de maneira rápida o objeto, um, logo o outro, sem deixar a

criança explorar livremente.

4.9- Ritmo Lento: Lentidão no ritmo de oferta do objeto, oferecendo e convocando pouco a criança.

5- Demonstra empenho/prazer na atividade com filho: Consideramos como prazer a expressão materna através do sorriso facial e contato visual estabelecido com o filho.

Fonte: Autores

RESULTADOS

Analisando os dados dos participantes deste estudo, foi possível traçar um perfil da amostra, constituída, por conveniência, de 32 crianças nascidas a termo que completaram as filmagens até 24 meses. Destas, 56,2% eram do sexo masculino e 43,8% do sexo feminino.

Observou-se que 13 crianças apresentaram risco psíquico, pelo do protocolo IRDI e sete pelos sinais PREAUT. Cabe ressaltar que essas sete crianças, identificadas pelos sinais PREAUT e quatro entre essas sete pelo MCHAT, estavam contidas no grupo identificado por meio do roteiro IRDI.

Um dado interessante foi em relação à utilização de brinquedos no cotidiano das crianças com e sem risco psíquico, quanto a possuírem brinquedos, gostarem de brincar e se havia brinquedo preferido, aspectos verificados na entrevista. Das crianças que não apresentavam risco psíquico, 79% possuíam brinquedos, dessas 68,4% gostavam de brincar e com relação a ter algum brinquedo preferido, 93,1% possuíam um de sua preferência. Com relação às crianças com risco psíquico, constatou-se que 84,6% possuíam brinquedos, 61,6% gostavam de brincar e somente 54,0% possuíam algum brinquedo preferido. O que sugere menor presença de um possível objeto transicional no grupo com risco psíquico.

Na Tabela 1, estão as frequências das categorias do brincar, considerando os 19 bebês sem risco pelo roteiro IRDI e os 13 bebês com risco psíquico.

Tabela 1 – Presença de categorias do brincar em crianças com e sem risco psíquico, considerando o roteiro IRDI

Resultados IRDI								
<u>Categorias do Brincar Bebê</u>	9 meses(n=32)		12 meses(n=32)		18 meses(n=32)		24 meses(n=31)	
	Sem risco ¹	Com risco ²	Sem risco	Com risco	Sem risco	Com risco	Sem risco	Com risco ³
<u>1.Exploração de objetos</u>	n=19(%)	n=13(%)	n=19(%)	n=13(%)	n=19(%)	n=13(%)	n=19(%)	n=12(%)
Explora com a mão	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	12(100)
Explora com a boca	16(84,2)	12(92,3)	17(89,5)	12(92,3)	0(0,0)	2(15,4)	0(0,0)	0(0,0)
Busca objeto movimentos espontâneos	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	12(100)
Tem prazer na experiência com objeto	18(94,8)	4(30,8)	18(94,8)	4(30,8)	19(100)	10(77,0)	19(100)	11(91,7)
Busca objeto com olhar	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	12(100)
<u>2.Uso funcional do objeto</u>								
Imitação com modelo	8(42,1)	2(15,4)	18(94,8)	9(69,2)	19(100)	13(100)	19(100,0)	12(100)
Imitação retardada	1(5,3)	0(0,0)	6 (31,6)	4 (30,8)	11(57,9)	5(38,5)	9(47,4)	6(50,0)
Uso do objeto na função real	0(0,0)	0(0,0)	18(94,8)	9(69,2)	19(100)	12(92,3)	19(100)	12(100)
<u>3 Emergência do faz de conta</u>								
Uso criativo do objeto	0(0,0)	0(0,0)	13(68,4)	2(15,4)	19(100)	12(92,3)	19(100)	12(100)

Construções criativas	0(0,0)	0(0,0)	0(0,00)	0(0,00)	1(5,3)	1(7,7)	18(94,8)	6(50,0)
<u>4.Análise comportamento</u>								
<u>materno</u>								
Intrusividade	4(21,1)	5(38,5)	1(5,3)	3 (23,1)	1(5,3)	1(7,7)	0(0,00)	1(8,4)
Diretividade	5(26,3)	5(38,5)	6(31,6)	6(46,1)	4 (21,1)	6(46,2)	2(10,6)	4(33,4)
Nomeia objetos ao apresentar ao filho	19(100)	12(92,3)	19(100)	13(100)	19(100)	13(100)	19(100)	12(100)
Descreve ação	18(94,8)	9(69,2)	15(79,0)	7(53,9)	18(94,8)	10 (77,0)	19(100)	11 (91,7)
Ritmo adequado de oferta do objeto	17(89,5)	10(77,0)	16(84,2)	9(69,2)	18(94,8)	10(77,0)	19(100)	10(83,4)
Ritmo lento de oferta do objeto	0(0,00)	2(15,4)	1(5,3)	2(15,4)	1(5,3)	1(7,7)	0(0,0)	2(16,7)
Ritmo rápido de oferta do objeto	2(10,6)	1(7,7)	2(10,6)	2 (15,4)	1(5,5)	2(15,4)	0(0,0)	0(0,0)
Demonstra empenho/prazer na atividade com filho	18(94,8)	4(30,8)	15(79,0)	4(30,8)	16(84,2)	6(46,1)	17(89,4)	9(75,0)

n= número de crianças analisadas ou com a característica na idade; 1=número de crianças sem risco pelo IRDI (n=19); 2= número de crianças com risco pelo IRDI (n=13); 3= aos 24 meses número de crianças com risco diminuiu para 12 por ausência na filmagem de uma díade.

Fonte: Autores

A análise dos vídeos evidenciou uma evolução geral das crianças em termos da emergência das categorias analisadas. Pode-se identificar que quanto à exploração de objetos, todos os bebês utilizam a mão, fizeram movimentos espontâneos demonstrando intenção de pegar o objeto e direcionaram o olhar ao objeto em todas as idades. Já a exploração com a boca foi realizada pela maior parte dos bebês entre nove e 12 meses, mas cessou a partir dos 18 meses.

A categoria ter prazer na exploração do objeto foi identificada na maior parte dos bebês sem risco psíquico aos 9 e 12 meses; e em apenas 30% da amostra dos bebês com risco psíquico. Este prazer com o objeto emergiu em quase todos os bebês, ou seja, 91,7% aos 18 e 24 meses, período em que se apresentaram mais atentos à descoberta dos objetos e também de sua função, tanto no quesito imitação com o modelo quanto para uso do objeto em sua função habitual.

Apenas a imitação retardada não surgiu plenamente até o final do segundo ano de vida, (50% das crianças com risco e 47% das crianças sem risco). Este dado evidencia que alguns bebês ainda estavam desenvolvendo habilidades de memória e representação da função dos objetos. Quanto ao uso criativo dos objetos, observou-se o início desta característica aos 12 meses e sua presença mais evidente aos 18 e 24 meses, mas o mesmo não foi visto em termos de construções criativas, categoria ainda pouco frequente aos dois anos.

Quanto às categorias que se referem ao comportamento materno evidenciaram-se características como a intrusividade em grau mais elevado nas mães dos bebês que apresentaram risco psíquico (38,5% aos nove meses), sintoma que foi se reduzindo ao longo dos meses. Desta forma, aos 24 meses somente 8,4% manifestam essa característica.

Com relação à diretividade materna, observou-se semelhança nos dois perfis de crianças, nos 9 e 24 meses; porém, aos 18 e 24 meses essa característica ficou reduzida nas

mães de crianças que não apresentavam risco. Já nas mães das crianças com risco à redução foi pequena quando comparadas às sem risco.

A partir da análise das categorias maternas com relação a nomear objetos que oferecem a criança e descrever ações durante a brincadeira, evidenciou-se que todas as mães, dos diferentes perfis, nomeiam os objetos, porém o que as diferencia é que as mães das crianças com risco descrevem menos as ações na brincadeira dos nove aos 12 meses quando confrontado às crianças sem risco psíquico. O que se observou foi que há certa evolução positiva nesse comportamento materno dos 18 e 24 meses, porém ainda é pequeno quando comparado aos resultados das crianças sem risco.

O grupo de mães das crianças com risco apresentaram menores percentuais de prazer e empenho na brincadeira com o filho. Identificou-se que somente 30% apresentaram essa característica no período dos nove e 12 meses. Já aos 18 e 24 meses esse percentual aumentou correspondendo a 46% e 75%, respectivamente. Como também com relação ao ritmo adequado na oferta do objeto, com maiores percentuais de ritmo lento e rápido na oferta do objeto do que as mães de bebês sem risco psíquico. Esses dados evidenciam maior falta de sintonia na brincadeira na díade mãe-bebê em risco psíquico. Na Tabela 2 são apresentadas as significâncias estatísticas para a associação entre cada categoria do brincar em relação a presença ou não de risco psíquico.

Tabela 2 – Significância estatística da associação das categorias entre bebês com e sem risco

IRDI

	9 meses	12 meses	18 meses	24 meses
	*p-valor	p-valor	p-valor	p-valor
<u>Categorias da criança</u>				
1.Exploração de objetos				
Explora com a boca	0,630	1,000	0,157	-
Tem prazer com objeto	0,002*	0,002*	0,057	1,000
2.Uso funcional do objeto				
Imitação com modelo	0,140	0,131	-	-
Imitação retardada	1,000	1,000	0,472	1,000
Uso funcional do objeto	-	0,131	0,406	-
3.Emergência do faz de conta				
Uso criativo do objeto	-	0,004*	0,406	-
Construções criativas	-	-	1,000	0,006
4.Análise do comportamento				
materno				
Intrusividade	0,427	0,278	1,000	0,387
Diretividade	0,700	0,473	0,243	0,173
Nomeia objetos ao apresentar ao filho	0,406	-	-	-
Descreve a ação	0,131	0,243	0,278	0,387
Ritmo adequado de oferta do objeto	0,374	0,401	0,278	0,141
Ritmo lento de oferta do objeto	0,157	0,551	1,000	0,141
Ritmo rápido de oferta do objeto	1,000	1,000	0,551	-
Demonstra empenho/prazer na atividade com filho	0,002*	0,010*	0,072	0,349

*Teste Exato de Fischer

Fonte: Autores

Pode-se observar, na Tabela 2, que houve associação significativa na relação do prazer que a criança apresenta na experiência com o objeto. Confirma-se que as crianças que apresentam risco psíquico possuem uma experiência com o objeto distinto das crianças que não apresentam risco ao desenvolvimento. Elas começam a evidenciar aumento do prazer na relação com o objeto a partir dos 18 e 24 meses de idade. Cabe destacar que foi identificado um caso que ainda havia dificuldades em ter prazer com o objeto, um menino, que no decorrer do acompanhamento foi diagnosticado com autismo.

Concomitante a isso, quando analisado o prazer materno diante do brincar com o filho, percebeu-se que aos nove e 12 meses há muitas mães que não conseguiam ter prazer e apresentavam certo investimento na brincadeira com o filho. No decorrer dos 18 aos 24 meses, essa característica reduziu em alguns casos em que a mãe e o filho demonstraram encontrar-se na brincadeira, mas ainda houve duplas com dificuldade no laço a partir do olhar sobre o brincar. Pode-se observar na Tabela 2 que houve associação significativa na utilização criativa do objeto e risco psíquico porque as crianças com risco demoraram mais a evidenciar esta característica (aos 18 meses). Em contrapartida, as crianças sem risco iniciaram aos 12 meses de idade. Quanto às demais categorias, não houve associação estatística significativa quando as categorias do brincar foram relacionadas aos resultados do roteiro IRDI. Esse fato evidencia o que as neurociências afirmam sobre a criatividade estar relacionada ao prazer e também ao que a psicanálise, classicamente, afirma sobre a construção da realidade pela criança.

Na Tabela 3 são apresentados os resultados quanto à avaliação dos bebês pelo Bayley III aos 24 meses. Apenas 19 bebês dos 32 bebês compareceram a esta avaliação.

Tabela 3 – Descrição do desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor no Bayley III aos 24 meses

Bayley III aos 24 meses						
	Cognitivo		Linguagem		Motor	
<u>IRDI</u>						
Risco	Sem atraso	Com atraso	Sem atraso	Com atraso	Sem atraso	Com atraso
Psíquico	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sem risco	10(100,0)	0(0,0)	7(70,0)	3(30,0)	6(60,0)	4(40,0)
n=10						
Com risco	6(66,6)	3(33,3)	4(44,4)	5(55,5)	8(88,8)	1(11,1)
n=9						

Fonte: Autores

Pode-se observar, na tabela 3, que 10 crianças sem risco psíquico e nove com risco psíquico realizaram avaliação do Bayley III no desfecho da pesquisa quanto aos aspectos da cognição, linguagem e motricidade. O percentual de alterações de linguagem e cognição foi maior nas crianças com risco psíquico quando comparadas às crianças sem risco psíquico. Já o atraso motor apresentou distribuição diferente no grupo. Enquanto o grupo sem risco psíquico teve uma distribuição de 40% de atraso, o grupo com risco psíquico de apenas de 11%, ou seja, o atraso motor foi maior no grupo sem risco psíquico.

Considerando as categorias do brincar, observa-se que a estimulação de linguagem, por nomeação e descrição da ação, não foi distinta entre as mães de crianças com e sem risco psíquico, com e sem atraso na linguagem. Portanto, outras categorias do brincar podem estar se conectando ao atraso de linguagem, o atraso mais importante na amostra estudada por meio do Bayley III. Entre elas observou-se a presença de diretividade e intrusividade como

característica comum da maior parte das mães, emergência da imitação com modelo mais tardia na maior parte das crianças, e ausência de prazer com o objeto nas primeiras etapas, conforme está descrito nos casos de atraso nos aspectos do Bayley III na Tabela 4.

Tabela 4 – Descrição da evolução do brincar no grupo com atraso em aspecto(s) do Bayley III

Sujeito	BAYLEY III	Risco Psíquico	Características alteradas do brincar do bebê no período	Características alteradas do brincar materno no período
B1	Linguagem e Motor	Presente nos três instrumentos	Apático no brincar e sem prazer, a imitação com modelo surgiu aos nove meses, mas imitação retardada não emergiu no período observado. Uso funcional do objeto emergiu aos 12 meses, mas o criativo apenas aos 18 meses. Construções criativas surgiram aos 24 meses.	Mãe se empenhava e convocava, mas diretiva aos 24 meses
B2	Linguagem, Cognitivo e motor	Ausente nos três instrumentos	Prazer em brincar aos 9 meses e imitação com modelo, uso funcional e criativo surgiu aos 12 meses. Aos 18 meses faz uso criativo e imitação retardada e aos 24 meses construções criativas.	Intrusiva e diretiva aos nove meses.
B3	Motor	Ausente nos três instrumentos	Aos 9 meses já tinha prazer na ação sobre objeto, imitou com modelo aos 12 meses e de modo retardado aos 18 meses. O uso funcional e criativo emergiu aos 12 meses e as construções criativas aos 24 meses.	Mãe apresentou-se empenhada e adequada na interação.
B4	Linguagem	Sim no IRDI e PREAUT	Aos 9 meses não tinha prazer em brincar. A imitação com modelo surgiu aos 18 meses e uso funcional aos 12 meses, uso criativo e construções criativas só aos 24 meses. Imitação retardada esteve ausente em seus dados.	Intrusiva e diretiva, não descrevia a ação, ritmo lento na oferta do brinquedo.

B5	Linguagem e motor	Ausente nos três instrumentos	Imitação com modelo surgiu aos 18 meses e a retardada não emergiu até 24 meses. O uso funcional apareceu aos 12 meses e uso criativo aos 18 meses. Construções criativas não emergiram.	Intrusiva e diretiva aos 9 e diretiva aos 24 meses.
B6	Linguagem, cognitivo e motor	Presente nos três instrumentos	Imitação com modelo apareceu aos 12 meses, uso funcional e criativo aos 24 meses, mas não construções criativas. O prazer com objeto esteve presente aos 18 meses, mas não com a mãe. Caso de risco claro para autismo.	Empenhada sem alterações importantes, mas falava um pouco rápido por falta de resposta do filho.
B7	Linguagem e cognitivo	Presente nos três instrumentos	Começou a demonstrar prazer com objeto aos 18 meses, imitou de modo consistente com modelo aos 18 e 24 meses, e usou funcionalmente e criativamente aos 18 meses. Não fazia construções criativas.	Intrusiva e diretiva aos 9 meses e diretiva aos 24 meses.
B8	Linguagem	Presente no IRDI e MCHAT	Imitação com modelo surgiu aos 12 meses e retardada aos 18 meses, o uso funcional do objeto e criativo surgiu aos 18 meses, mas não demonstrou construções criativas com objeto embora tivesse prazer desde os 9 meses.	Intrusiva e diretiva aos 9 meses.
B9	Linguagem	Presente no IRDI	Não demonstrava prazer com objeto aos 9 e 12 meses, característica surgiu aos 18 meses, a imitação com modelo emergiu aos 12 meses, o uso funcional e criativo aos 18 meses, e a imitação retardada, uso criativo do objeto e construções criativas emergiram aos 24 meses.	Intrusiva e diretiva aos 9 meses.

DISCUSSÃO

Conforme indicado na Tabela 1, pode-se afirmar que não houve diferenças importantes em termos descritivos percentuais entre grupo com risco e sem risco psíquico, excetuando as que foram confirmadas na análise estatística (Tabela 2) pela experiência de prazer do bebê com objeto e da mãe em brincar com o filho, bem como à época de emergência do brincar mais criativo todas as características mais atrasadas ou ausentes no grupo com risco psíquico. Esse resultado também foi observado no estudo de Ambrós et al.²³ em que se observou ausência de prazer na exploração com o objeto em um bebê com risco de autismo antes da intervenção educacional de base musical e que começou a emergir a partir dessa intervenção.

De acordo com um estudo em Neurociências²⁴, o prazer na aprendizagem favorece o aumento das conexões sinápticas, ocasionando um processo mais positivo e eficaz. Por isso, a importância do brincar no cotidiano infantil para a maior efetividade do aprendizado, tendo em vista que a característica primordial do brincar livre é o prazer. A ausência de prazer com o objeto e também na relação com o outro durante o brincar no grupo de risco psíquico pode explicar a emergência tardia de brincadeiras criativas neste grupo. Para uso criativo as crianças precisam ser sustentadas subjetivamente pelo outro^{4,25} e exercitar o brincar.

Diante da utilização do objeto no seu uso funcional, foi possível evidenciar que há uma dificuldade em algumas crianças que possuem risco ao desenvolvimento infantil, aos 12 meses, porém essa manifestação apresentou uma evolução ao longo dos 18 e 24 meses. É importante salientar que essa condição foi fundamental para a constituição da capacidade da simbolização, pois mesmo antes da criança utilizar o objeto numa atividade de faz-de-conta ela necessita utilizá-lo de modo funcional. Estudos nesse âmbito referem que essa aquisição é essencial para as habilidades simbólicas da criança, visto que a criança necessita ter essa experiência, para mais tarde ser utilizada como recurso para a representação do seu

universo²⁶. Por isso, a importância do adulto na interação lúdica com a criança pelos modelos que oportuniza para a imitação²⁶, mas sobretudo no prazer e investimento que manifesta, o que a literatura clássica de psicanálise já destacava⁴.

Já, com relação às construções criativas aos 24 meses, 50% das crianças a apresentaram. Isso faz supor o que já identificado em outros estudos que é uma construção mais tardia também na criança típica e que se acentua na criança em risco^{27,28}.

No que tange às categorias do brincar materno, quando observados os casos em risco psíquico, foi possível observar maior intrusividade e diretividade, bem como ritmo alterado na oferta dos brinquedos, além da já mencionada falta de prazer. As hipóteses explicativas podem se relacionar a estados de humor materno²⁹ ou dificuldades da criança como a presença de risco para o autismo²¹.

Em um estudo²⁹ que investigou os efeitos da depressão materna na criança, foi observado que durante a brincadeira, as mães apresentavam comportamento intrusivo e as crianças evitavam o olhar e a interação com a mãe. Outro estudo refere que essa redução de sintonia entre mãe e filho, poderá refletir na criança, por meio de dificuldades no desenvolvimento, como no brincar e na aquisição da linguagem, quando levadas em consideração as perspectivas interacionistas³⁰.

No caso do menino com risco claro de autismo, o bebê B6, foi possível observar que a mãe não era intrusiva nem diretiva e que apenas falava um pouco rápido para poder lidar com a falta de resposta do filho, mas esteve empenhada em “fisgá-lo” em todas as filmagens analisadas.

CONCLUSÃO

Podemos considerar que esse estudo desenvolvido a partir da análise dos vídeos trouxe contribuições importantes para afirmar a relevância de observar a sustentação do adulto ao brincar infantil, sobretudo em relação ao prazer. Percebeu-se que as crianças com risco psíquico apresentaram menor prazer com o objeto e o seu uso criativo no brincar, e suas mães menor prazer em brincar com os filhos do que as mães sem risco psíquico. A diretividade e intrusividade maternas foram comuns em vários casos de risco psíquico. No caso de risco para autismo a mãe esteve empenhada em tentar fisgar o filho na brincadeira.

REFERÊNCIAS

1. Coriat L, Jerusalinsky AN. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento. In: Escritos da criança-Centro Lídia Coriat. 4º.ed. Porto Alegre: Centro Lídia Coriat;1996.p.6-12.
2. Peruzzolo DL, Souza APR. Uma hipótese de funcionamento psicomotor como estratégia clínica para tratamento de bebês em intervenção precoce. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2017; 25(2): 427-37.
3. Vendrusculo JF, Souza APR. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. Rev. CEFAC. 2015; 17(3): 707-19.
4. Winnicott, DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
5. Klinger EF, Souza APR. Análise clínica do brincar de crianças do espectro autista. Rev. Dist. Comum. 2015; 27(1): 15-25.
6. Hoogstraten AMRJ van, Moraes AB de, Souza APR. Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. Rev. Saúde e Pesquisa. 2018;11(3):589-601.
7. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Souza APR. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. Rev. CEFAC. 2013;15(4):847-56.
8. Crestani AH, Moraes AB, Souza APR. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção de fala entre 13 e 16 meses. Rev CEFAC. 2015; 17(1): 169-76.
9. Kruel CS, Souza APR. O desenvolvimento do bebê e sua complexa relação com determinantes sociais de saúde. Psico-USF. 2018; 23(1):83-94.

10. Campos SDF, Figueiredo MO, Mazer-Gonçalves SM, Santos E, Maronesi LC. O brincar para o desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal: análise de uma intervenção. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2017; 25(2): 275-85.
11. Sant'anna MMM et al. Adaptação transcultural dos protocolos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2008;19(1):34-47.
12. Fonsêca MED, Silva ACD da. Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2015; 23 (3): 589-97.
13. Souza APR, Klinger EF, Borin L, Maldaner RD. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. *Fractal: Revista de Psicologia.* 2009;21(3): 601-12.
14. Winnicott, DW. *Os bebês e suas mães.* São Paulo: Martins Fontes;1988.
15. Polonio CF, Freire RMAC. O brincar na clínica fonoaudiológica. *Distúrb Comum.* 2008;20(2):p.267-78.
16. Kupffer MCM, Jerusalinsky AL, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM, Stellin R, Pesaro ME, Lerner R et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* mar.2010;13(1):31-52.
17. Olliac B, Crespín G, Laznik M-C, El Ganouni OCI, Sarradet J-L, Bauby C, et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One.* 2017;12(12):1-22.
18. Muratori, F. *O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras.* Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, Salvador, 2014.89p.
19. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.

- 20.Novaes BCAC, Barzaghi L. Avaliação fonoaudiológica de bebês e crianças com deficiência auditiva: função semiótica e linguagem. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC. Tratado das especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koggan; 2014. p.1005-13.
- 21.Saint-Georges C, Mahdhaoui A, Cassel RS, Laznik MC, Apicella F. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. Plos One. 2011; 8(10):1-17.
- 22.Granã CA. Aquisição da Linguagem nas Crianças Surdas e suas Peculiaridades no Uso do Objeto Transicional: um estudo de caso. Rev. eletr. Contemp. Psican. e Transdiscip.2008;(5):143-53.
- 23.Ambrós TMB, Correa NA, Oliveira LD, Souza APR. A musicalização como intervenção precoce junto ao bebê com risco psíquico e seus familiares. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.2017 set;20(3):560-78.
- 24.Souza AMO, Alves RRN. A neurociência na formação dos educadores e sua contribuição no processo de aprendizagem. Rev. Psicopedag. 2017;34(105):320-31.
- 25.Saboia C, Gosmes C, Viodé C, Gille M, Ouss L, Golse B. Do brincar do bebê ao brincar da criança: um estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. Psicol. Teor e Pesq. 2017 jun; 33 (s/n):1-8.
- 26.Costa EF, Cavalcante LIC, Lima SS, Alencar CN. Pobreza familiar, desenvolvimento neuropsicomotor e brincadeiras. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2018; 29(2):179-86.
- 27.Tamanaha AC, Chiari BM, Perissinoto J, Pedromônico MRA. Atividade lúdica no autismo infantil. Rev. Dist. Comun.2006;18(3):307-12.
- 28.Klinger EF, Souza APR. Análise clínica do brincar de crianças do espectro autista. Rev.Dist. Comun. 2015;27(1):15-25.

29.Motta GM, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Rev.Psiquiat. 2005;27 (2):165-76.

30.Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Rev. CEFAC. 2014;16(2): 500-10.

5 CONCLUSÃO

Considerando o objetivo desta pesquisa em analisar a evolução do brincar relacionando-a ao desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor em bebês entre nove e 24 meses, com e sem risco psíquico. O estudo empreendido nas filmagens trouxe contribuições para afirmar a importância de observar a sustentação do adulto ao brincar infantil, sobretudo em relação ao prazer e empenho. Também reafirmou a importância de se compreender as limitações imposta a essa sustentação em situações como a de risco de autismo.

Na revisão teórica para esta pesquisa, não foram encontrados na literatura protocolos específicos padronizados que trouxessem os aspectos cognitivos e intersubjetivos, e, de como o adulto sustenta esse brincar. Por isso, é possível afirmar que esta pesquisa deu um primeiro passo no sentido de propor um protocolo que observasse o brincar entre a criança e o adulto e não apenas da criança como usualmente se observa em instrumentos que avaliam o desenvolvimento infantil.

Destaca-se nesse sentido o aspecto prazer no brincar, que esteve como principal fator alterado nas crianças com risco psíquico e suas mães em comparação aos casos sem risco psíquico. A implicação disso para a clínica é que sem prazer as conexões sinápticas podem ser menos fortalecidas no processo de aprendizado (SOUZA et al., 2017), o que pode acarretar menor evolução sobretudo para etapas mais criativas do brincar como se viu nesta pesquisa. Esse aspecto põe em questão abordagens puramente instrumentais que negligenciam a iniciativa infantil e a possibilidade de elas terem prazer durante as brincadeiras propostas com a terapeuta e também em abordagens que orientam os pais a realizarem exercícios similares em casa. Elas praticamente favorecem a intrusividade e diretividade maternas, o que ao invés de tirar as crianças do risco psíquico pode ser um potencializador de maior risco e retraimento psíquico por parte das crianças. O fato de uma criança não conseguir responder às investidas maternas como em B6, em função de falhas na intersubjetividade primária (GOLSE, 2013; TREVARTHEN, DELAFIELD-BUT, 2013), não significa que a solução seja um investimento de tipo treinamento, com repetição, e extrema diretividade e intrusividade. Ao contrário, é preciso um aumento do prazer durante das repetições para ativar o sistema límbico de modo a favorecer a memória nessas crianças. Por isso, a música é uma possibilidade semiótica que mobiliza a memória e a atenção compartilhada ou

intersubjetividade, como se observou no trabalho de Ambrós et al. (2017). Naquele trabalho a repetição com prazer oportunizada pela música pode fazer frente às dificuldades de integração psíquica de um bebê a risco de autismo.

Apesar das limitações numéricas do estudo realizado é possível pensar que o roteiro utilizado é um primeiro passo na abordagem do brincar entre a criança e o adulto, que valorize este aspecto do prazer e do júbilo, pois não se pode negar a importância do mesmo no estabelecimento do aprendizado infantil.

Os resultados deste estudo indicam a possibilidade dos profissionais, que atuam no âmbito da primeira infância, estarem atentos aos sinais que o brincar traz, para qualificarem as avaliações e observações do desenvolvimento infantil, considerando a criança e o investimento e repertório familiares.

Esses resultados sugerem contribuições para a prática clínica na saúde materno infantil, para que o brincar seja analisado pelos profissionais de maneira mais ampla, além do ponto de vista cognitivo estrito, ou seja, como simples forma de evidenciar a passagem do período sensório-motor ao representativo, o que parece se dever ao foco exclusivo nos estudos piagetianos na Psicologia do desenvolvimento infantil e pouco acesso dos profissionais aos estudos psicanalíticos como o de Winnicott (1975).

O brincar pode dar subsídios preciosos de aspectos relacionais mãe-filho para que seja oferecido o devido suporte clínico. Assume-se que a clínica de bebês demanda uma intervenção com o bebê e seus familiares. Para tanto, as avaliações devem contemplar o bebê e os familiares e não apenas a criança. É preciso analisar os impasses no encontro e prover a sustentação necessária para a família e o bebê para que o laço entre ambos possa ocorrer. O encontro será a base intersubjetiva necessária para que aspectos estruturais como a cognição, a subjetividade e a linguagem, sejam construídos, e que outros instrumentais como os aprendizados psicomotores e de hábitos culturais no cotidiano, bem como a comunicação emergjam de modo a oportunizar boa adaptação social à criança.

Por fim, cabe destacar que os roteiros de risco psíquico utilizados na pesquisa trazem contribuições importantes para a detecção precoce porque analisam a dupla mãe-bebê, já que possuem foco nos processos de alienação e separação. De qualquer modo, dão indícios importantes na direção do olhar sobre a dupla, o que se confirmou na relação estatística entre o prazer no brincar e a condição da criança em termos de estar ou não em sofrimento ou risco psíquico.

Por outro lado, testes como o Bayley III só fornecem dados brutos de atraso sem que haja uma compreensão da direção da intervenção, uma vez que indicam atrasos similares em casos clínicos cuja sintomatologia psíquica é distinta. Por isso, também é importante a realização de avaliações do desenvolvimento de linguagem, cognição e psicomotricidade que incluam as contribuições do adulto no processo evolutivo infantil.

Possivelmente evidenciamos que seria importante um aprimoramento do roteiro sobre o brincar da criança na relação com os seus pais ou substitutos, pois este poderia fornecer mais dados relacionados à linguagem, psicomotricidade e cognição, que são importantes para as pesquisas clínicas.

As limitações encontradas neste estudo seriam com relação ao fato que roteiros são fotos rápidas de uma situação que precisa ser compreendida a partir da singularidade de cada caso. Essa singularidade só pode ser acessada em um processo de transferência clínica o que com certeza é uma limitação nas análises aqui oferecidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Deficiência e cotidiano: reflexões sobre a reabilitação. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 8, p. 81-86, 1997.

AMBRÓS, T. M. B; CORRÊA, A. N; OLIVEIRA, L. D; SOUZA, A. P. R de. A musicalização como intervenção precoce junto ao bebê com risco psíquico e seus familiares. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 560-578, set., 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v20n3/1415-4714-rlpf-20-3-0560.pdf>>. Acesso em: 14 abr.2019.

Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.

BRUNELLO, M. I. B; MIETO, F. S. R; SILVA, C. D. Procedimentos de avaliação da qualidade do brincar na prática clínica da terapia ocupacional: um estudo exploratório. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 95-102, mai./ago.,2013. Disponível em: <<https://www.periodicos.usp.br/rto/article/viewFile/55597/84592>>. Acesso em: 4 out. 2017.

CAMPOS, S. D. F; FIGUEIREDO, M. O; MAZER-GONÇALVES, S. M; SANTOS, E; MARONESI, L. C. O brincar para o desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal: análise de uma intervenção. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 275-285, 2017.

CARLESSO, J. P. P; SOUZA, A. P. R; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-10, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0500.pdf>>. Acesso em: jun. 2019.

CID, M. F. B.; SANTOS, G. C.; SQUASSONI, C. E. Cotidiano e práticas educativas parentais: a percepção das famílias de crianças em sofrimento psíquico. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 190-7, maio/ago., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p190-197>>. Acesso em: mai. 2019.

CID, M. F. B. Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática de atividades familiares. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 428-38, set./dez., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p428-438>>. Acesso em: mai. 2019.

CORIAT, E.; JERUSALINSKY, A. N. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento. In: **Escritos da criança n. 4**. Porto Alegre/RS: Centro Lídia Coriat, 1996.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Plano de Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. penso, 2013. p. 288.

CRESTANI, A. H; MATTANA, F; MORAES, A. B; SOUZA, A. P. R. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 847-856, 2013.

CRESTANI, A. H; MORAES, A. B; SOUZA, A. P. R. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 169-176, jan./fev., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462015000100169&script=sci_abs tract&tlng=pt>. Acesso em: abr. 2019.

CULLERE-CRESPIN, G; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: Jerusalinsky A. (Org.). Dossiê autismo. São Paulo, SP: Instituto Langage; 2015. p. 436-455.

FERLAND, F. **O modelo lúdico**: o brincar e a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. 3. ed. São Paulo: Ed. Roca, 2006. 69 p.

FONSÊCA M. E. D; SILVA, A. C. D da. Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 589-597, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0554>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

FONTELLES, M. J; SIMÕES, M. G; FARIAS, S. H; FONTELLES, R G. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Ciência e saúde.**, Belém/Pará, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2017.

GOLINKOFF, R. M., HIRSH-PASE, K. Reinterpretando a compreensão da frase pela criança: em direção a uma nova estrutura. In: FLETCHER, P.; MACWHINNEY, B. **Compêndio de Linguagem da Criança**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In: MARIN, I. K.; ARAGÃO R. O. (Orgs.) **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo, SP: Escuta, p. 263-278. 2013.

GRAÑA, C. A. Aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade.**, Porto Alegre, n. 5, p. 143-153, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000195&pid=S1516-1846201200020002000014&lng=pt>. Acesso em: mar. 2019.

GRAÑA, C. G., RAMOS, A. P. F. Falando com brinquedos: fazeres do fonoaudiólogo na atividade clínica com crianças. Porto Alegre: Organon, 2006.

HASSELKUS, B. R. O significado das ocupações cotidianas: pesquisa e prática. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 80-4. jan./abr., 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i1p80-84>>. Acesso em: mai. 2019

HOOGSTATEN, A. M. R. J van. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e a sua relação com as variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais.** 2016. 195 p. Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

HOOGSTATEN, A. M. R. J van; MORAES, A. B de; SOUZA, A. P. R. Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. **Rev. Saúde e Pesquisa.**, Maringá (PR), v. 11, n. 3, p. 589-601, set./dez., 2018. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/6733/3286>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

HOOGSTATEN, A. M. R. J. V.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. A complementaridade entre os Sinais PREAUT e IRDI na análise de risco psíquico aos nove meses de idade e sua relação com idade gestacional. **CoDAS.**, São Paulo, v. 30, n. 5, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v30n5/2317-1782-codas-30-5-e20170096.pdf>>. Acesso em: mai. 2019.

KLINGER, E. F; SOUZA, A. P. R. Análise clínica do brincar de crianças do espectro autista. **Disturb. Comum.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 15-25, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/download/17872/16323>>. Acesso em: mai. 2019.

KLINGER, E. F., SOUZA, A. P. R. O brincar e a relação objetal no espectro autístico **Fractal: Revista de Psicologia.**, Niterói (RJ), v. 25, n. 1, p. 191-206, jan./abr., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n1/13.pdf>>. Acesso em: 01 de jul. 2017.

KRUEL, C. S; SOUZA, A. P. R. O desenvolvimento do bebê e sua complexa relação com determinantes sociais de saúde. **Psico-USF.**, Campinas (SP), v. 23, n. 1, p. 83-94, jan./mar., 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v23n1/2175-3563-pusf-23-01-83.pdf>>. Acesso em: mai.2019.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003>. Acesso em: 22 mar. 2019.

LOPES, R. M. F.; NASCIMENTO, R. F. L.; SOUZA, S. G.; MALLET, L. G.; Desenvolvimento cognitivo e motor de crianças de zero a quinze meses: um estudo de revisão. **Rev. Psicologia.**, jul., 2010. Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS, 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0529.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

MOTA, G. M.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev.Psiquiat.**, v. 27, n. 2, p. 165-76, 2005.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras.** Núcleo Interdisciplinar de Intervenção precoce da Bahia, Salvador, 2014.

NOVAES, B. C. A. C.; BARZAGHI, L. Avaliação fonoaudiológica de bebês e crianças com deficiência auditiva-função semiótica e linguagem. In: MARCHESAN, I. Q. SILVA, H. J.; TOMÉ, M. C. **Tratado das especialidades em Fonoaudiologia.** São Paulo, SP: Guanabara Koggan, 2014. cap. 132, p. 1005-13.

NUNES, S. **Relação entre fatores de risco e desenvolvimento psicomotor, de linguagem e de cognição nos dois primeiros anos de vida.** 2018. 151p. Tese (Doutorado-Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.

OLLIAC, B.; CRESPIAN, G.; LAZNIK M-C. et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. **PLoS ONE**, v. 12, n. 12, p. 1-22, 2017. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188831>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

OLIVEIRA, L. D; SOUZA, A. P. R. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 1700-12, set./out., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462014000501700&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: mai. 2019.

PERUZZOLO, D. L; BARBOSA, D. M; SOUZA, A. P. R. Terapia Ocupacional e o tratamento de bebês em intervenção precoce a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor: estudo de caso único. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFScar**, São Carlos(SP), v. 26, n. 2, p. 409-421, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1155>>. Acesso em: 12 de mai. 2019.

PERUZZOLO, D. L; SOUZA, A. P. R. Uma hipótese de funcionamento psicomotor como estratégia clínica para tratamento de bebês em intervenção precoce. **Cad. Ter. Ocup. UFScar**, São Carlos (SP), v. 25, n. 2, p. 427-437, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1621>>. Acesso em: mai. 2019.

PERUZZOLO, D. L. **Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica da intervenção precoce.** 2016. 222f. Tese (Doutorado-Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

PIAGET, J. **A formação do símbolo da criança: Imitação, jogo e sonho-imagem e representação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

POLONIO, C. F; FREIRE, R. M. A de C. O brincar na clínica fonoaudiológica. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 267-278, 2008.

REGIS, M. S; LIMA, I. L. B; ALMEIDA, L. M. A; ALVES, G. A. S; DELGADO, I. C. Estimulação fonoaudiológica da linguagem em crianças com síndrome de Down. **Rev. CEFAC**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 271-280, mai./jun., 2018.

SABOIA, C.; GOSMES, C.; VIODÉ, C., GILLE, M.; OUSS, L.; GOLSE, B. Do Brincar do Bebê ao Brincar da Criança: Um Estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (DF). 33, p. 1-8, jun., 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v33/0102-3772-ptp-33-e33426.pdf>>. Acesso em: abr.2019.

SAINT-GEORGES et al. Do parentes recognize autist desviant behaviour long before diagnosis? Taking in to account interaction using computational methods. **Plos One**, v. 8, n. 10, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51548879_Do_Parents_Recognize_Autistic_Deviant_Behavior_Long_before_Diagnosis_Taking_into_Account_Interaction_Using_Computational_Methods>. Acesso em: dez. 2017.

SILVA, C. C. B; PONTES, F. V. A utilização do brincar nas práticas de terapeutas ocupacionais da Baixada Santista. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo. v. 24, n. 3, p. 226-32, set./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rto/article/viewFile/59943/87156>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SOUZA, A. M. O. P.; ALVES, R. R. N. A neurociência na formação dos educadores e sua contribuição no processo de aprendizagem. **Rev. Psicopedag**, São Paulo, v. 34, n. 105, p.320-31, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300009>. Acesso em: abr. 2019.

SOUZA, A. P. R.; KLINGER, E. F.; BORIN, L.; MALDANER R. D. . A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 601-612, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000300013>>. Acesso em: Abr. 2019.

TAKATORI, M. **O brincar na Terapia Ocupacional: um enfoque na criança com lesões neurológicas**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012.175 p.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 371-7, out./dez., 2001.

TAKATORI, M.; BOMTEMPO, E.; BENETTON, M. J. O brincar e a criança com deficiência física: a construção inicial de uma história em Terapia Ocupacional. **Cad.Ter.Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 91-105, 2001. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/181>>. Acesso em: 21 out. 2017.

TAMANAHAN, A. C.; CHIARI, B. M.; PERISSINOTO, J.; PEDROMÔNICO, M. R. A atividade lúdica no autismo infantil. **Rev. Dist. Comunic.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-312, dez., 2006. Disponível em:<<https://revistas.pucsp.br/article/download/11818/8543>>. Acesso em: abr. 2019.

TREVARTHEN, C.; DELAFIELD-BUTT, J. T. Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. **Frontiers in integrative neuroscience**, v. 7, n. 17, jul., 2013.

VENDRUSCULO, J. F. **Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico**. 2014.169 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

VENDRUSCULO, A; SOUZA, A. P. R. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 707-719, mai./jun., 2015.

WADSWORTH, B. J. **Inteligência e afetividade da criança na teoria de Piaget**. 5ª Edição Revisada. São Paulo: Pioneira thomson learning, 2003. p. 223.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 1982.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203 p.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Relação entre fatores de risco e desenvolvimento psicomotor, de linguagem e de cognição nos dois primeiros anos de vida. **Pesquisador responsável:** Dra. Ana Paula Ramos de Souza.

Demais pesquisadores: Antônia Motta Roth, Sabrina Felin Nunes, Patrícia Menezes Schmitt.

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Curso: Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Telefone para contato: (55) 991717041

Local de coleta de dados: Serviço de Atendimento da Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria

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, agosto de 2014.

Assinatura do Pesquisador

Nome: Ana Paula Ramos de Souza

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **RELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR, DE LINGUAGEM E DE COGNIÇÃO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA.**

Pesquisador responsável: Ana Paula Ramos de Souza, Sabrina Felin Nunes

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria- Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para contato: (55) 32209239

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; socioeconômicas 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 e, a observação da interação mãe-criança (IRDIs). 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.

11 – 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 2017.

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 2017.

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 C – QUADRO RESUMO DO TESTE BAYLEY III

Itens referentes ao teste completo (1-42 meses de idade)

Quadro resumo Subteste Cognitivo:

01	Se acalma quando é pega
02	Responde ao entorno (inspeciona o ambiente)
03	Prende a atenção em um objeto por 3 segundos
04	Habituação ao som do chocalho
05	Discriminação entre objetos (ex. toque do sino, muda a expressão/procura)
06	Reconhecimento do cuidador
07	Fica excitado antecipadamente (ex. quando vê um brinquedo que gosta)
08	Olha fixo para um objeto por 5 segundos
09	Reação ao desaparecimento do rosto
10	Deslocamento da atenção (sino ou chocalho)
11	Demonstra preferência visual (padrão de listras)
12	Habitua-se ao objeto (30 segundos)
13	Preferência por objetos novos
14	Habitua-se a figura (balões – 30 segundos)
15	Preferência por figura nova (bola)
16	Explora objeto
17	Coloca objetos na boca
18	Inspecciona a própria mão
19	Série imagem no espelho: abordagens
20	Série responde ao entorno: consciência do novo
21	Alcance persistente (blocos)
22	Série imagens no espelho: responde positivamente
23	Brincar com corda
24	Jogo de bater
25	Procurar por objeto caído
26	Série sino: manipulação
27	Série pegar blocos: alcança o segundo bloco
28	Puxa o pano para obter o bloco
29	Puxa a corda adaptativamente (para pegar a argola na outra ponta)
30	Segura ambos os blocos (simultaneamente)
31	Série sino: badalar propositalmente
32	Olhar figuras
33	Pegar os blocos
34	Procurar objetos perdidos
35	Tira blocos da xícara
36	Série bloco: 1 bloco (coloca 1 na xícara)
37	Série pegar bloco: 3 blocos
38	Explora buracos no tabuleiro de pinos
39	Empurra o carrinho
40	Encontra objetos escondidos (pulseira embaixo do pano)

41	Argola suspensa
42	Remover cereal comestível (do potinho)
43	Caixa vazia (pulseira na caixa transparente)
44	Objetos de apertar (patinho)
45	Encontra objetos perdidos: reverso (pulseira e pano)
46	Remove a tampa da garrafa
47	Série tabuleiro de pinos: 2 pinos
48	Série brincadeiras relacionais: eu
49	Série tabuleiro rosa: 1 peça
50	Encontrar objeto escondido (deslocamento visível)
51	Série tabuleiro azul: 1 peça
52	Caixa vazia: lados (20 segundos)
53	Série brincadeiras relacionais: outros
54	Série blocos: 9 blocos
55	Série tabuleiro de pinos: 6 pinos
56	Série tabuleiro rosa: completo
57	Usar lápis para obter objeto (pato e lápis)
58	Série tabuleiro azul: 4 peças
59	Escuta história
60	Rodar tabuleiro rosa
61	Montagem de objeto (quebra-cabeça – bola)
62	Tabuleiro de pinos completo em 25 segundos
63	Montagem de objeto (quebra-cabeça – sorvete)
64	Combinar figuras (avião, triciclo, árvore, telefone)
65	Brincadeiras de representação
66	Série tabuleiro azul (completo 75 segundos)
67	Imita uma ação de duas etapas (colher e pato – voar)
68	Correspondência de 3 cores (discos no livro)
69	Brincadeira imaginária
70	Compreende o conceito do um (quantidade)
71	Brincadeira de combinação multi-esquema
72	Conceito de agrupamento: cor (patos)
73	Conceito de agrupamento: tamanho (patos)
74	Comparação de massas: patos
75	Correspondência de tamanhos (patos)
76	Discriminação de figuras (livro)
77	Padrão simples (patos)
78	Classificação de pinos por cor (pinos e copos)
79	Contagem (correspondência – um a um) – com blocos
80	Discriminação de tamanhos (livro)
81	Identificar 3 imagens incompletas (livro)
82	Montagem de objeto (quebra-cabeça cachorro)
83	Discriminação de padrões (quadrado, triângulo)
84	Memória espacial (jogo de memória)
85	Contagem (10 blocos)
86	Constância de número
87	Cartão de laços (cartão e cadarço)
88	Classificação de objetos (livro)

89	Compreende o conceito de mais (primeiro, segundo, terceiro, quarto)
90	Repetições de sequencias numéricas
91	Placa de pinos e pinos vermelhos, azuis e amarelos

Quadro resumo subteste de linguagem:

Comunicação receptiva		Comunicação expressiva	
01	Olhar a pessoa momentaneamente (bebê fixa olhar por um momento em você)	01	Sons guturais indiferenciados (produz murmúrios..)
02	Prestar atenção (bebê presta atenção quando você fala ou se move...)	02	Sorriso social
03	Se acalma quando falam com ela	03	Vocaliza humor
04	Reage ao som do ambiente (brinquedos de apertar – muda expressão, procura...)	04	Sons nasais indiferenciados (mmm, nnn)
05	Responde às vozes das pessoas (procurando, movendo-se...)	05	Vocalização social ou riso
06	Procura virando a cabeça	06	Sons de 2 vogais (AA, uu, oo...)
07	Discrimina sons (papel, chocalho)	07	Chamar atenção dos outros
08	Brinca sustentando objetos (criança brinca com alguma coisa por pelo menos 60 segundos)	08	Sons de 2 consoantes
09	Responde quando chamam seu nome	09	Utiliza gestos (ex. quando falamos para não fazer algo e a criança faz com a cabeça ou dedinho o sinal)
10	Interrompe atividade (quando está brincando e chamam por ela)	10	Combina consoante-vogal (1 combinação)
11	Reconhece duas palavras familiares	11	Participa de rotinas com brincadeiras (bate palma, esconde-esconde com outras pessoas)
12	Responde ao não-não (olha diferente, pára o que está fazendo..)	12	Tagarela expressivamente
13	Presta atenção a outras rotinas de brincadeiras (bater palmas, esconde-esconde...)	13	Combina consoante-vogal (4 combinações)
14	Responde à demanda para rotinas sociais (bate palma, manda beijo... sem que seja mostrado)	14	Uso de aproximação de uma palavra (ex. aponta para a mamadeira e pede mamá...)
15	Identificar 1 objeto (ex. livro,	15	Dirigir a atenção aos outros

	copo, boneca, colher, bola)		
16	Identificar objeto no ambiente (ex. onde está a mesa?)	16	Imitação de palavras
17	Identificar 1 figura (livro de estímulos: ex. bolacha, pássaro, bola...)	17	Inicia interação com brincadeiras
18	Compreender palavras de repreensão	18	Usa 2 palavras apropriadamente
19	Identificação 3 objetos (ex. livro, copo, boneca, colher, bola)	19	Usa palavras para demonstrar desejos
20	Seguir ordens de uma parte (ex. alimento o bebê)	20	Nomeia 1 objeto
21	Identificação 3 figuras figura (livro de estímulos: ex. bolacha, pássaro, bola...)	21	Combina palavra e gesto
22	Identificar 3 itens do vestuário	22	Nomeia 1 figura (livro de figuras)
23	Identificar 1 figura de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer...)	23	Usa 8 palavras apropriadamente
24	Identificar 5 partes do corpo	24	Responde sim e não às perguntas
25	Seguir ordens de 2 partes (coloque o bebê na mesa)	25	Imita fala de 2 palavras
26	Identificar 3 figuras de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer...)	26	Usa frase de 2 palavras
27	Compreender uso de objetos (livro de estímulos)	27	Nomeia 3 objetos
28	Compreender partes (livro de estímulos)	28	Nomeia 5 figuras (livro de figuras)
29	Identificação 5 figuras de ação (livro de estímulos: acenar, dormir, comer, beber, correr...)	29	Usa palavras de múltiplos enunciados
30	Compreender pronomes (pelo menos 3)	30	Usa 1 pronome
31	Compreender unidades de tamanho (2 figuras)	31	Nomeia 1 figura de ação (livro de figuras)
32	Compreender preposições (2 corretas)	32	Apresenta uma pergunta de múltiplas palavras
33	Compreender possessivos (2 figuras)	33	Faz discurso casual
34	Compreender gerúndio (2 itens)	34	Usa gerúndio (livro de estímulos: 1 ação)
35	Identificação de cores (4 cores)	35	Nomeia 3 figuras de ação (livro de figuras)
36	Compreender unidades (livro de estímulos)	36	Utiliza diferentes combinações de palavras
37	Compreender pronomes (2 figuras)	37	Nomeia 5 figuras de ação (livro de figuras)

38	Compreender pronomes (3 figuras)	38	Usa plural (livro de estímulos – 5 palavras)
39	Compreender plural (4 figuras)	39	Responder perguntas de “quê” e “onde” (livro de estímulos – 2 perguntas)
40	Compreender “mais” (2 figuras)	40	Usa possessivos (livro de estímulos)
41	Compreender “maior” (todas as figuras)	41	Nomear 4 cores (livro de estímulos)
42	Compreender preposições (4 tarefas)	42	Responde perguntas logicamente
43	Compreender negativos em frases (3 figuras)	43	Diz como um objeto é usado (livro de figuras: 5 objetos)
44	Compreende tempo passado (livro de estímulos)	44	Usa preposições
45	Compreender unidades de peso (livro de estímulos: 3 figuras)	45	Usa forma do verbo presente progressivo
46	Compreender “mínimo” (livro de estímulos: 2 figuras)	46	Descreve figuras (livro de estímulos – 4 ou 5 palavras)

Quadro resumo subteste Motor:

Motor Fino		Motor Grosso	
01	Mãos do bebê fechadas	01	Impulsos nas pernas (aleatórios)
02	Olhos seguem uma pessoa em movimento	02	Impulsos nos braços (aleatórios)
03	Olhos seguem a argola (horizontal)	03	Série controle da cabeça na vertical: elevação da cabeça
04	Olhos seguem a argola (vertical)	04	Série controle da cabeça na vertical: 3 segundos
05	Tentativas de levar a mão na boca	05	Virar a cabeça para os lados
06	Segura (mantém) argola	06	Faz movimentos de arrastar
07	Olhos seguem a argola (circular)	07	Controle da cabeça em suspensão dorsal
08	Cabeça segue a argola	08	Controle da cabeça em suspensão ventral
09	Olhos acompanham a bola rolar	09	Série controle da cabeça na vertical: 15 segundos
10	Manter as mãos abertas	10	Sustenta a cabeça na linha média
11	Rotação do punho (com bloco, chocalho, sino...)	11	Sustenta a cabeça ereta quando carregada
12	Agarrar argola suspensa	12	Série de controle da cabeça na posição prono: 45°
13	Série bloco: alcançar o bloco	13	Endireita a cabeça

14	Série bloco: tocar o bloco	14	Rola de lado para trás
15	Série bloco: agarrar com a mão inteira o bloco	15	Série de elevação do tronco em prono: cotovelos e antebraços
16	Alcance unilateral (objeto de interesse)	16	Série sentado com suporte: brevemente (cronômetro)
17	Série (pellet) cereal comestível: agarrar arrastando	17	Série de controle da cabeça em prono: 90° (5 segundos)
18	Série bloco: oposição parcial do polegar	18	Série de elevação do tronco em prono: desloca o peso
19	Transferir a argola (de uma mão para outra)	19	Série sentado com suporte: 30 segundos
20	Série (pellet) cereal comestível: agarrar com a mãos inteira	20	Rola de trás para o lado
21	Transferir bloco (de uma mão para outra)	21	Série de elevação do tronco em prono: braços estendidos
22	Série bloco: agarrar do polegar ao dedo mínimo	22	Série sentado sem suporte: 5 segundos
23	Trazer colheres e blocos para a linha média	23	Puxa seus polegares para sentar (deitado para sentado)
24	Série (pellet) cereal comestível: oposição parcial do polegar	24	Agarra os pés com as mãos
25	Levantar xícara pela alça	25	Rola de trás para frente (de barriga)
26	Série (pellet) cereal comestível: agarrar do polegar ao dedo mínimo	26	Série sentado sem suporte: 30 segundos
27	Virar as páginas do livro	27	Sentado sem suporte segurando um objeto (60 segundos)
28	Série agarra: segura pela palma	28	Gira o tronco enquanto sentado
29	Movimentos isolados do dedo indicador	29	Faz movimentos de passo
30	Rabiscar espontaneamente	30	Série engatinhar: de barriga (1 metro)
31	Série empilhar blocos: 2 blocos	31	Série engatinhar: posição de engatinhar
32	Série imitar o traçado: aleatório	32	Movimento de sentado para mãos e joelhos (gato)
33	Colocar 10 cereais (pellets) na garrafa (60 segundos)	33	Suporta o peso (2 segundos)
34	Série agarra: pegada transitória (giz ou lápis e papel)	34	Série engatinhar: movimento de engatinhar (5 metros)
35	Moedas no cofrinho (5 moedas)	35	Levanta sozinho para posição em pé
36	Conectar blocos: separar	36	Saltar enquanto em pé
37	Série agarra: pega intermediária (trípode)	37	Série caminhar: com suporte
38	Série de empilhar blocos: 6 blocos	38	Anda para os lados com suporte
39	Usar a mão para segurar o papel	39	Senta-se com suporte

	no lugar		
40	Série imitar o traçado: horizontal	40	Se mantém em pé sozinho (3 segundos)
41	Série imitar o traçado: vertical	41	Série levanta-se sozinho
42	Conectar blocos: juntar/unir	42	Série caminhar: sozinho
43	Série imitar o traçado: circular	43	Série caminhar sozinho: com coordenação
44	Construir trem com blocos	44	Lança a bola
45	Cadarço e 3 blocos com furos	45	Agachar sem apoio
46	Imitar movimentos da mão	46	Série levanta-se: avançado (rola para um lado e fica em pé – sem usar suporte)
47	Recortar papel	47	Série subir escadas: ambos os pés em cada degrau, com apoio (3 degraus)
48	Série agarra: tripode dinâmica	48	Anda para trás: 2 passos
49	Diferenciar formas através do tato	49	Série descer escadas: dois pés a cada passo com apoio (3 degraus)
50	Construir parede (8 blocos)	50	Corre com coordenação
51	Cortar papel	51	Série equilíbrio com o pé direito: com suporte
52	Construir ponte (6 blocos)	52	Série equilíbrio com o pé esquerdo: com suporte
53	Imitar sinal de positivo (+)	53	Anda para os lados sem suporte
54	Série empilhar blocos: 8 blocos	54	Pula de um degrau para baixo
55	Cortar na linha	55	Chuta a bola
56	Construir T (10 blocos)	56	Anda para frente no caminho
57	Colocar botão na manga	57	Série subir escadas: os dois pés em cada degrau sozinho
58	Construir escadas (12 blocos)	58	Série descer escadas: os dois pés em cada degrau sozinho
59	Desenhar traços	59	Série pular para a frente: 10 centímetros
60	Imitar quadrado	60	Série equilíbrio com o pé direito: 2 segundos sozinho
61	Copiar sinal de mais (+)	61	Série equilíbrio com o pé esquerdo: 2 segundos sozinho
62	Bater o dedo (15 segundos)	62	Andar na ponta dos dedos: 4 passos
63	Colocar 20 cereais (pellets) dentro da garrafa (15 segundos)	63	Andar para trás perto do caminho
64	Cortar círculo	64	Série subir escadas: alternando os pés sozinho
65	Cortar quadrado	65	Imitar postura
66	Copiar quadrado	66	Parar depois de uma corrida completa
		67	Série descer escadas: alternar os pés sozinho

68	Saltar 1,5 metros
69	Série equilíbrio com o pé direito: 8 segundos
70	Série equilíbrio com o pé esquerdo: 8 segundos
71	Andar “calcanhar-ponta” dos dedos (formiguinha)
72	Série pular para a frente: 60 centímetros

APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ENTREVISTA INICIAL**

AVALIADOR: _____ DATA: ____/____/____
 PREAUT: _____ Nº DA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança: _____ () M () F
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ IG: _____
 DN corrigida*: ____/____/____

*Cálculo: número de semanas que faltam para completar 40 semanas somadas à data de nascimento.

Endereço: _____
 Bairro: _____ Telefone: _____
 Cidade: _____ UF: _____

DADOS FAMILIARES

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Estado Civil: solteira () casada () divorciada () viúva ()

Escolaridade materna: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Profissão materna: dona de casa () Outra ()

Especificar: _____

Situação profissional: licença materna () desempregada () não trabalha ()

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Nome do pai: _____

Idade: _____

Estado Civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo ()

Escolaridade paterna: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Profissão paterna: _____

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Outro cuidador: _____

Idade: _____

Parentesco do bebê: _____ Profissão: _____

Estado Civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo ()

Escolaridade: EFI () EFC () EMI () ESI () ESC ()

Número de pessoas que residem na casa: 2 a 4 () 5 a 7 () 8 a 10 ()

Mais de 11() _____

Renda Familiar*: Até R\$500,00 () Até R\$1.000,00 () Até 2.000,00()

Até R\$3.000,00 () Até R\$ 4.000,00 () Até R\$ R\$5.000,00 ()

Até R\$6.000,00 () Até R\$7.000,00() Mais R\$ 7.001,00()

*Salário mínimo nacional 2014: 724,00

Residência: Própria () Alugada () Cedida/Emprestada ()

Outros: _____

Iluminação: Muito escura () Escura () Clara () Muito clara ()

Não possui ()

Possui (nº): Televisão () DVD () Rádio () Geladeira () Freezer* ()
 Máq. Lavar () Carro () Moto () Banheiro () Empregada mensalista
 () Diarista ()

*Geladeiras com congelador, tipo duplex, conta como 1 geladeira e 1 freezer.

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS:

Nº consultas pré-natal: _____

A partir de: 0-3 meses () 4-6 meses () 7-9 meses ()

Intercorrências: () Sim () Não

Quais: _____

Ruptura prematura da membrana (bolsa): SIM () NÃO ()

Quando: _____

Uso de medicamentos: SIM () NÃO ()

Quais: _____

Uso de drogas () álcool () cigarro ()

INFECÇÕES INTRA-UTERINAS (identificação em meses):

Citomegalovírus () Quando: _____

Rubéola () Quando: _____

Toxoplasmose () Quando: _____

Herpes () Quando: _____

Sífilis () Quando: _____

HIV () Quando: _____

Outros: _____ Quando: _____

HISTÓRICO OBSTÉTRICO (considerar o bebê avaliado na contagem):

Número de gestações: _____ Número de abortos: _____ Número
 de partos: _____

Histórico de parto prematuro anterior: Sim () Não () Quantos: _____ OBS:

Gestação: Planejada () Não planejada () Desejada ()

Indesejada ()

DADOS DO NASCIMENTO

Parto: () Normal/Vaginal () Cesárea Peso: _____

Apgar: 1' _____ 5' _____

Etnia: branco () negro () hispânico () asiático () índio ()

INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS

UTI neonatal: SIM () NÃO () Tempo de UTI: _____

Ventilação Mecânica: SIM () NÃO () Tempo ventilação: _____

Medicação Ototóxica: SIM () NÃO () Qual: Penicilina ()

Gentamicina () Amicacina ()

Agentes quimioterápicos () Ceftriaxone () Vancomicina ()

Outros: _____

Hiperbilirrubinemia: SIM () NÃO () Nível: Leve () Discreto () Infeccioso ()

Zona: I () II () III () IV ()

Tempo: Precoce (24h) () Tardio (após 24h) ()

Procedimentos: Fototerapia () Ex-sanguíneo transfusão ()

Demais intercorrências: SIM () NÃO () Meningite Bacteriana () Distúrbios
 Metabólicos ()

Convulsões neonatais () Hipoglicemia () Hemorragia intra-ventricular
 () Traumat. Craniano ()

Pneumonia () Bronquiolite () Otite ()

TIPO DE ALEITAMENTO

Materno exclusivo () Artificial () Misto ()

Usa mamadeira desde: _____

Qual o tipo de leite artificial utilizado: _____

Dificuldade de alimentação: SIM () () NÃO Tosse () Engasgo
() Refluxo ()

Usa chupeta: SIM () NÃO () Desde quando: _____

Frequência: Sempre () Às vezes ()

Especificar: _____

VARIÁVEIS SOCIAIS

Quem permanece mais tempo com a criança: _____

Suporte social: nenhum () marido () mãe () sogra ()

Outros: _____

Tem contato com outras crianças/adultos (que não os pais e/ou irmãos):

SIM () NÃO () Quem/idade: _____

Tem brinquedos: SIM () NÃO () Quais: _____

Tem preferência por algum brinquedo? Qual: _____

Quando acordado o bebê **permanece** a maior parte do tempo:

Deitado de barriga para baixo () Sentado com apoio ()

Livre para movimentar-se () Deitado de barriga pra cima ()

Sentado sem apoio () Onde: _____

Como ele **gosta** de ficar:

Deitado de barriga para baixo () Sentado com apoio ()

Livre para movimentar-se () Deitado de barriga pra cima ()

Sentado sem apoio ()

Experimenta **diferentes posições** quando acordado: () SIM () NÃO

Deitado de barriga para baixo () Sentado ()

Deitado de barriga pra cima () De lado ()

Ela chama você: () SIM () NÃO Como: () chora () grita () resmunga
() vocaliza () olha

Você o chama: () SIM () NÃO Como: _____

Tem um jeito diferente de chamar outras pessoas: SIM () NÃO ()

Quem: _____

Como: () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha

Ele responde ao seu chamado: () SIM () NÃO

Como: () olha () vocaliza () se movimentar-se

Você conversa com o seu bebê:

() Sempre () Às vezes () Nunca

Em que situações: () Sempre que acordado () Troca fralda/roupa

() Quando alimenta () Quando faz dormir () Quando brinca com ele

() No banho

O que incomoda o bebê: _____

Como ele informa: () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha

Participa da dinâmica familiar: SIM () NÃO ()

Acorda/dorme nos mesmos horários ()

faz refeições junto com a família ()

acompanha a família em passeios ()

Como é a rotina dele: _____

Como dorme à noite, horário/ritual: _____

Onde ele dorme:

berço () Cama dos pais () Carrinho () Colo ()

Com quem ele dorme:

Sozinho () Com a mãe () Com os pais (e) Com outra pessoa ()

Enfrentou alguma crise no período de gestação: SIM () NÃO () Quais:

Está enfrentando alguma crise situacional: SIM () NÃO ()

Como a mãe está se sentindo com a chegada do bebê:

Como o pai está se sentindo com a chegada do bebê:

Histórico familiar de doença mental na família: SIM () NÃO ()

Quem: _____

INVESTIGAÇÃO AUDITIVA

Perda auditiva/familiares (desde a infância): SIM () NÃO ()

Quem: _____

Recebeu orientação de profissional de saúde sobre o teste da orelhinha (TAN):

SIM () NÃO ()

Profissional que indicou o exame:

Médico () Enfermeiro () Fonoaudiólogo () Outro: _____

Já teve infecção de ouvido: SIM () NÃO ()

Reação aos sons:

Se assusta com barulho () Procura a voz materna ()

Tem atenção aos sons () Se acalma com a voz materna ()

Na residência você tem hábito de ouvir música: SIM () NÃO ()

Com que frequência: () Todos os dias () Fins de semana Outros: _____

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ANÁLISE DO BRINCAR DA DIÁDE MÃE-BEBÊ

ANÁLISE DO BRINCAR
<p>DIMENSÃO COGNITIVA</p> <p>1 - Exploração de objetos</p> <p>1.1 Consegue explorar objetos com sua mão.</p> <p>1.2 Consegue explorar objetos com sua boca.</p> <p>1.3 Consegue buscar objetos com movimentos espontâneos.</p> <p>1.4 Tem prazer com a experiência física com o objeto.</p> <p>1.5 Busca um objeto com olhar prestando atenção em um estímulo sensorial que vem dele.</p> <p>2 - Uso funcional dos objetos</p> <p>2.1 Quando a mãe brinca com algum objeto a criança imita a sua ação (imitação com modelo).</p> <p>2.2 A criança explorando os brinquedos quando vê algum em específico atribui significado a esse brinquedo (imitação retardada).</p> <p>2.3 Utiliza o objeto no uso funcional.</p> <p>3- Emergência do faz-de-conta</p> <p>3.1 Quando havia uma situação imaginária criada pela criança e que poderia envolver a representação de papéis traduzida em uso criativo do objeto.</p> <p>3.2 Faz construções criativas e novas com o objeto.</p> <p>4 - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO MATERNO</p> <p><i>Intrusividade:</i></p> <p>4.1 Quando a criança explora um objeto a mãe a deixa ter a experiência sem oferecer outro- intrusividade ausente.</p> <p>4.2 Quando a criança explora um objeto, a mãe não a deixa ter a experiência - Intrusividade presente.</p> <p><i>Diretividade:</i> A mãe não permite à criança brincar livremente; direciona a brincadeira a partir de suas escolhas, sem o consentimento da criança.</p> <p>4.3 A mãe aceita a proposta de brincadeira da criança, respeitando seu desejo sem impor sua proposta de brincar - diretividade ausente.</p> <p>4.4 A mãe não aceita a proposta de brincadeira do filho, forçando-o brincar do que ou como ela quer.</p>

Linguagem: Observou-se, como a mãe se comunica durante o brincar com a criança, se nomeia os brinquedos que oferece a criança e se descreve as brincadeiras que estão sendo realizadas durante o brincar de modo natural (diálogo que acompanha naturalmente) a partir de dois itens:

4.5 A mãe nomeia objetos que oferece à criança.

4.6 A mãe descreve a ação que está sendo desenvolvida.

Ritmo de oferta dos brinquedos:

Foi avaliado qual é o ritmo de oferta de brinquedos novos na exploração por parte da mãe ao bebê.

4.7 Ritmo Adequado: Oferece o objeto, da tempo para a criança explorá-lo livremente.

4.8 Ritmo Rápido: Oferece de maneira rápida o objeto, um, logo o outro, sem deixar a criança explorar livremente.

4.9 Ritmo Lento: Lentidão no ritmo de oferta do objeto, oferecendo e convocando pouco a criança.

5. Demonstra empenho/prazer na atividade com filho.

APÊNDICE F – ENTREVISTA CONTINUADA**ENTREVISTA CONTINUADA**

AVALIADOR: _____ DATA: ____/____/____
 PREAUT: _____ Nº COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança: _____

() M () F

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ IG: _____

DN-corrigida*: ____/____/____

*Cálculo: número de semanas que faltam para completar 40 semanas somadas à data de nascimento.

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____ Cidade: _____

UF: _____

Atualizações sobre a rotina da família:

1. A rotina da casa mudou desde a chegada do bebê? SIM () NÃO ()

De que maneira? _____

2. E na vida do casal? SIM () NÃO ()

De que maneira? _____

3. Antes da chegada do bebê você estava trabalhando? SIM () NÃO ()

Em qual atividade? _____

4. Você já retomou ou pretende retomar suas atividades profissionais?

SIM () NÃO ()

5. De que maneira pretende organizar-se para retomar o trabalho e cuidar do bebê?

6. Quem permanece a maior parte do tempo com o bebê?

7. Alguém lhe ajuda nos cuidados diários do bebê? SIM () NÃO ()

Quem: _____

8. Como se está se sentindo no papel materno? () Mto feliz () Feliz

() Conformada/indiferente () Infeliz/triste () Deprimida () Ansiosa Por
 quê? _____

09. E como você percebe o pai?

() Mto feliz () Feliz () Conformada/indiferente

() Infeliz/triste () Deprimida () Ansiosa

Por quê? _____

10. O bebê tem irmão? SIM () NÃO ()

Qual idade? _____

11. Como o irmão está se sentindo em relação a chegada do bebê?
 Conformada/indiferente Mto feliz Feliz Infeliz/triste
 Deprimida Ansiosa

Por quê? _____

12. Está enfrentando alguma crise situacional? SIM () NÃO ()
- _____
- _____

Atualizações sobre os hábitos do bebê:

13. Chupeta? SIM () NÃO () Frequência: () sempre () às vezes
- _____

14. E chupar os dedos? SIM () NÃO ()

15. Ele já está sentando? SIM () NÃO ()

Desde quando? _____

16. Engatinhando? SIM () NÃO ()

Desde quando? _____

17. E andando? SIM () NÃO ()

Desde quando? _____

18. Ele já está fazendo “sonzinhos” com a boca? SIM () NÃO ()

Desde quando? _____

19. Fala alguma palavra? SIM () NÃO ()

Especificar: _____

20. Ele já reconhece outros membros da família além do pai e da mãe?

SIM () NÃO ()

Quem? _____

21. Ele age diferente com pessoas estranhas? SIM () NÃO ()

De que forma? _____

22. Quando acordado o bebê **permanece** a maior parte do tempo:

deitado de barriga para baixo Sentado com apoio Livre para movimentar-se deitado de barriga para cima Sentado sem apoio

Onde: _____

23. Como ele chama você: () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha () não chama

24. Você o chama: SIM () NÃO ()

Como: _____

25. Ele responde ao seu chamado? () chora () grita () resmunga () vocaliza () olha () não responde

26. Você conversa com o seu bebê? () sempre () às vezes () nunca

27. Participa da dinâmica familiar: () SIM () NÃO

Acorda/dorme mesmos horários () Faz refeições junto ()

Acompanha em passeios ()

28. Como é a rotina dele: _____
- _____
- _____

Atualizações sobre a alimentação do bebê:

29. Você ainda o amamenta? Quantas vezes ao dia? _____
 30. Usa mamadeira? Desde quando? Como foi a experiência para o bebê?

31. Seu bebê já tem outro tipo de alimentação que não o leite? Qual?

32. Existe alguma dificuldade na alimentação?

Engasgo () tosse () refluxo () Não aceita alimentação variada ()

Outro: _____

Atualizações sobre a saúde do bebê:

33. O bebê já teve algum problema de saúde? SIM () NÃO ()

Quais: _____

34. Usou alguma medicação? SIM () NÃO ()

Quais: _____

Atualização sobre o sono do bebê:

35. Como dorme à noite, horário/ritual:

36. Onde ele dorme: berço () Cama dos pais () Carrinho () Colo ()

37. Com quem ele dorme: Sozinho () Com a mãe () Com os pais () Com outra pessoa ()

Atualizações sobre o brincar do bebê:

38. Ele tem brinquedos?

Quais? _____

39. Tem algum brinquedo preferido?

Quais? _____

Atualizações sobre a estimulação auditiva (musicalização):

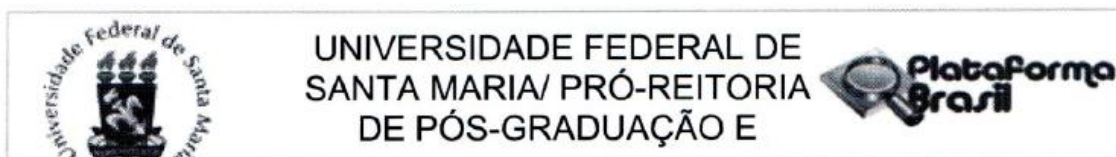
40. O bebê reage aos sons () se assusta com barulhos ()
 procura por sua voz ()

41. Tem o costume de ouvir música? Quais tipos?

42. Com que frequência?

() todos os dias () às vezes () nunca

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DO DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PREMATUROS E A TERMO E SUA RELAÇÃO COM RISCO PSÍQUICO: DA DETECÇÃO À

Pesquisador: Ana Paula Ramos de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28586914.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Programa de Pós Graduação Distúrbios da Comunicação Humana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.722

Data da Relatoria: 10/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado aos Programas de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana e Psicologia-UFSM.

Trata-se de um estudo de coorte de 140 bebês sem lesões neurológicas, sensoriais ou síndromes identificáveis (70 nascidos a termo e 70 prematuros), que serão avaliados dos três aos 24 meses de idade.

Serão utilizados os seguintes procedimentos: entrevista inicial e continuada, sinais préaut (identifica risco para autismo), índices de risco ao desenvolvimento (psíquico, desenvolvimento e linguagem), questionário do desenvolvimento da comunicação, MCHAT (mini chat verifica sinais de autismo aos 24 meses), filmagem (ações comunicativas e gestuais mãe e bebê, analisadas por: Análise da sincronia de comportamentos verbais e não verbais da mãe e do bebê por meio do software ELAN; Análise dos mecanismos e estratégias enunciativas; Análise das medidas espontâneas de linguagem; Análise da Escala Denver II – pessoal-social, motor fino ou adaptativo, linguagem e motor amplo ou grosso; análise do brincar; Análise da Hipótese de funcionamento Psicomotor; e, por fim, a Coleta e as análises auditivas incluirão o registro das Emissões

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

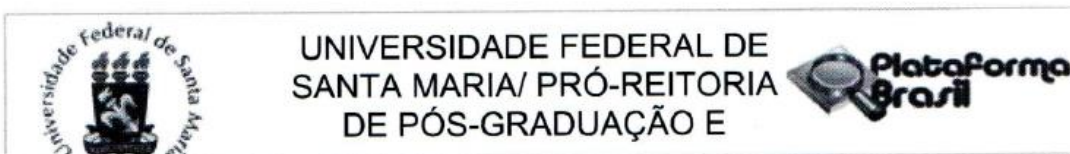
CEP: 91.059-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 652.722

Otoacusticas (EOA) Transientes que indicam ausência de comprometimento de Células Ciliadas Externas, ou seja, com função coclear normal. Essas crianças terão um acompanhamento de 0 a 2 anos, com frequência não inferior a trimestral por meio da avaliação dos Potenciais Evocados Auditivos de Longa Latência (PEALL) com o intuito de se avaliar a maturação da via auditiva juntamente com o desenvolvimento da linguagem. Complementando a avaliação da maturação auditiva será realizado, também, avaliação das habilidades auditivas e observação das respostas comportamentais a estímulos sonoros.

Há suficiente descrição dos métodos utilizados, bem como da revisão de literatura.

Todos os bebês com risco psíquico e/ou ao desenvolvimento (psicomotor, cognitivo, linguístico) serão encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSinf) da cidade de Santa Maria, ou ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM.

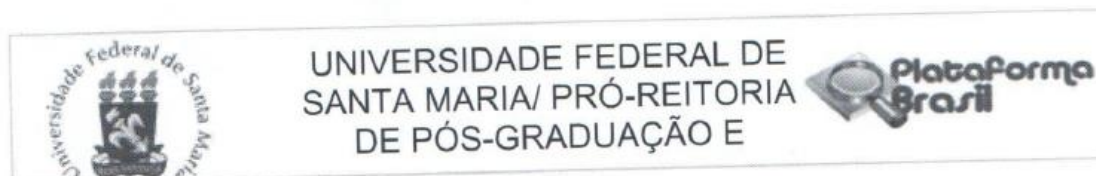
Objetivo da Pesquisa:

Primário: Investigar possíveis associações entre prematuridade e desenvolvimento infantil e risco psíquico, e testar a eficácia de intervenções precoces com esta população.

Secundários:

- Comparar a aquisição da linguagem de bebês prematuros e a termo a partir de mecanismos e estratégias enunciativas
- Investigar comparativamente aspectos preditivos para a aquisição da linguagem em bebês prematuros e a termo, tais como a vocalização, o balbúcio e o uso do manhês;
- Analisar a frequência de risco psíquico em bebês prematuros e a termo;
- Analisar possíveis combinações entre risco psíquico e aquisição da linguagem em bebês prematuros e a termo;
- Comparar o valor preditivo, quantitativa e qualitativamente, dos dois protocolos de risco psíquico utilizados: índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) e Sinais Préaut tanto para o risco psíquico em si quanto para a aquisição da linguagem.
- Comparar o desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico;
- Comparar o desenvolvimento do brincar em bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico;

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 91.059-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 652.722

- Analisar a eficácia de intervenção precoce de terapeuta único sustentado na interdisciplinaridade junto a bebês prematuros e a termo com risco psíquico e/ou ao desenvolvimento;
- Analisar a eficácia de intervenção grupal com base na musicalização e nos pressupostos da integração sensorial na abordagem de bebês prematuros e a termo com risco psíquico e/ou ao desenvolvimento
- Avaliar a integridade e a maturação auditiva de bebês prematuros e a termo ouvintes, com e sem risco ao desenvolvimento infantil
- Analisar a possível associação entre a maturação da via auditiva de bebês prematuros e a termo ouvintes e a aquisição da linguagem.
- Correlacionar resultados do Potencial Auditivo de Longa Latência com os encontrados na escala do desenvolvimento das habilidades auditivas de bebês prematuros e a termo;
- Investigar possíveis correlações entre aspectos sócio-demográficos, psicossociais e obstétricos e as variáveis estudadas: prematuridade versus nascimento a termo; maturação da via auditiva; aquisição e desenvolvimento de linguagem, e risco psíquico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriores foram atendidas.

Situação do Parecer:

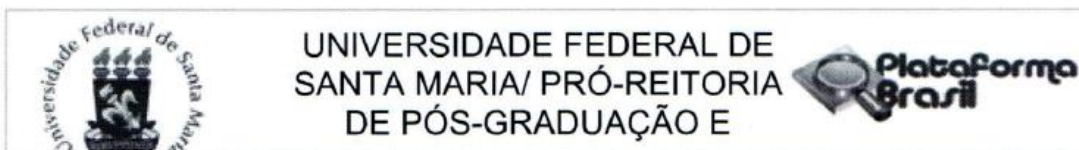
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.059-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 652.722

SANTA MARIA, 19 de Maio de 2014

Claudemir

Assinado por:

CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Prof. Dr. Claudemir de Quadros
Coordenador do CEP/UFSM

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 91.059-900

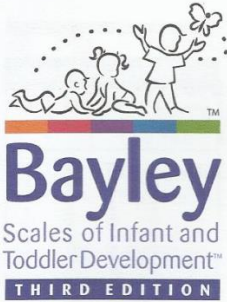
UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT®, THIRD EDITION (BAYLEY III)



Record Form

Child's name: _____
 Sex: M F ID #: _____
 Examiner's name: _____
 School/Child care program: _____
 Reason for referral: _____

Subtest Summary Scores

Subtest	Total Raw Score	Scaled Score	Composite Score	Percentile Rank	Conf. Interval (____%)
Cognitive (Cog)					
			Use Table A.5		
Language (Lang)					
Receptive Communication (RC)					
Expressive Communication (EC)					
Sum					
			Use Table A.4		
Motor (Mot)					
Fine Motor (FM)					
Gross Motor (GM)					
Sum					
			Use Table A.4		
Social-Emotional (SE)					
			Use Table A.5		
Adaptive Behavior					
*Communication (Com)					
Community Use (CU)					
Functional Pre-Academics (FA)					
Home Living (HL)					
*Health and Safety (HS)					
*Leisure (LS)					
*Self-Care (SC)					
*Self-Direction (SD)					
*Social (Soc)					
*Motor (MO)					
Sum					
			(GAC) Use Table A.6		

*For children younger than one year, the GAC is calculated using only those skill areas indicated by an asterisk.

Calculate Age and Start Point

	Years	Months	Days
Date Tested			
Date of Birth			
Age			
Age in Months and Days	Years × 12	+ months	
Adjustment for Prematurity	Adjust through 24 months		
Adjusted Age			
Start Point	Calculate start point according to chart below		

Age	Start Point
16 days–1 month 15 days	A
1 month 16 days–2 months 15 days	B
2 months 16 days–3 months 15 days	C
3 months 16 days–4 months 15 days	D
4 months 16 days–5 months 15 days	E
5 months 16 days–6 months 15 days	F
6 months 16 days–8 months 30 days	G
9 months 0 days–10 months 30 days	H
11 months 0 days–13 months 15 days	I
13 months 16 days–16 months 15 days	J
16 months 16 days–19 months 15 days	K
19 months 16 days–22 months 15 days	L
22 months 16 days–25 months 15 days	M
25 months 16 days–28 months 15 days	N
28 months 16 days–32 months 30 days	O
33 months 0 days–38 months 30 days	P
39 months 0 days–42 months 15 days	Q



Copyright © 2006, 1993, 1984, 1969 by NCS Pearson, Inc. All rights reserved.
 Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington, MN 55437
 800.627.7271 www.PearsonClinical.com



ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SAÚDE(SANTA MARIA)

Diretrizes para Autores

Processo de submissão

Seções

1- Artigos originais: destinados a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. A sua estrutura deve conter os seguintes itens: resumo estruturado, (em português e inglês para artigos submetidos em português, e em inglês para artigos submetidos em inglês, e inglês e espanhol para os submetidos em espanhol), introdução, objetivo, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O manuscrito original deve ter, no máximo, 3.500 palavras e até 30 referências.

2- Artigos de revisão: revisão sistemática da literatura, os quais apresentam uma metodologia padronizada, com procedimentos de busca, seleção e análise bem delineados e claramente definidos.

3- Relato de caso: este deverá conter uma breve introdução sobre a importância do assunto e ser escrito com base em relatórios de exames, tratamento e prognóstico do caso. O mesmo deve conter também uma breve discussão sobre a importância dos achados e apresentação do caso em relação à literatura. O texto deve ser dividido em seções: breve introdução com revisão de literatura atualizada, relato do caso e conclusão.

Um relato de caso deverá apresentar um caso raro e de interesse à comunidade científica. O resumo não deve exceder a 150 palavras; não mais de 4 palavras-chave; não mais de 15 referências.

4- Carta ao editor: as cartas para o editor podem ser escritas em resposta a conteúdo publicado anteriormente na revista Saúde (Santa Maria), ou sobre qualquer assunto de interesse geral, atuais e relacionados à saúde que apresente impacto a comunidade. A Carta ao Editor deve conter: título e texto com no máximo 2 páginas e não mais que 5 referências. As cartas ao Editor não passarão por revisão de pares e serão publicadas de acordo com a avaliação dos editores.

5- Comunicações breves: deve conter: um resumo de não mais de 200 palavras; o texto não deve exceder 10 páginas digitadas; um máximo de 2 figuras ou tabelas (ou uma de cada); não mais de 15 referências.

Recomendações gerais para a submissão de manuscritos

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol.

Cabe aos autores a responsabilidade da revisão gramatical do português, inglês ou espanhol de seu manuscrito. Saúde (Sta Maria) se reserva o direito de solicitar, caso julgar necessário, o certificado do tradutor da língua inglesa e/ou espanhola.

Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos, de avaliação e nem de publicação.

Constituem responsabilidade exclusiva dos autores dados e informações, conceitos, opiniões bem como a exatidão e a procedência das citações fornecidas nos manuscritos.

Todos os autores e co-autores deverão fazer seu cadastro junto à página da Revista Saúde (Santa Maria), sendo que, uma vez submetido o manuscrito a autoria não poderá mais ser modificada. **Saúde (Sta Maria)** inclui em seus “critérios para autoria” e portanto que devem ser consideradas autoras, somente as pessoas que contribuíram diretamente com o conteúdo intelectual, mentor da ideia inicial, planejamento do estudo e ou interpretação dos resultados finais, auxílio na escrita, revisão nas versões sucessivas e aprovação final do artigo. Auxílio na coleta de dados e ou de outro tipo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, mas apresentem uma análise ampliada que situe os achados da pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o manuscrito traz.

Arquivos a serem encaminhados

1- Metadados: importante, é necessário informar o registro de todos os autores do manuscrito na base de dados do **ORCID** com o preenchimento correto da ficha de metadados, para a descrição completa do nome e afiliação institucional de todos os autores (seguindo a estrutura de nome da instituição e qual o vínculo do autor com a instituição de origem, departamento, cidade, estado, país telefone, e-mail). O primeiro autor deverá ainda fornecer dados referente a rua, bairro e cep, pois caso o manuscrito for aceito eles serão disponibilizados *online*. O arquivo contendo os dados completos dos metadados deve ser anexado junto aos documentos no processo de submissão do manuscrito. **Isso condiciona a avaliação pelo sistema** de revisão por pares.

2- Carta de apresentação do manuscrito ao editor: essa carta deve conter uma **declaração de que o manuscrito** é inédito, não foi ou não está sendo submetido à publicação em outro periódico. Os estudos envolvendo a utilização de humanos e/ou animais deverão enviar no momento da submissão o número de aprovação pela Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde o mesmo foi realizado e caso solicitada a carta de aprovação do estudo digitalizada em PDF. Nessa carta ainda, todos os autores e co-autores devem relatar quaisquer conflitos de interesse que houverem. Caso não hajam conflitos de interesse por parte dos mesmos, favor **“declarar não haver conflito de interesse”**. Para todos os manuscritos que incluem informação ou fotografias clínicas onde os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado termo de consentimento escrito e assinado de cada paciente, ou termo de assentimento do familiar responsável. Os manuscritos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações e para transferir direitos de autor e outros documentos.

3- Página título: título completo do artigo. nomes completos, por extenso, de todos os autores, afiliação institucional de cada autor (apenas a principal, ou seja, aquela relacionada a instituição onde o trabalho foi produzido). O endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor para correspondência. O nome da instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo. Fonte financiadora do projeto (fornecer todas as informações solicitadas acima no item metadados).

4- Texto: Os manuscritos, em todas as suas seções (artigo original, relato de caso, revisão, comunicações breves e cartas ao editor) devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências.

Processo de revisão dos manuscritos

Os manuscritos enviados serão primeiramente analisados pela equipe técnica da revista para garantir que esta submissão está de acordo com os padrões exigidos pela revista e atende todas as normas para envio dos originais, incluindo os aspectos éticos com seres humanos e animais. Nesta etapa poderão ser devolvidos aos autores para alterações necessárias, como: formatação do texto, originalidade, atualidade e relevância do tema, referências atuais, bem como, manuscrito redigido nas bases da redação científica.

No caso do referido manuscrito não obedecer os critérios da revista Saúde (Santa Maria) poderá ser solicitada a reavaliação e adequação do texto aos autores, ou até mesmo ser solicitada uma nova submissão.

Passando essa etapa, posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares.

Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. A Revista Saúde (Santa Maria), assegura na política de avaliação aos pares mantendo o **anonimato dos autores**, bem como dos **revisores** convidados, o que lhes garante a liberdade para julgamento.

Após a devolução dos manuscritos, pelos **dois revisores** a Comissão Editorial analisa os pareceres efetuados e, com base nesses pareceres prossegue com os demais encaminhamentos. No processo o manuscrito poderá ser **aceito** ou requerido **correções obrigatórias** aos autores, sendo que, caso ocorram **divergência entre os pareceres** dos revisores, poderá ser **rejeitado** ou solicitada a opinião de um **terceiro** revisor.

Os pareceres dos revisores serão disponibilizados *online* ou via e-mail para o autor responsável pela submissão o qual terá o prazo máximo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Os autores podem contatar a revista (revistasaude.ufsm@gmail.com) solicitando extensão desse prazo. Caso contrário, o manuscrito será **arquivado**, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se ainda houver interesse por parte dos autores em publicá-lo, o manuscrito deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails e telefones atualizados para receber todas as comunicações.

O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, sendo que não poderá ser acrescentado autor ou autores depois do manuscrito já ter sido enviado. Cabe a comissão editorial da revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

Preparo dos manuscritos

A Revista Saúde (Santa Maria) possui as seguintes seções: artigo original, relato de caso, revisão, comunicações breves e cartas ao editor. **Todos os manuscritos a serem submetidos a este periódico científico** devem incluir:

- **Página de título** (com detalhes do autor): isso deve incluir o título completo do manuscrito, sendo que a caixa alta deve ser reservada pra siglas, início de nomes próprios e início de frase. Conter ainda nomes e afiliações dos autores, e um endereço completo para o autor correspondente, incluindo telefone e endereço de e-mail. As informações sobre os autores devem constar única e exclusivamente nesta página de título. No restante do manuscrito não deverá conter informações sobre os autores respeitando a política dupla cega de avaliação dos mesmos. Ainda, os autores devem indicar na carta de apresentação a seção em que pretendem que seu manuscrito seja publicado (original, revisão, relato de caso, carta ao editor, comunicação breve).

- **Resumo**: o resumo, em português e inglês, e os submetidos em espanhol em espanhol e inglês, de não mais que 300 palavras. Para os artigos originais, devem ser estruturados (objetivo, métodos, resultados, conclusões), contendo as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Para os artigos das demais seções, o resumo não deve ser estruturado.

- **Descritores**: devem ser fornecidos no mínimo três e máximo seis termos em português e inglês e espanhol para os manuscritos submetidos em espanhol. Os descritores devem ser baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do *Medical Subject Headings* (MeSH), da *National Library of Medicine*, e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Instrução para autores e revisores

- **Manuscritos que necessitam** incluir informação referente a adoção de padrões para apresentação de resultados de pesquisa clínica indicados por ICJME e a **rede Equator (indicação checklist e ou fluxograma) que pode ser obtida no site <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>**: - Ensaio clínico randomizado - CONSORT (checklist e fluxograma); revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA (checklist e fluxograma).; estudos observacionais em epidemiologia - STROBE (checklist); relatos de Casos – CARE (checklist); estudos qualitativos - COREQ (checklist).

• **Texto:** os artigos devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as citações no texto devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

• **Agradecimentos:** inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor. Inserir agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc.

• **Tabelas: todas as tabelas (no máximo quatro) devem ser** numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e inseridas após sua citação no texto (não deve vir em arquivo separado). Deverá conter um título conciso, porém explicativo. Conteúdo em fonte 12 com espaçamento simples. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Colocar no rodapé da tabela notas explicativas, quando necessária e legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

• **Figuras:** todas as figuras (desenhos, gráficos, fotografias e quadros) devem estar citadas no texto e ser submetidas no tamanho exato ou acima do pretendido para a publicação. Serão aceitas no máximo quatro figuras por artigo. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando, na legenda da ilustração, a fonte original de publicação.

• **Referências:** as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto - referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deve estar baseada no formato denominado estilo Vancouver disponível nos sites: <http://www.icmje.org> (site original versão em inglês) ou na versão traduzida em português no site <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine*, disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para todas as referências, citar todos os autores, até o sexto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão

latina “et al.”. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Ao citar as referências, tenha cuidado, para evitar o erro no nome dos autores, na citação do periódico, ano, volume e no número de páginas. Para tanto, recomenda-se o uso do DOI.

Exemplos de citações de referência

Artigos: Safadi MA, Carvalhanas TR, Paula de Lemos A, et al. Carriage rate and effects of vaccination after outbreaks of serogroup C meningococcal disease, Brazil, 2010. *Emerg Infect Dis.* 2014;20:806-11

Livros: Griffin DE. Alphaviruses. In: Knipe DM, Howley PM, Griffin DE, editors. *Field's virology*. vol. 2 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Capítulo de Livro: Prazeres SJ, Silva, ACB. Tratamento de feridas: teoria e prática. In: Prazeres SJ, organizadora. *Úlceras por pressão*. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2009. p.112-38.

Envio dos manuscrito

A submissão dos manuscritos deve ser realizada exclusivamente *online* no site: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/about/submissions#authorGuidelines>

Proofs Após o aceite de manuscrito, uma prova do mesmo será encaminhada ao autor correspondente o qual deverá em prazo máximo de 6 dias, retornar a revista com as últimas modificações, caso necessárias. Não havendo nesse prazo, será entendido que a versão de prova, está apta a publicação sem modificações.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.