



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**COMPORTAMENTO VISUAL E DESENVOLVIMENTO MOTOR DE
CRIANÇAS PREMATURAS**

MARIANA CRISPIM ARAÚJO

JOÃO PESSOA
2018

MARIANA CRISPIM ARAÚJO

**COMPORTAMENTO VISUAL E O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE
CRIANÇAS PREMATURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a Conclusão do
Curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional
da Universidade Federal da Paraíba.

Orientador (a): Profa Dra Ana Carollyne
Dantas de Lima

JOÃO PESSOA

2018

A347c Araújo, Mariana Crispim.

Comportamento visual e o desenvolvimento motor de crianças prematuras / Mariana Crispim Araújo. - - João Pessoa, 2018.
51f. :il. -

Orientadora : Ana Carollyne Dantas Lima.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Avaliação. 2. Recém-nascido prematuro. 3. Desenvolvimento infantil.
4. Terapia Ocupacional.

BS/CCS/UFPB

CDU: 37.091.26(043.2)

MARIANA CRISPIM ARAÚJO

**COMPORTAMENTO VISUAL E O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE
CRIANÇAS PREMATURAS**

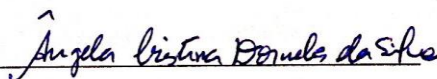
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, apreciado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em: 13/06/19

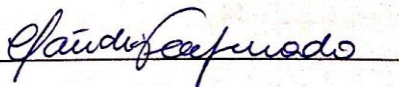
COMISSÃO EXAMINADORA



Ana Carollyne Dantas de Lima (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba



Ângela Cristina Dornelas da Silva
Universidade Federal da Paraíba



Cláudia Fell Amado
Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo seu amor incondicional, que nos permite tornar os nossos sonhos realidade.

A minha Professora orientadora, Dra Ana Carollyne Dantas de Lima, pelo apoio, disponibilidade e orientação durante todo o período de construção deste trabalho.

Aos meus pais pelo incentivo constante na busca de meus ideais, em especial a minha mãe por todo amor dedicado e por toda força empenhada.

Ao meu namorado por todo amor, cuidado, compreensão e incentivo ao longo da realização das várias etapas deste trabalho.

As minhas amigas de curso, em especial Leticia que incansavelmente esteve ao meu lado nas horas mais corridas do dia.

Aos bebês prematuros e suas mães acompanhantes que se disponibilizaram tão prontamente a colaborar com a pesquisa. E a todos os profissionais do serviço do Ambulatório de Seguimento de recém-nascidos de Alto Risco (Follow UP), do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

A todos que, ou de forma direta ou indiretamente, fizeram parte de minha formação, um muito obrigado.

EPÍGRAFE

“Entrega teu caminho ao Senhor; confia nele, e Ele tudo fará”.

Salmos 37: 5

RESUMO

Introdução: A evolução da Neonatologia, com o uso de novas tecnologias, vem reduzindo consideravelmente a mortalidade de bebês nascidos pré-termo. Porém, o parto precoce constitui um importante fator de fragilidade, devido à imaturidade neurológica e fisiológica do neonato, que pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento global. **Objetivo:** Analisar o comportamento visual e o desenvolvimento motor de crianças nascidas pré-termo até o sexto mês de vida. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo de caráter transversal. Foram incluídas as crianças nascidas pré-termo de até 6 meses com idade corrigida e com idade gestacional entre 28 e 36 semanas e 6 dias vinculadas aos serviços do Ambulatório de Seguimento de recém-nascidos de Alto Risco (Follow UP), do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Foi feita uma triagem no serviço e, em seguida, as crianças foram encaminhadas para realizar avaliação visuomotora. O protocolo de avaliação visual utilizado foi o *Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes*, composto por 10 itens que avaliam as funções visuais e motoras apendiculares. Para avaliação motora, foi utilizada a Escala padronizada *Alberta Infant Motor Scale*. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, e aprovado através do parecer 2.188.219. **Resultados e Discussão:** Foram avaliadas 11 crianças com idade de zero a seis meses. Dentre estas, 5 crianças estavam no primeiro trimestre de vida e apenas uma apresentou atraso no comportamento das funções visuais. As 6 crianças que estavam acima dos três meses de idade apresentaram atrasos em pelo menos uma prova relacionada as funções visuais e oculomotoras. Nas provas relacionadas às funções motoras apendiculares duas crianças apresentaram atrasos, mesmo sendo considerados comportamentos esperados para crianças nessa faixa etária. No que diz respeito ao desenvolvimento motor, foram verificadas diferenças entre as idades, com relação às aquisições motoras. E em relação ao comportamento visual e motor, em nossa amostra, visualizou-se que os recém-nascidos que apresentaram atrasos no desenvolvimento visual também apresentaram percentil baixo na AIMS. **Considerações finais:** Os resultados deste estudo demonstraram que, mesmo em pequena amostra, é possível observar algumas alterações no desenvolvimento visual e motor de lactentes prematuros. Faz-se então necessária uma caracterização precoce, favorecendo assim o pronto encaminhamento a serviços de habilitação infantil, para que haja melhor desempenho e qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros.

Palavras-chave: Avaliação; Recém-nascido prematuro; Desenvolvimento infantil; Saúde ocular.

ABSTRACT

Introduction: The evolution of Neonatology, with the use of new technologies, has been considerably reducing the mortality of preterm babies. However, the early birth is an important factor of fragility due to the neurological and physiological immaturity of the neonate, which can suffer or compromise complications over your global development.

Objective: Analyzing visual behavior and motor development in children born preterm until the sixth month of life.

Methods: This is a descriptive study of transverse character. Children born preterm were included for up to 6 months old corrected gestational age between 28 and 36 weeks and 6 days linked to the Outpatient Services of high-risk newborn Follow-up (Follow-up), the University Hospital Lauro Wanderley/UFPB. A screening service and then the children were directed to perform evaluation visuomotora. The visual assessment protocol used was the method of evaluation of infant Visual Conduct, consisting of 10 items that assess Visual functions and appendicular motor. For motor evaluation, standardized Scale was used Alberta Infant Motor Scale. This project was submitted to the Committee of ethics in research with humans from the center of medical sciences of the Federal University of Paraíba, and pass through the 2,188,219 opinion.

Results and discussion: We evaluated 11 children aged zero to six months. Among these, 5 children were in the first trimester of life and only one showed delay in the conduct of Visual functions. The 6 children who were above three months of age showed delays in at least one related proof Visual functions and oculomotoras. On the evidence related to motor function appendicular two children presented delays, even being considered expected behaviours for children in this age group. With regard to motor development, differences were observed between the ages in respect of acquisitions. And in relation to the visual and motor behavior in our sample, envisioned that newborns who have delays in developing visual also showed low percentile on AIMS.

Conclusion: The results of this study demonstrated that, even in small sample, you can see some changes in the visual and motor development of premature infants. You do so early characterization required, favoring so the referral to child-enabling services, for better performance and quality of life of premature neonates.

Keywords: Evaluation; -Premature newborn; Child development; Eye health.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 15 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 3.1 O Recém-nascido prematuro | 16 |
| 3.2 A prematuridade e o comportamento visual e motor..... | 18 |
| 4. METODOLOGIA | 22 |
| 4.1. Desenho de estudo..... | 22 |
| 4.2. População..... | 22 |
| 4.3 Local de estudo..... | 22 |
| 4.4. Critérios de elegibilidade..... | 23 |
| 4.4.1. Critérios de inclusão..... | 23 |
| 4.4.2. Critérios de exclusão..... | 23 |
| 4.5. Instrumentos de coletas de dados..... | 23 |
| 4.6. Operacionalização de estudo..... | 24 |
| 4.7. Aspectos éticos da pesquisa..... | 25 |
| 5. RESULTADOS | 26 |
| 6. DISCUSSÃO | 30 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS | 35 |
| ANEXOS | 41 |
| APÊNDICES | 48 |

1. INTRODUÇÃO

As condições perinatais, conforme Ramos e Cuman (2009) influenciam no desenvolvimento do recém-nascido, ocasionando sequelas ou agravos, essa situação ocorre devido a inúmeras condições existentes envolvendo fatores fetais, placentários, uterinos e maternos. Com a evolução da Neonatologia e com o uso de novas tecnologias, a mortalidade de bebês nascidos pré-termos vem reduzindo consideravelmente. Conforme Gonzaga et al. (2007), isso vem permitido que crianças em idades gestacionais menores sobrevivam. Porém, a prematuridade ainda consiste em uma das principais causas de mortalidade infantil, o que a torna um fator bastante preocupante.

De acordo com Otoni e Grave (2014), se considera prematuridade o período a partir de 20 até 36 semanas e 6 dias de gestação. O parto precoce constitui um importante fator de fragilidade, devido à imaturidade neurológica e fisiológica do feto, que pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento. Com a interrupção da gravidez, o meio intrauterino que proporcionava experiências sensoriais e motoras é deixado, havendo um impacto considerável no seu organismo (VENÂNCIO E ALMEIDA, 2004).

Um dos sistemas que sofre impactos significativos com o parto prematuro é o sistema visual. Estudos mostram que as crianças prematuras são mais predispostas a desenvolverem alterações oftalmológicas como a retinopatia da prematuridade, o estrabismo, além dos erros de refração resultantes das lesões neurológicas, da toxicidade pela luz e da privação sensorial no período de desenvolvimento intenso do sistema visual, que é compreendido entre 28-40 semanas (GAGLIARDO, 2003; LINDSTEDT, 2000; SPACILLI, 2000; OTONI; GRAVE, 20014).

Com o decorrer do desenvolvimento intrauterino, há uma integração dos aspectos neurosensoriomotores. Com isso, a visão intervém de forma decisiva sobre todas as habilidades a serem desenvolvidas (GAGLIARDO; NOBRE, 2001). Dessa maneira, alterações no sistema visual podem causar comprometimentos no desenvolvimento neuropsicomotor, nas habilidades de vida diária e socioafetivas.

Observa-se que o desenvolvimento visual nos primeiros meses de vida do recém-nascido é extremamente relevante para o desenvolvimento global infantil. De acordo com Gagliardo, Gonçalves e Lima (2004), a visão é considerada como um sistema que permite a criança interagir com o meio externo e acentuar suas habilidades cognitivas, motoras e espaciais. Isto está estritamente ligado com a atividade sensorial, principalmente com o

tato e a cinestesia, além de ser um estímulo de motivação da comunicação, orientação e controle de movimentos e ações (GASPARRETTO et al, 2004).

Com relação ao desenvolvimento motor, o primeiro ano de vida é marcado por mudanças de aquisições motoras, onde o lactente adquire uma grande quantidade de habilidades, e seus movimentos que vão se adequando de acordo com suas necessidades. Isso favorece experiências a criança para agir e interagir, proporcionando oportunidades concretas para viabilizar seu repertório (FORMIGA; CEZAR; LINHARES, 2010; LINO, 2008).

Recém-nascidos prematuros tem maior probabilidade de apresentarem problemas em sua evolução motora. Normalmente, ocorrem alterações em sua musculatura, como reflexos primitivos ausentes ou diminuídos e movimentos espontâneos reduzidos, podendo apresentar atrasos na aquisição de controle da motricidade axial, apendicular e visuomotora (MOTA, 2005; FERREIRA *et al*, 2011).

Nesse sentido, a imaturidade das funções orgânicas e anatômicas apresentadas pela criança, especialmente de seu sistema nervoso, irão dificultar o processamento desses estímulos em nível central e conseqüentemente impedir respostas sensoriais e motoras adaptativas. Assim, o prognóstico de desenvolvimento do recém-nascido vai depender de sua capacidade de processamento neurológico, base para fomentar o aprimoramento das capacidades humanas, sejam nos aspectos comportamentais, socioemocionais ou de aprendizagem (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

Compreendendo que o comportamento visual influencia na maturidade motora da criança, Gagliardo, Gonçalves e Lima (2004) salientam que alterações visuais advindas da prematuridade podem reduzir a qualidade da exploração ambiental e das possibilidades interativas e assim ocasionar eventuais atrasos em seu desenvolvimento. Por esse motivo, distintos instrumentos avaliativos são utilizados com o objetivo de identificar precocemente possíveis alterações que possam afetar o desempenho funcional dessas crianças nascidas pré-termo (ALMEIDA; PAINES; ALMEIDA, 2008).

Portanto, apesar dos avanços no conhecimento na área de saúde neonatal, a prematuridade continua sendo importante fator de risco para possíveis sequelas sensório-motoras no desenvolvimento global de recém-nascidos pré-termo. A avaliação precoce é importante para diagnosticar e possibilitar intervenções, favorecendo o desenvolvimento saudável dessas crianças (ALBURQUEQUE et al, 2003). Desta forma, torna-se necessário a execução de estudos que apresentem as características da população de recém-nascidos prematuros e as conseqüências que a prematuridade pode acarretar,

fomentando a utilização de avaliações em diferentes níveis do desenvolvimento da crianças. Nestes termos, esse estudo visa analisar o comportamento visual e o desenvolvimento motor de recém-nascidos pré-termo, traçando um perfil sociodemográfico e biológico dessa população.

2. OBJETIVOS

Geral

Analisar o comportamento visual e o desenvolvimento motor de crianças nascidas pré-termo.

Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das crianças avaliadas e de suas famílias;
- Caracterizar o perfil biológico das crianças avaliadas;
- Verificar a coexistência de atrasos no comportamento visual e no desenvolvimento motor.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O recém-nascido prematuro

Segundo Ramos e Cuman (2009), o nascimento ocasiona nas famílias uma grande repercussão afetiva, social e financeira e, em decorrência disso, afeta diretamente a rotina e estrutura destas, vez que expectativas e anseios permeiam a chegada de um bebê. Tal condição surge em meio as mais diversas circunstâncias, sendo influenciadas pelas condições emocionais, sociais, econômicas, que certamente influenciará na qualidade de vida futura da criança (GUIMARÃES; MELO, 2011).

O desenvolvimento de uma criança é contínuo e tem início na vida intrauterina, responsável por proporcionar experiências sensoriais e motoras. É um processo que envolve aspectos como o amadurecimento neurológico, aquisições de habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais da criança, influenciados por fatores biológicos, psicossociais e ambientais (MOURA, 2012 apud RIBEIRO et. al, 2017). Quando a gravidez é interrompida, antes do amadurecimento neurológico, pode ser que ocorram desvios nos padrões de desenvolvimento nos diferentes domínios (motor, adaptativo, cognitivo e linguagem) (RIBEIRO et. al, 2017).

Um dos fatores que proporciona risco biológico para os recém-nascidos é a prematuridade. De acordo com Halpern et. al. (2000), a relação entre as variáveis de condições sociodemográficas e dados maternos podem atuar como agentes de proteção no desenvolvimento infantil. Portanto, a interação dos fatores biológicos e ambientais contribui favoravelmente ou de maneira desfavorável nos estímulos oferecidos a criança, repercutindo inclusive em seu desenvolvimento.

De acordo com Guimarães e Monticelli (2007), o recém-nascido pré-termo nasce antes de completar a 37ª semana de gestação e com peso igual ou abaixo de 2.500g. Em seus estudos, Pinto (2009) completa que a classificação do recém-nascido prematuro pode ser subdividida em: pré-termo (menos de 37 semanas), muito pré-termo (28 a 32 semanas) e pré-termo extremo (24 a 27 semanas). E com relação ao peso, de muito baixo peso (inferior a 1500 gramas) e recém-nascido de extremo baixo peso (peso de nascimento inferior a 1000 g) (OLIVEIRA et. al, 2008).

Múltiplas variáveis podem estar associadas ao nascimento prematuro, sejam elas independentes ou interdependentes como: parâmetros neuroendócrinos, maternos, placentários e fetais, além de fatores socioeconômicos e ambientais, intercorrências gestacionais seja, pré, peri ou pós-natais, peso ao nascimento, manejo nos cuidados

intensivos, e o processo subsequente ao desenvolvimento maturacional do cérebro do bebê. (GUIMARÃES; MELO, 2011; RAMOS; CUMAN, 2009).

Nos últimos anos, com os avanços tecnológicos na área da neonatologia, tem sido relevante o aumento das taxas de sobrevivência de bebês com peso inferior a 1500g. Porém, segundo dados da OMS, a prematuridade continua a ser a maior causa de morte neonatal e de morbidade, com as maiores consequências em longo prazo para a saúde e com grande impacto no desenvolvimento infantil (SCHMIDT et. al, 2012).

Ao nascer prematuramente, o bebê é destinado à incubadora, um lugar criado para reduzir o impacto de tal conjuntura, cuja função é proporcionar um espaço que o proteja. Porém, Pereira et. al (2013) afirma que o ambiente de uma UTIN difere do útero materno, já que neste o recém-nascido é envolvido em um líquido amniótico, mantendo a sensação de conforto e segurança. Logo, bebês prematuros são mais frágeis e mais instáveis quando comparados a recém-nascidos a termo, pois seu sistema nervoso imaturo está particularmente sensível e vulnerável a estímulos sensoriais intensos e dolorosos, como barulho, luzes, dores e manuseio diferente (ALMEIDA, 2012; OLIVEIRA et. al, 2017).

Nessa perspectiva, conforme Klein, Gaspareto e Linhares (2011), crianças prematuras, pela permanência em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, são mais propensas a desenvolver alterações. Por permanecerem prolongados períodos em incubadora, são privadas de estímulos sensoriais, interrompendo seu processo de maturação cerebral. Esses fatores podem levar a variações comportamentais, cognitivas, neuropsicomotoras e visuais, durante o seu crescimento (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004).

Destá forma, o desenvolvimento deve ocorrer por ações integradas do organismo, trazendo influências para o processo maturacional e, conseqüentemente, para o processamento das informações importantes para todas as áreas do desenvolvimento infantil (KLEIN, GASPARD, LINHARES, 2011). Assim, de acordo com Bittar (2009), para que esta realidade seja modificada, é necessário o preparo do sistema de saúde, capaz de atender as demandas e necessidades das gestantes. Os profissionais então devem estar atentos à questão do pré-natal e pós-natal, visto que esses se apresentam como de extrema importância para a identificação precoce dos fatores de risco, intervindo de maneira adequada e amenizando o tempo de hospitalização desse bebê.

3.2 A prematuridade e o comportamento visual e motor

O desenvolvimento infantil é um processo que envolve o amadurecimento neurológico e as aquisições das habilidades motora, afetiva, cognitiva e social, sendo este considerado um processo sequencial e contínuo, no qual as crianças adquirem aptidões que progridem de movimentos simples para altamente estruturados e complexos (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009). Dessa forma, a evolução funcional do recém-nascido engloba todo o corpo e suas estruturas, sendo a base fundamental para o processo de aprendizagem da criança. Com isso, há uma relação entre o que a criança é capaz de aprender cognitivamente, com o que é capaz de realizar motoramente (ROSA NETO et. al, 2010).

Neste processo de desenvolvimento infantil, a visão promove a integração das atividades motoras, perceptivas e mentais, mas são necessárias experiências visuais durante a evolução do bebê e a maturação do sistema visual, para o desenvolvimento destas determinadas funções. Durante esse período, a visão aprimora-se de acordo com a qualidade dos estímulos ofertados. Em contrapartida, sua privação pode levar a alterações anatômicas, comportamentais, cognitivas e funcionais (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004; GRAZIANO; LEONE, 2005).

Ao nascer, a criança apresenta respostas oculares aos estímulos visuais do meio por meio de padrões reflexos, incluindo componentes oculares e neurológicos. (MOTA, 2005). O sistema visual, mesmo estando completo, é considerado imaturo, por isso necessita de um período de maior plasticidade para o desenvolvimento de determinadas funções visuais. Isto ocorre diante da recepção e captação dos estímulos visuais pelas células retinianas e transmissão destes para o córtex cerebral pelas vias neurológicas da visão (GRAZIANO; LEONE, 2005).

No comportamento visual do lactente, encontram-se componentes motores, que são fornecidos pelos músculos oculares. A estrutura anatômica básica das vias visuais inicia-se no período pré-natal e sua densidade sináptica aumenta rapidamente desde o nascimento até o quarto mês de vida. Isso permite que as impressões visuais forneçam sinais sobre a conduta visual da criança, desde a fixação até o desenvolvimento gradual de outras funções oculomotoras como: seguimento visual horizontal, vertical, circular e oblíquo (GAGLIARDO, 2003; RUAS et. al, 2006).

A maturação da coordenação oculomotora ocorre principalmente nos primeiros meses de vida, no qual o desenvolvimento visuomotor continua a sofrer as maiores e mais rápidas transformações. Concomitantemente, aos estímulos visuais são ofertadas mais sinapses que vão sendo realizadas pelas células neurais. Observa-se que no decorrer dos primeiros anos de vida a integração, a sintetização e a interpretação das informações fornecidas por outros canais perceptivos devem ser amplamente exploradas pelas crianças. Além de ser um sistema que permite a criança interagir com o meio externo, o sistema visual estimula a comunicação, orientação e controle de movimentos e ações (GAGLIARDO, 2003; LINDSTEDT, 2000).

É através de estímulos visuomotores que surgem as primeiras movimentações de membros superiores. Os bebês desempenham atividades manipulativas, quando um objeto, ao ser notado, desperta seu interesse e o desejo de tocá-lo. À medida que a criança domina as habilidades de manusear, ela tenta alcançar e segurar o brinquedo, ao pegá-lo e explorá-lo, são estimulados aspectos cognitivos e motores, aprimorando habilidades manuais e interagindo com o ambiente de forma ativa (GAGLIARDO et. al, 2003).

Um dos fatores de risco para possíveis alterações visuais na infância é a prematuridade. Não só se verifica a retinopatia da prematuridade, o estrabismo e os erros de refração, como também comprometimento cortical e glaucoma (GAGLIARDO; NOBRE 2001). Essas alterações podem ser acompanhadas também por sequelas motoras, já que os bebês utilizam o sistema visual e tátil para perceber, alcançar e manipular os objetos, e conseqüentemente desenvolver um repertório motor mais amplo e otimizado (FERNANDES et. al, 2017).

Desse modo, as aquisições visuais e motoras no primeiro semestre de vida de recém-nascidos prematuros são aspectos que influenciam no aprendizado e desenvolvimento infantil (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004). Até o final do primeiro ano de vida, observa-se no bebê uma sequência progressiva de movimentos, desde simples reflexos a movimentos precisos. É a partir dessa progressão que o bebê adquire estabilidade, locomoção e manipulação (OLIVEIRA, 2017).

O comportamento motor é caracterizado pela mudança nas habilidades motoras no decorrer da vida, que resulta da interação entre processos biológicos genéticos e ambientais (FERNANDES, 2012). O primeiro ano de vida é marcado por mudanças de aquisições motoras adquiridas nesse período, no qual o lactente progride seu repertório

motor e seus movimentos vão se adequando de acordo com suas necessidades, tornando-se mais eficientes (LINO, 2008).

Além disso, o comportamento motor é influenciado pelo contexto em que o bebê está inserido. A criança é suscetível aos estímulos vindos do ambiente, o que o torna essencial e promove várias formas de movimentos que possam garantir o desenvolvimento e o crescimento adequado, proporcionando competências para ela corresponder às suas necessidades e às de seu meio (SACCANI et. al, 2007).

O último trimestre de gestação é um período destinado ao amadurecimento dos sistemas interativos do bebê. Comumente, o bebê prematuro apresenta dificuldades no tônus muscular, podendo retardar o desenvolvimento do tônus flexor. Seus reflexos primitivos podem estar ausentes ou diminuídos e a movimentação espontânea é reduzida, interferindo na aquisição de controle e equilíbrio, na motricidade axial, apendicular e visuomotora (AYACHE et. al, 2003). Assim, estes bebês podem apresentar várias complicações e dificuldades para a adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade dos diversos sistemas (LINHARES et. al, 2003).

Para Linhares et. al (2003), é por meio das práxis que a ação do movimento elabora e executa a cognição, que têm por base um planejamento motor. Este é responsável por regular, controlar, integrar, elaborar e executar a intenção da criança. Além disso, durante todo o processo do desenvolvimento motor, a criança deve desempenhar movimentos controlados de tronco, membros superiores e inferiores para a aquisição de habilidades funcionais. (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2008).

Porém, com a redução do tempo em ambiente uterino a força da gravidade atua contra a musculatura dos bebês, contribuindo para a falta de flexão fisiológica, o que reforça a postura em extensão e a movimentação espontânea de braços e pernas são mais lentos (FERREIRA et. al., 2011). Assim, o recém-nascido pré-termo pode exibir um padrão de desenvolvimento global lento, o que pode ocasionar dificuldades na compreensão ou processamento das informações sensoriais para o controle do movimento, acarretando em alterações nas atividades motoras amplas como sentar, engatinhar, levantar e habilidades motoras finas (PINTO et. al, 2008).

Estabelecido o risco da prematuridade, é necessário avaliar e intervir, levando em consideração o modelo de estimulação mais adequada para o desenvolvimento sensorio-motor precoce dos recém-nascidos, possibilitando a aproximação dos membros da linha média, o que facilita a aquisição das habilidades motoras e promove

o início do controle de cabeça e melhorando a orientação e controle visual (LINHARES et. al, 2003).

Entender a dinâmica do desenvolvimento infantil permite a possibilidade de detectar oportunamente alterações no desenvolvimento visual e motor, para realização do encaminhamento aos programas de estimulação precoce. Com isso, há menor probabilidade que estas alterações possam prejudicar a trajetória da criança, favorecendo a prática de estratégias que auxiliem a criança a desempenhar seu ritmo, em cada fase de seu desenvolvimento, conforme seu próprio potencial (GAGLIARDO, 2003; LINHARES et. al, 2003).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo de caráter transversal, que segundo Pereira (1995), caracteriza-se como um estudo que examina as pessoas em um determinado momento e propõe a detecção de riscos. Foi realizada com bebês pré-termos para analisar o comportamento visual e o desenvolvimento motor dos mesmos.

4.2. População

O estudo contou com a participação de crianças nascidas pré-termo, que tinham até seis meses de idade cronológica no período da coleta, nascidas entre os meses outubro de 2017 a março de 2018, vinculadas e atendidas nos serviços do Ambulatório de seguimento dos recém-nascidos de alto risco (Follow UP) do HULW/UFPB. Ao utilizar o Método de Avaliação da Conduta Visual e a AIMS em recém-nascidos pré-termos, fez-se necessário a correção da idade para 40 semanas. Esta configurou fator determinante neste estudo que facilitou, por sua vez, a compreensão de aquisições das funções visuais e motoras observadas na faixa etária esperada (WEINACHT, 1999).

4.3. Local de estudo

A pesquisa ocorreu na Unidade Materno Infantil, no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Alto Risco (Follow UP), pertencente ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). O hospital localiza-se no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na Av. Contorno das Cidades, SN, Cidade Universitária, João Pessoa – PB, 58051-900. Este setor é responsável por atender às demandas de João Pessoa e região, pois é referência nos cuidados aos recém-nascidos de alto risco. Conta com uma estrutura física pequena, dividida em quatro salas e uma recepção. A equipe é multiprofissional, composta por: médicos pediatras; enfermeiros; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; e recepcionista, que auxilia na marcação de consultas e controle dos prontuários. Funciona a nível ambulatorial de segunda à sexta, nos turnos da manhã e tarde.

A sala de realização das avaliações dispõe de iluminação ambiente adequada, neutra de estímulos visuais e climatizada. Além disso, têm os recursos necessários para serem utilizados durante a avaliação, tais como tablado de superfície plana e almofadas de posicionamento, caso houvesse necessidade.

4.4. Critérios de elegibilidade

4.4.1. Critérios de inclusão

Crianças nascidas pré-termo, com idade gestacional até 36 semanas e 6 dias,

4.4.2. Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa as crianças com lesão neurológica, malformação congênita e/ou síndrome genética, conhecida através dos prontuários médicos. Que durante o período de estudo se desligaram dos serviços do Follow UP; e os que não compareçam para realizar a avaliação.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

Os dados correspondentes às variáveis sociodemográficas das crianças e das mães foram obtidos através da aplicação de um questionário (APÊNDICE A) elaborado para pesquisa junto aos pais ou responsáveis pelas crianças.

O protocolo de avaliação visual utilizado foi o *Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes* (ANEXO 1), elaborado por uma terapeuta ocupacional (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004). O mesmo foi publicado em 2004 e tem como objetivo avaliar e qualificar o comportamento visuomotor (funções visuais e motoras apendiculares) no primeiro trimestre de vida. Para isso, se utilizou de um aro vermelho de 12 centímetros de diâmetro, suspenso por um cordão, e a face do examinador.

As provas consideram a fixação visual, contato de olho com o examinador, sorriso ao contato social, seguimento visual horizontal e vertical, exploração visual do ambiente e da mão, aumento da movimentação dos membros superiores e extensão voluntária dos braços na direção do objeto visualizado. Foram realizadas até três tentativas na aplicação de cada prova e as respostas eram marcadas com (Sim) ou (Não), de acordo com a presença ou ausência do comportamento. A cada idade, segundo Ruas et.al (2006), são considerados comportamentos específicos. Sendo a partir do primeiro mês esperado a fixação visual e o contato de olho, no segundo mês o sorriso como resposta ao contato social, os seguimentos visuais horizontais e verticais e a exploração do ambiente e a partir do terceiro mês as funções motoras apendiculares (exploração visual da mão, aumento da movimentação dos membros superiores e extensão voluntária dos braços na direção do objeto visualizado). A aplicação e marcação do teste leva cerca de 15 (quinze) minutos para sua conclusão. Para realização deste, o ambiente (sala de avaliação) estava

livre de estímulos sonoros e visuais, com luminosidade adequada, favorecendo assim a melhor aplicação do teste.

A avaliação do desenvolvimento motor foi realizada por meio da Escala padronizada *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) (ANEXO 2), que adota o conceito neuromaturacional e as teorias dos sistemas dinâmicos (PIPER, 1994). A criança foi observada em ambiente livre de obstáculos, com o mínimo de estimulação ou manipulação. A avaliação durou entre 20 a 30 minutos e cada um dos comportamentos descritos nos diversos itens foi registrado. A escala é constituída por 58 itens ou sequências de movimentos, acompanhado por imagens que descrevem a postura do lactente, transferência de peso e movimentos antigravitacionais espontâneos em quatro posturas: decúbito dorsal e ventral, sentado e de pé (PIPER, 1994).

A cada item observado (O) é atribuído 1 ponto e a cada item não observado (NO) é atribuído 0 ponto. O escore total é registrado pela soma dos pontos observados mais os pontos anteriores ao primeiro item, de acordo com o período de desenvolvimento em que o lactente se encontra em cada subescala. O escore bruto é obtido a partir da soma do escore em cada uma das subescalas e é convertido em um percentil. Os percentis são agrupados em categorias de desenvolvimento motor: abaixo de 5%, considera-se que a criança tem desempenho motor anormal; entre 5% e 25%, desempenho motor suspeito; e acima de 25%, desempenho motor normal (SACCANI; VALENTINI, 2012).

4.6. Operacionalização do estudo

Foi realizada uma consulta aos prontuários dos pacientes do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco (Follow UP) para analisar quais as crianças que se encaixam dentro dos critérios de elegibilidade da pesquisa. Feito isso, os pais ou responsáveis pela criança foram contatados e apresentados a pesquisa, os objetivos, riscos e benefícios, seguindo de um convite de participação, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, eram encaminhados para as avaliações do comportamento visual e motor em sala reservada para este fim, no serviço de Follow UP do HULW/UFPB.

Cada criança foi avaliada individualmente, na presença dos pais ou responsáveis, por um examinador para aplicação das provas e um assistente para registro das respostas, devidamente treinados por uma terapeuta ocupacional com experiência na aplicação dos testes. Para assegurar maior fidedignidade dos dados obtidos nas avaliações e para evitar erros de marcação, foi utilizado o recurso de filmagem nos dois testes. Inicialmente foi

avaliado o comportamento visual através do Método da Conduta Visual de Lactentes, seguido da avaliação motora realizada pela *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS).

Para a avaliação visual, o lactente foi posicionado em um tablado acolchoado, em decúbito dorsal. Foram oferecidos estímulos com o aro vermelho e a face do examinador e anotadas as respostas dadas. A avaliação motora foi realizada na mesma sala, porém a criança foi posicionada em um tatame no chão, sendo observada nas quatro posturas sugeridas pelo teste (prono, supino, sentada e de pé).

Após as avaliações, os pais ou responsáveis foram orientados quanto a estimulação visual e motora dos lactentes. Quando percebido desvios no desenvolvimento, as crianças foram encaminhadas para os serviços especializados e notificadas junto ao setor de Follow-up ao qual frequentam.

As variáveis sociodemográficas foram apresentadas em frequência simples. Os dados correspondentes a avaliação do desenvolvimento e do comportamento visual, foram apresentados em quadro comparativo. Para análise dos dados foi considerada a idade corrigida, com o objetivo de obter a expectativa real para cada criança, sem subestimar o prematuro quando o mesmo for confrontado com os padrões de referência da normalidade (RUGOLO, 2005).

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) com seres humanos do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil referente a pesquisas com seres humanos, sendo aprovado através do parecer n.º 2.188.219. Os voluntários foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios e a possibilidade de desistência de colaboração sem qualquer prejuízo. Após este procedimento, foi solicitado seu consentimento por escrito para participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B).

5. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 11 recém-nascidos pré-termo, com idade corrigida, sendo nove do sexo masculino (2 gemelares) e duas do sexo feminino, avaliadas entre 0 a 6 meses de vida.

Na tabela 1 observam-se as condições sociodemográficas dos recém-nascidos prematuros e dados maternos. A média de idade das mães foi de 21 anos, a maioria tem ensino médio completo (50%) e renda familiar equivalente a um salário mínimo (40%).

Tabela1: Variáveis sociodemográficas das crianças nascidas pré-termo. João Pessoa, 2018.

| VARIÁVEIS MATERNAS | | População n = 10* | |
|---|-------------------------------|-------------------|----|
| | | N | % |
| Idade (anos) | 13 a 21 | 3 | 30 |
| | Acima de 21 | 7 | 70 |
| Escolaridade | Ensino fundamental incompleto | 3 | 30 |
| | Ensino médio completo | 5 | 50 |
| | Ensino superior completo | 2 | 20 |
| Renda mensal da família (salário mín. atual)** | Até 1 salário mínimo | 4 | 40 |
| | Entre 1 e 2 salários mínimos | 3 | 30 |
| | Mais de 2 salários mínimos | 3 | 30 |

*O n corresponde a 10 indivíduos por duas crianças serem gemelares e as respostas corresponderem a um mesmo cuidador.

** Salário correspondente a R\$954,00

Na tabela 2 é possível observar as variáveis biológicas referente as condições de saúde e de nascimento das crianças nascidas pré-termo. 81,8% da amostra são do sexo masculino e 54,5% está acima dos três meses de idade.

No que se refere as condições de nascimento, a idade gestacional 54,54 da amostra são considerados pré-termo moderado. A maioria (36,36) apresentou baixo peso ao nascer e 100% da amostra passou algum período internado na UTI Neonatal.

Tabela 2: Variáveis biológicas e de condições de saúde das crianças nascidas pré-termo. João Pessoa, 2018.

| VARIÁVEIS BIOLÓGICAS | População n = 11 | |
|--|------------------|-------|
| | N | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 9 | 81,8 |
| Feminino | 2 | 18,2 |
| Idade Corrigida | | |
| 0 a 2 meses e 29 dias | 5 | 45,5 |
| 3 a 6 meses | 6 | 54,5 |
| Peso ao nascer | | |
| Peso normal (acima de 2.500g) | 3 | 27,27 |
| Baixo peso (inferior a 2.500g) | 4 | 36,36 |
| Muito baixo peso (inferior a 1.500g) | 3 | 27,27 |
| Extremo baixo peso (inferior a 1.000g) | 1 | 9,09 |
| Idade gestacional | | |
| Pré-termo moderado (> 37 semanas) | 6 | 54,54 |
| Muito pré-termo (24 a 27 semanas) | 4 | 36,36 |
| Pré-termo extremo (28 a 32 semanas) | 1 | 9,09 |
| Características clínicas | | |
| UTI Neonatal | 11 | 100 |

Quanto ao comportamento visual dos recém-nascidos pré-termo, é possível verificar na tabela 3 as respostas apresentadas pelas crianças durante avaliação com o Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes. Todos responderam positivamente a prova 1

(fixação visual). Dentre as 11 crianças, 5 se encontravam no primeiro trimestre de vida (P01, P05, P06, P08 e P11).

Tabela 3: Respostas das crianças nas provas do Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes e da AIMS de acordo com a idade corrigida. João Pessoa, 2018.

| Criança | Idade* | FV | CO | SCS | SVH | SVV | EVA | EVM | AMS | EB | AIMS TH | Desempenho motor |
|---------|--------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------------------|
| P01 | 2m29d | S | S | S | S | NEI | S | S | S | S | 27.8 | Normal |
| P02 | 4m12d | S | S | S | S | N | S | S | S | N | 10.52 | Suspeito |
| P03** | 4m11d | S | S | S | S | S | N | S | S | S | 11.50 | Suspeito |
| P04** | 4m11d | S | S | N | S | S | S | S | S | S | 26.71 | Normal |
| P05 | 1m23d | S | S | S | S | S | S | NEI | NEI | NEI | 90 | Normal |
| P06 | 1m14d | S | N | N | NEI | NEI | S | NEI | S | NEI | 90 | Normal |
| P07 | 5m22d | S | S | N | N | N | S | N | S | N | 2.31 | Anormal |
| P08 | 19d | S | S | S | NEI | NEI | S | NEI | S | NEI | 90 | Normal |
| P09 | 4m12d | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 14.5 | Suspeito |
| P10 | 5m3d | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 10.7 | Suspeito |
| P11 | 1m19d | S | S | S | NEI | NEI | S | S | S | NEI | 90 | Normal |

FV – Fixação visual; CO – contato de olho com o examinador; SCS – Sorriso como resposta ao contato social; SVH – Seguimento visual horizontal; SVV – Seguimento visual vertical; EVA – Exploração visual do ambiente; EVM – Exploração visual da mão; AMS – Aumento da movimentação de membros superiores ao visualizar o objeto; EB – Estende o braço na direção do objeto visualizado. AIMS EB – Escore Bruto da AIMS; AIMS TH – Percentil AIMS.

** Gemelar.

Dentre estas 5 crianças, apenas uma criança não obteve resposta esperada em pelo menos uma prova relacionada as funções visuais e oculomotoras, sendo as provas de contato de olho com o examinador e sorriso como resposta ao contato social (P06). Em relação às respostas nas provas de funções motoras apendiculares, ainda não é esperado que sejam realizados determinados movimentos de acordo com a idade.

As demais 6 crianças estavam acima dos três meses de idade (P02, P07, P09, P10) e gemelares (P03 e P04). 4 destas crianças apresentaram atrasos em pelo menos uma

prova relacionada as funções visuais e oculomotoras. As crianças (P04, P07) em relação ao sorriso como resposta ao contato social, sendo o recém-nascido (P04) gemelar. Seguimento visual horizontal (P07), seguimento visual vertical (P02 e P07) e exploração visual do ambiente (P03), sendo este gemelar.

Nas provas relacionadas às funções motoras apendiculares algumas crianças apresentaram atrasos, mesmo sendo considerados comportamentos esperado para crianças nessa faixa etária. Como a exemplo da prova de exploração visual das mãos, que apenas o recém-nascido P07 respondeu negativamente, e na prova de estender o braço na direção do objeto visualizado, a qual duas crianças não realizaram (P02 e P07).

No que diz respeito ao desenvolvimento motor, foram verificadas diferenças entre as idades, com relação as aquisições motoras dos bebês, principalmente nos gemelares. Uma criança apresentou percentil abaixo de 5 (P07) sendo considerada com desempenho motor anormal. Quatro crianças apresentaram percentil entre 10 e 25 (P02, P03, P09 e P10), sendo P03 gemelar, consideradas com desempenho motor suspeito. Duas crianças apresentaram percentil acima de 25 (P01 e P04), este último gemelar e percentil 90 (P05, P06, P08, P11), consideradas com desempenho motor normal. Vale salientar que observa-se pouca capacidade do instrumento em avaliar o desempenho motor de crianças menores que 3 meses, uma vez que os percentis pouco variam ou permanecem iguais, acontecendo com os recém-nascidos, que apresentaram percentil 90 (SACCANI, VALENTINI, 2012).

6. DISCUSSÃO

Diante do exposto, verifica-se em nossa amostra, que as mães entrevistadas se concentravam na faixa etária de adultos jovens, a maioria tinha ensino médio completo, apresentando compreensão e acesso a informações, o que proporcionaria uma interação oportuna na relação mãe-filho. Isto corrobora com a literatura, que relata que mães com maior escolaridade teriam mais possibilidades a obter conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e, desta maneira, propiciariam a estimulação de habilidades em seus filhos (MARTINS et. al, 2004).

Dentro da população estudada, 40% das famílias recebe até um salário mínimo. Quando a renda é deficitária, pode prejudicar o bem-estar no ambiente e a qualidade da relação familiar, desfavorecendo o desenvolvimento da criança. Com estas informações, em forma de indicador, percebe-se que as condições sociodemográficas da família podem estar interferindo no desenvolvimento do comportamento visual e motor das crianças nascidas pré-termo (MARTINS et. al 2004).

Quanto ao baixo peso ao nascer, verifica-se sua relação com comprometimentos visuais e desvios no padrão de desenvolvimento motor. Em nossa mostra, 36,36% apresentou baixo peso ao nascer, dessa maneira o lactente nascido prematuro, por não ter atingido o desenvolvimento intrauterino e sua maturidade funcional e estrutural tanto de órgãos quanto de tecidos, podendo repercutir em seu desenvolvimento global (GORGULHO, 2008).

A idade gestacional inferior a 37 semanas é considerada um fator de risco ao recém-nascido. Observamos que 54,54% das crianças no período de 32 a 36 semanas, sendo considerados de risco, enquanto 36,36% da amostra nasceram antes de completarem as 32 semanas, considerados de alto risco (PINTO, 2009). Nitidamente, quanto mais prematuro, maior é a probabilidade de atrasos e/ou comprometimento no desenvolvimento, em decorrência do impacto da imaturidade neurológica na fase neonatal (MORÉ et. al, 2015).

Segundo Gagliardo, Gonçalves e Lima (2004), no que se refere ao comportamento visual, as primeiras ações voluntárias dos membros superiores ocorrem por meio da visão. Verificou-se neste estudo, que apenas uma criança menor de três meses não apresentou respostas esperadas para as provas funções visuais, enquanto os bebês com idade superior a três meses apresentaram atrasos tanto nas funções visuais quanto nas funções motoras apendiculares.

A literatura aponta, de acordo com Ferreira et. al (2011) e Gagliardo e Nobre (2001), que nos primeiros meses de vida o recém-nascido desenvolve as funções visuais, para dali em diante desenvolver as funções motoras apendiculares. Por parte de toda a amostra, observou-se desde o primeiro mês de vida a capacidade de fixação visual na linha média, demonstrando a capacidade de alerta visual, estando em consonância com a literatura.

Observou-se que a prova de contato de olho com o examinador foi executada pela maioria dos bebês desde o primeiro mês de vida. Segundo Lindstedt (2000), o lactente desde o primeiro mês já possui a habilidade de estabelecer o contato de olho com outra pessoa. Porém, mesmo sendo um comportamento esperado, a criança (P06) não apresentou a resposta almejada. Na amostra, a prova de exploração visual do ambiente também aponta uma alta frequência de respostas positivas para este comportamento desde o primeiro mês de vida, contudo, a criança (P03) respondeu negativamente.

Com relação ao sorriso como resposta ao contato social, verificou-se que este comportamento esteve presente também na grande maioria dos lactentes desde o primeiro mês de vida. Porém, foi averiguado em duas crianças acima dos três meses (P04 e P07), frequência inferior ao referido na literatura que descreve maior frequência desta função a partir do segundo mês de vida. (GAGLIARDO; NOBRE, 2001; RUAS et. al, 2006).

Nas provas de seguimento visual horizontal e vertical conforme Gagliardo, Gonçalves e Lima (2004), seu desenvolvimento ocorre também com maior frequência no segundo mês. Ao nascer, à maturação das funções de seguimento visual, no bebê, estão apenas se iniciando, em decorrência do pequeno número de conexões sinápticas no córtex visual. Com o rápido aumento dessas conexões desde o nascimento até o quarto mês de vida, reflete diretamente em uma maior coordenação desses seguimentos (GRAZIANO; LEONE 2005). Entretanto, crianças acima dessa faixa etária (P02 e P07) não obtiveram o comportamento esperado, podendo demonstrar uma baixa coordenação oculomotora para o esperado.

A exploração visual da mão e estender o braço na direção do objeto visualizado são funções que permitem que o bebê, por volta do terceiro mês, desperte o olhar de forma involuntária para suas mãos. Assim, um objeto pode estimular o seu interesse e o desejo de tocá-lo. Conseqüentemente, a criança busca-o e o agarra aproximando ele dos olhos para explorá-lo, tornando-se isto um processo voluntário (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004). Contudo, no presente estudo, foram funções não

observadas em dois Recém-nascidos pré-termos acima do terceiro mês de vida (P02 e P07).

Com relação ao desenvolvimento motor, 45,5% das crianças avaliadas, mesmo com a idade corrigida, apresentaram percentis que podem indicar um sinal de alerta. Relacionando os dados colhidos ao comportamento visual, os bebês que apresentaram atrasos em, no mínimo, uma das funções visuais e apendiculares motoras, estão mais propensos a desenvolverem alterações oftalmológicas, como a exemplo da retinopatia da prematuridade, que pode repercutir no desenvolvimento das aquisições motoras (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004; RUAS et. al, 2006)

Além disso, alguns autores sinalizam que estas alterações visuais podem interferir na primeira atividade motora do recém-nascido, desencadeando a redução capacidade de levar as mãos até o seu campo visual com a finalidade de explorá-las. Conseqüentemente, isso diminui as habilidades de movimentar e estender os membros superiores ao visualizar um objeto de forma voluntária (GAGLIARDO; GONÇALVES e LIMA, 2004; RUAS et.al, 2006).

Com relação ao comportamento visual e motor, em nossa amostra, visualizou-se que os recém-nascidos que apresentaram atrasos no desenvolvimento visual também apresentaram percentil baixo na AIMS (P02, P03 e P07). O que pode ser constatado é que alterações nas funções visuais e apendiculares motoras podem interferir principalmente nas aquisições motoras da criança, seja por variações do tônus muscular, reflexos primitivos ausentes ou diminuídos ou movimentos espontâneos reduzidos (AYCHE, 2003; MOTA, 2005 RUAS et.al, 2006).

Podemos observar também que uma das crianças que apresentou percentil abaixo de cinco respondeu negativamente às provas de funções visuais, em relação ao sorriso como resposta ao contato social, seguimento visual horizontal, além das funções apendiculares motoras, tais como: exploração visual das mãos e na prova de estender o braço na direção do objeto visualizado. Os dados coletados demonstram uma baixa frequência destes comportamentos que tem início entre o final do primeiro e do segundo mês. Desta forma, no período do desenvolvimento visual e motor do lactente, vale destacar como o bebê expressa seu comportamento visual na relação com os objetos e ambiente, para com isso obter informações sobre a conduta visual e motora, vez que o desenvolvimento motor deve ser valorizado como uma manifestação do comportamento visual (GAGLIARDO; GONÇALVES; LIMA; RUAS et.al, 2006).

O desenvolvimento visual e motor seguem essa linearidade e integração supracitadas, tanto das funções visuais que aparecem desde o primeiro mês de vida quanto das funções apendiculares motoras, que frequentemente aparecem no terceiro mês de vida. Esta integração permite um oportuno desenvolvimento das capacidades visuais e motoras da criança (LINDSTEDT, 2000).

Assim, diante da importância da aquisição do comportamento visual e motor para o desenvolvimento infantil e da ausência de possíveis alterações, verifica-se a pertinência da avaliação nos primeiros meses de vida, tornando possível a detecção precoce de atrasos, a fim de prevenir ou de minimizar agravos à saúde do recém-nascido (ALBURQUEQUE et. al, 2003).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando falamos sobre prematuridade devemos levar em consideração as inter-relações existentes entre os diversos fatores de risco desencadeantes desse evento. Podemos considerá-la como um fator de múltiplas causas que repercute diretamente no desenvolvimento infantil.

Neste estudo a utilização da Avaliação da Conduta Visual de Lactentes e da AIMS foi uma proposta para detectar, no primeiro semestre de vida, possíveis alterações no comportamento visual e sua relação nas aquisições motoras nos recém-nascidos pré-termo.

Apesar de trabalharmos com uma pequena amostragem, os desvios serviram de alerta para eventuais alterações visuais e motoras, já que em nosso estudo algumas das 11 crianças apresentaram algum tipo de atraso, tanto em funções visuais quanto em funções apendiculares motoras, além de desvios no desenvolvimento motor.

É por meio do conhecimento e da avaliação que observamos como o bebê usa a sua visão para a construção de seu universo sensório-motor. Desse modo, as aquisições visuais e motoras são importantes para a aprendizagem de habilidades e conseqüentemente para seu desenvolvimento global.

Portanto, o diagnóstico ocorrendo de maneira precoce favorece, por sua vez, o pronto encaminhamento a serviços de habilitação infantil, para melhor desempenho e qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R. C; ALVES, J. G. B. Afecções oculares prevalentes em crianças de baixa renda atendidas em um serviço oftalmológico na cidade do Recife - PE, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v.66, n.6, p.831-834, 2003.

ALMEIDA, A. C; JESUS A. C. P; LIMA P. F. T; ARAÚJO M. F. M; ARAÚJO T. M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.

ALMEIDA, C. S; PAINES, A. P; ALMEIDA, C. B.; Intervenção motora precoce ambulatorial para neonatos prematuros no controle postural. **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.2, p. 64-70, 2008.

ALMEIDA, K. M. et. al. Validade concorrente e confiabilidade da Albert Infant Motor Scale em lactentes nascidos prematuro. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n.5, p. 442-48, 2008.

AYACHE, M. G, MARIANI, N. C, CORINTO, M. N. Considerações sobre o desenvolvimento motor do prematuro. **Temas sobre o desenvolvimento**, v.12, n. 71, p. 5-9, 2003.

FERNANDES, L. V et al. Avaliação do neurodesenvolvimento de prematuros de muito baixo peso ao nascer entre 18 e 24 meses de idade corrigida pelas escalas Bayley III. **Jornal de Pediatria**, v.88, n.6, p.471-478, 2012.

FERNANDES, P. V, GERZSON, L. R, ALMEIDA C. S, SPESSATO, B. C. Desenvolvimento da manipulação do bebê em diferentes idades motoras. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.25, n. 1, p. 99-108, 2017.

FERREIRA, A. P. A; ALBUQUERQUE, R. C; RABELO, A. R. D. M.; FARIAS, F. C. D;CORREIA, R. C. D. B; GAGLIARDO, H. G. R. G; LIMA, A. C. V. M. D. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.21, n. 2, p. 335-343, 2011.

FORMIGA, C. K. M. R; CEZAR, M. E. N; LINHARES, M. B. M. Avaliação longitudinal do desenvolvimento motor e da habilidade de sentar em crianças nascidas prematuras. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.17, n.2, p.102-7, 2010.

GAGLIARDO, H. G. R. Contribuições de Terapia Ocupacional para a detecção de alterações visuais em fonoaudiologia. **Saúde Revista**. v. 5, n. 9, p. 89-94, 2003.

GAGLIARDO, H. G. R.; NOBRE, M. I. R. S. Intervenção precoce na criança com baixa visão. **Revista Neurociências**, v.9, n. 1, p. 16-9, 2001.

GAGLIARDO, H. G. R; GONÇALVES, V. M. G; LIMA, M. C. M. P. Método Para Avaliação da Conduta Visual De Lactentes. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n.2-a, p. 300-306, 2004.

GASPARETTO, M. E. R. F; TEMPORINI, E. R; CARVALHO, K. M. M; KARA-JOSÉ, N. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam visão subnormal. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 67, n.1, p.65-71, 2004.

GONZAGA, A. D. et al . Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia broncopulmonar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n.1, p. 64-7, 2007.

GORGULHO, F. R; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 19-24, 2008.

GRAZIANO, R. M; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n.1, p. 95-100, 2005.

GUIMARAES, E. C; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 54-61, 2011.

GUIMARÃES, G. P; MONTICELLI, M. GISELE, P. G. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-ganguru: uma contribuição da enfermagem. **Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 626-35, 2007.

HALPERN, R. et.al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

KLEIN, V. C; GASPARD; C.M.; LINHARES, M.B.M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termos de alto risco. **Psicologia e Reflexão Crítica**, v. 24, n. 3, p. 504-512, 2011.

LAMÔNICA, D. A. C; FERRAZ, P. M. D. P. Leucomalácia periventricular e diplegia espástica: implicações nas habilidades psicolinguísticas. **Pró-Fono**, v. 19, n. 4, p. 357-62, 2007.

LIMA, A. C. D. et.al. Comportamento visuomotor no primeiro e segundo mês de idades cronológica e corrigida de lactentes gemelares prematuros. *Revista de Pediatria*, v. 33, n. 3, p. 135-141, 2011.

LINDSTEDT, E. Abordagem clínica de crianças com baixa visão. In: Veitzman S. Visão subnormal. Rio de Janeiro: **Conselho Brasileiro de Oftalmologia**, p. 48-64, 2000.

LINHARES, M. B. M; CARVALHO, A. E. V; MACHADO, C; MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Cadernos de Psicologia e Educação – Paidéia**, v.13, n.25, p.59-72, 2003.

LINO, P. F. Desempenho motor em crianças pré-termo e a termo aos quatro, seis e oito meses de idade: estudo comparativo [dissertação]. Belo Horizonte: **Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais**, 2008.

MARTINS, M. F. S; COSTA, J. S. D; SAFORCADA, E. T; CUNHA, M. D.C. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo de crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 710-718, 2004.

MORÉ, D. et al. Early Human Development Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. **Early Human Development**, v.91, n.12, p.769–775, 2015.

MOTA, L. A; SÁ, F. E; FROTA, M. A. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascido prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 4, p. 191-198, 2005.

OLIVEIRA, V. C et. al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, v. 26 n. 1, p. 91-98, 2017.

OTONI, A. C. S.; GRAVE, M. T. Q .Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.25, n. 2, p. 151-8, 2014.

PEREIRA, F. L et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 47, n.6, p.1272-1278. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Ed. Guanabara/Koogan, 1995. (FALTA VOLUME, EDIÇÃO E PÁGINAS)

PINTO, E. B.; O Desenvolvimento do Comportamento do Bebê Prematuro no Primeiro Ano de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.76-85, 2009.

PIPER, M; DARRAH, J. **Motor assessment of motor developing infant**. Philadelphia: Saunders. 1994.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, v.13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RIBEIRO, C. C. et. al. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. **Revista Codas**, V. 29, n.1, p. 2 p. 20- 58 2017.

ROSA NETO, F. et al. A importância da avaliação motora em escolares: análise da confiabilidade da escala do desenvolvimento motor. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, Florianópolis**, v. 16, n. 1, p. 422-427, 2010.

RUAS, T. C. B. et.al. Avaliação do comportamento visual de lactentes no primeiro e segundo meses de vida. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2006.

SACCANI, R et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Scientia Medica**, v. 17, n. 3, p. 130-137, 2007.

SACCANI, R.; VALENTINI, N. C. Curvas de referência da Escala Motora Infantil de Alberta: percentis para descrição clínica e acompanhamento do desempenho motor ao longo do tempo. **J. Pediatr**. v. 88, n. 1, p. 40-47, Feb. 2012.
<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2142>.

SCHMIDT, K.T.; SASSÁ. A.H.; VERONEZ, M. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, 2012.

SPACILLI, M. D. B. et.al. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. **Revista de Medicina. HU-USP**, v. 10, n. 1, p. 19-23, 2000.

TRONCHIN, D. M. R; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007.

VENÂNCIO, S. I; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. S173-180, 2004.

WEINACHT, S; KIND, C; MONTING, J. S; GOTTLOB, I. Visual development in preterm and full-term infants: a prospective masked study, v. 40, n. 2, p. 346-353,1999.

WILLRICH, A; AZEVEDO, C. C. F; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, v. 17, n. 1, p. 51-56, 2009.

ANEXOS**ANEXO 1 - MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONDUTA VISUAL DE LACTENTES**

Nome _____ Sexo _____

Data Nasc. ____/____/____ Idade _____ Data Avaliação ____/____/____

- _____ 1. Fixação visual.
- _____ 2. Contato de olho com examinador.
- _____ 3. Sorriso como resposta ao contato social.
- _____ 4. Sinergia óculo-cefalógica - seguimento visual horizontal.
- _____ 5. Sinergia óculo-cefalógica - seguimento visual vertical.
- _____ 6. Exploração visual do ambiente.
- _____ 7. Exploração visual da mão.
- _____ 8. Aumento da movimentação de membros superiores ao visualizar o objeto.
- _____ 9. Estende o braço na direção do objeto visualizado.
-

ANEXO 2- ALBERTA INFANT MOVEMENT SCALE (AIMS)

ALBERTA INFANT :
 MOTOR SCALE :
Record Booklet :

Nome _____ Data da Avaliação

| | | |
|-----|-----|-----|
| Ano | Mês | Dia |
| / | / | / |

 Número de Identificação _____ Data de Nascimento

| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

 Examinador _____ Idade Cronológica

| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

 Local da Avaliação _____ Idade Corrigida


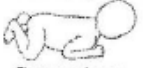
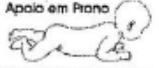

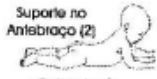


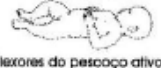






| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

| | Itens Creditados Previamente | Itens Creditados na Janela | Escore de Sub-escala |
|---------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Prono | | | |
| Supino | | | |
| Sentado | | | |
| Em Pé | | | |

Pontuação Total Percentil

.....
 Comentários / Recomendações

Alberta Infant Motor Scale

| STUDY# | | | | |
|---------|---|--|---|---|
| PRONO | <p>Prono (1)</p>  <p>Flexão fisiológica vira a cabeça para liberar o nariz</p> | <p>Prono (2)</p>  <p>Eleva a cabeça assimetricamente a 45° Não consegue manter a cabeça na linha média</p> | <p>Apoio em Prono</p>  <p>Colovelos para tras em relação aos ombros eleva a cabeça sem sustentação até 45°</p> | <p>Mobilidade em Prono</p>  <p>Cabeça a 90° Transferência de peso não controlada</p> <p>Suporte no Antebraço (2)</p>  <p>Colovelos à frente dos ombros chin tuck ativo com alongamento do pescoço</p> |
| SUPINO | <p>Supino (1)</p>  <p>Flexão fisiológica rotação da cabeça boca à mão movimentos braços e pernas</p> | <p>Supino (3)</p>  <p>Cabeça na linha média movimento os braços mas é incapaz de trazer as mãos na linha média</p> | <p>Supino (4)</p>  <p>Flexores do pescoço ativos Chin Tuck leva mãos à linha média</p> | <p>Mãos nos joelhos</p>  <p>Chin tuck alcança os joelhos com as mãos abdominais ativas</p> |
| SENTADO | <p>Senta com suporte</p>  <p>Eleva e mantém a cabeça na linha média brevemente</p> | | <p>Senta com braços apoiados</p>  <p>Mantem a cabeça na linha média suporta brevemente o peso dos braços</p> <p>Puxado para sentar</p>  <p>Chin tuck: cabeça alinhada ou à frente do corpo</p> | |
| EM PÉ | <p>Em pé apoiada (1)</p>  <p>Pode apresentar flexão de quadril e joelho intermitentes</p> | | <p>Em pé apoiada (2)</p>  <p>Cabeça em linha com o corpo quadril para trás em relação aos ombros movimentos variadas das pernas</p> | |

Suporte de peso com o braço estendido
 Braços estendidos
 Chic tuck e peito elevado
 transferência lateral de peso

Alcança com suporte de peso no antebraço
 Transferência ativa do peso para um lado alcance e/ controle com o braço livre

Joelho 4 apoios
 Pernas flexionadas abduzidas e rodadas externamente
 Lordose lombar
 Mantem a posição

Rolando de Prono para supino sem rotação
 Movimento iniciado pela cabeça tronco move como uma unidade

Pivoteando
 Pivoteia
 Movimenta braços e pernas flexão lateral do tronco

Rota de Prono para supino com rotação
 Rotação do tronco

Nadando
 Padrão extensor ativo

Mãos nos Pés
 Mantem as pernas elevadas
 Mobilidade pélvica presente

Rota de Supino para Prono com rotação
 Retificação lateral da cabeça
 Tronco movimenta-se como uma unidade

Rota de Supino para Prono com rotação
 Rotação do tronco

Extensão ativa
 Empurra-se para extensão com as pernas

Sentado sem sustentação
 Adução escapular e extensão do úmero

Sentado com sustentação
 Extensão da coluna torácica
 cabeça movimenta livremente/apoia com os braços estendidos





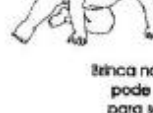


Sentado sem o apoio dos braços
 Não pode ser deixado sentado, sozinho indefinidamente

Transferência de peso na posição sentada
 Transfere peso para frente, para os lados e para trás.
 Não pode ser deixado sozinho na posição sentada.

Sentado sem o apoio dos braços (1)
 Braços movem para longe do corpo. Pode brincar com um brinquedo. Pode ser deixado sentado sozinho.

Sentado alcança com rotação
 Senta independente alcança um brinquedo com rotação do tronco

Em pé sustentado (3)
 Quadril em linha com os ombros
 Controle ativo do tronco
 Movimentos variadas com as pernas

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>De lado</p>  <p>Associação das pernas rotabilidade dos ombros rotação no eixo do corpo</p> | <p>Engatinhar recíproco (1)</p>  <p>4 apoios para sentado ou "melo-sentado"</p> <p>Pernas abduzidas e rodadas externamente/Lordose Lombar Transfere o peso de um lado para o outro com flexão lateral do tronco</p> | <p>4 apoios (2)</p>  <p>Quadril alinhados coluna lombar retificada</p> | |
| <p>Arrastar recíproco</p>  <p>movimento recíproco de braços e pernas com rotação de tronco</p> |  <p>Brinca na posição pode passar para sentado</p> | <p>Alcance com um braço apoiado (estendido)</p>  <p>Alcance com os braços estendidos/rotação de tronco</p> | <p>4 apoios modificado</p>  <p>Brinca na posição pode mover à frente</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sentado para Prono</p>  <p>Movimenta-se da posição sentada para prono Puxa-se com os braços pernas inativas</p> | <p>Sentado para 4 apoios</p>  <p>Elevação ativa da pelve, nadação, e assume a posição de 4 apoios</p> | <p>Sentado sem o apoio do braço (2)</p>  <p>Posição variada das pernas criança sai e volta para a posição facilmente</p> |
|--|---|--|

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Puxa-se para de pé com apoio</p>  <p>Puxa-se com os bicos e joelhos estendidos</p> | <p>Puxa-se para de pé/ em pé</p>  <p>Puxa-se para de pé transfere o peso de um lado para o outro</p> | <p>Em pé com apoio com rotação</p>  <p>Relação do tronco e pelvis</p> | <p>Anda de lado sem rotação</p>  <p>Anda de lado sem rotação</p> | <p>Semil ajoelhado</p>  <p>Pode assumir a posição de pé ou brincar na posição</p> | <p>Abaixa com controle a partir da posição de pé</p>  <p>Abaixa com controle</p> |
|---|--|---|--|---|--|

Engatinhar recíproco



Coluna lombar retificada
Move com rotação do tronco

Anda de lado
com rotação



Anda de lado
com rotação

Fica em pé
sozinho



Fica em pé
sozinho
momentaneamente
reações de balanço no pé

Primeiros
passos



Anda independentemente
movimenta rápido
c/ passos
pequenos

Passa para de pé
a partir de
agachado



Passa de agachado
para de pé com controle
de flexão e extensão
de quadris e joelhos

Passa para de pé
a partir da posição
de 4 apoios



Empurra-se
rapidamente
com as mãos
para ficar
de pé

Anda sozinho



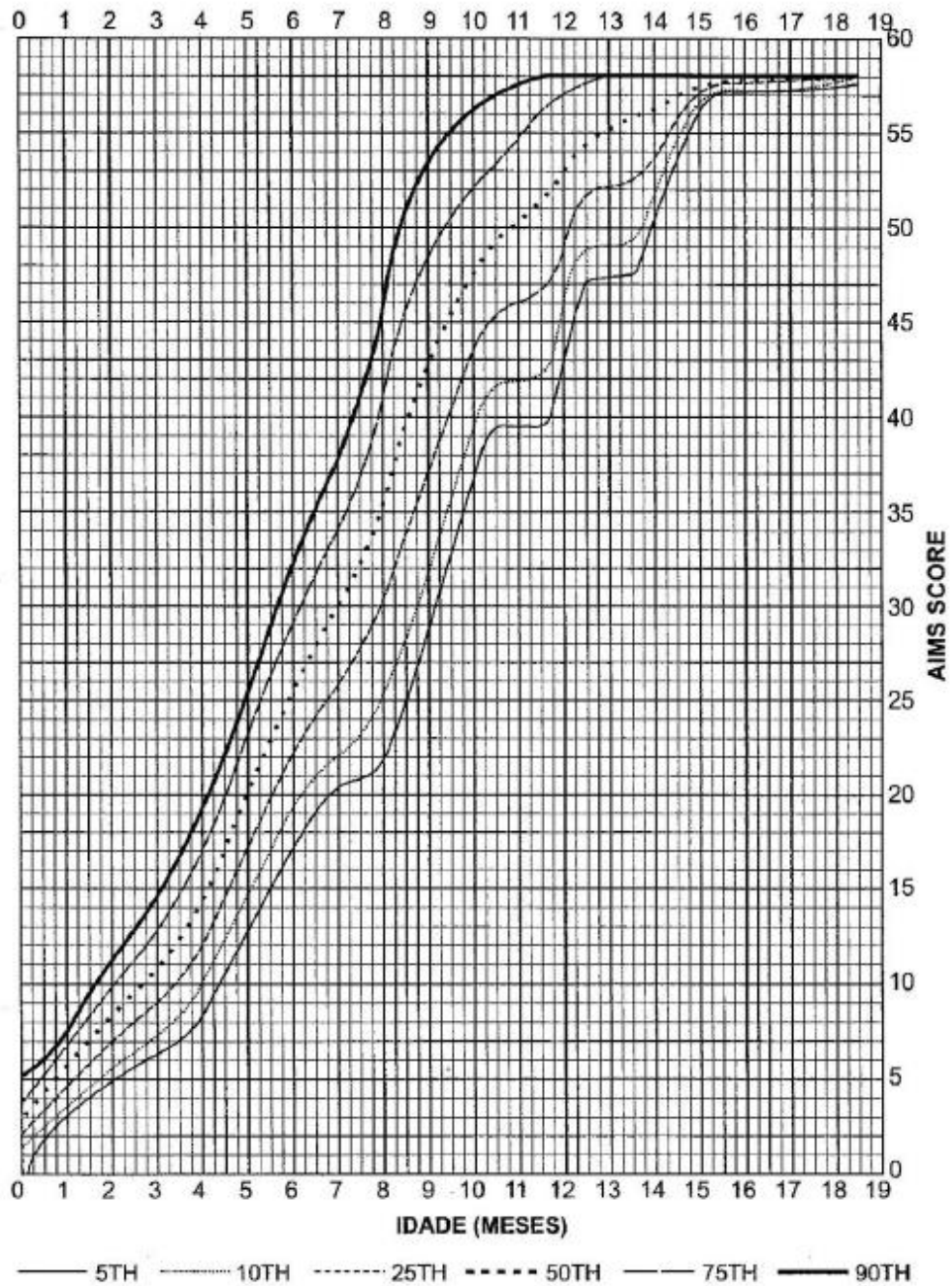
Anda
independentemente

Agacha



Mantem c
posição
pelas reaçõ
de balanço
nos pés e
posição d
tronco

Graus Percentuais



APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA – CONDIÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

I – IDENTIFICAÇÃO (DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO)

1. Nome da criança: _____

2. N° da criança: NUNCRI

3. Nome da Mãe: _____

4. Endereço: _____ RMJ

Telefone: _____

5. Sexo da Criança: (1) Masculino (2) Feminino SEXO

6. Data de Nascimento DATANAS

II – CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA (DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO)

7. A gravidez deste filho(a) foi de quantas semanas? GEST

8. Qual foi o peso do seu filho ao nascer (em gramas)? PNASC

9. Apgar ao nascimento (5 minuto)
(1) maior que 7 (2) menor que 7 APGAR

III -CARACTERÍSTICAS DA MÃE:

10. Qual a sua idade (idade materna em anos)? IDADEM

11. Qual foi a última série que você completou na escola? ESCMAE

(1) 1° grau menor 1 2 3

(2) 1° grau maior 1 2 3

(3) 2° grau 1 2 3

(4) Universidade 1 2 3

(88) Nunca foi a escola

(99) Não sabe

12. Você pode ler uma carta ou revista? MAELE

(1) Com facilidade

(2) Com dificuldade

(3) Não

IV-PERGUNTAS SOBRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA E RENDA FAMILIAR

13. Você está vivendo com o pai desta criança?

VIVEP

(1) Sim

(2) Não

SE ESTÁ VIVENDO COM O PAI DA CRIANÇA:

14. O pai da criança está trabalhando (no momento)?

TRABP

(1) Sim

(2) Não

(8) Não vive com o pai da criança

15. Você (mãe) está trabalhando (no momento)?

TRABM

(1) Sim

(2) Não

16. Quantas pessoas moram em casa, incluindo você?

Total: (incluindo você e esta criança)

| | |
|--|--|
| | |
| | |

MORATOT

Número de crianças menores de 5 anos (incluindo esta criança)

| | |
|--|--|
| | |
| | |

CRITOT

17. No mês passado, quanto ganhou cada pessoa que mora na sua casa e trabalha ou é aposentado/ pensionista?

1ª pessoa: R\$ _____ /
mês

2ª pessoa: R\$ _____ /
mês

3ª pessoa: R\$ _____ /
mês

total: R\$ _____ /
mês

(00000) Sem renda (99999) Não sabe

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

RENDAM

18.

Entrevistador: _____

| | |
|--|--|
| | |
| | |

ENTREV

19. Data da entrevista

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DATAEN

20. Observações:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,
MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a relação entre comportamento visual e o desenvolvimento motor de crianças nascidas pré-termo no primeiro semestre de vida e está sendo desenvolvida por Mariana Crispim Araújo do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Ana Carollyne Dantas de Lima.

Os objetivos do estudo são investigar se há o comportamento visual com o desenvolvimento motor de crianças nascidas pré-termo até o sexto mês de vida. A finalidade deste trabalho é contribuir para avaliação da visão e do comportamento motor, e caso seja necessário, encaminhar a criança para serviços de estimulação precoce.

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma triagem, para obter dados referentes ao nascimento e desenvolvimento da criança. Caso a criança se encaixe nos critérios de inclusão da nossa pesquisa, agendaremos um horário para realização da avaliação da conduta visual e do comportamento motor, que dura em média 30 min, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa tem como possíveis riscos a ocorrência de algum desconforto (choro ou irritabilidade) pelo fato do voluntário passar por uma avaliação ainda não realizada, porém, os avaliadores são treinados para aplicação da avaliação e para prever ou minimizar quaisquer eventualidades que possam ocorrer. Caso a irritabilidade persista, a avaliação será remarcada em data combinada com os responsáveis pela criança. Como benefício, os pesquisadores disponibilizarão uma cartilha com orientações sobre a estimulação visual e motora da criança, bem como orientações verbais sobre a mesma. Caso seja percebido algum comprometimento, a criança será encaminhada para triagem

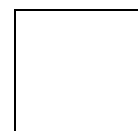
na Clínica Escola de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba e Notificada junto ao Follow UP.

Esclarecemos que a participação do menor no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , ____ de _____ de _____
dactiloscópica



Impressão

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)

Ana Carollyne Dantas de Lima. Telefone: (81) 995937030/(83) 32167996 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br
Campus I – Fone: 32167964.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, FILMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem, filmagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Ana Carollyne Dantas de Lima; Mariana Crispim Araújo do projeto de pesquisa intitulado “A relação entre o comportamento visual e o desenvolvimento motor de crianças prematuras” a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/filmagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/1990) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004). As fotos/filmagens serão utilizadas apenas para fins de marcação das avaliações, sendo deletadas após a finalização do banco de dados.

_____, em ____/____/_____.

Responsável Legal CPF e IDT

Pesquisador responsável pela entrevista

