

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O EIXO PESSOAL-  
SOCIAL DO TESTE DENVER II E OS INDICADORES  
DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**Miriã da Silva Guterres**

**SANTA MARIA, RS, BRASIL  
2015**

**CERFM/UFSM, RS**

**GUTERRES, Miriã da**

**Especialista**

**2015**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O EIXO PESSOAL-SOCIAL  
DO TESTE DENVER II E OS INDICADORES DE RISCO AO  
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Miriã da Silva Guterres**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Área de Concentração em Reabilitação das Desordens do Movimento Humano, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora.**

**Orientadora: Professora Ms<sup>a</sup> Dani Laura Peruzzolo**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Monografia de Especialização**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O EIXO PESSOAL-SOCIAL DO  
TESTE DENVER II E OS INDICADORES DE RISCO AO  
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

elabora por  
**Miriã da Silva Guterres**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Reabilitação Físico-Motora**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Dani Laura Peruzzolo, Ms**  
(Presidente/Orientador)

**Ana Lucia Cervi Prado, Dra (UFSM)**

**Analú Lopes Rodrigues, Dra (UFSM)**

Santa Maria, 08 de julho de 2015

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O EIXO PESSOAL-SOCIAL DO TESTE DENVER II E OS INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

AUTORA: Miriã da Silva Guterres

ORIENTADORA: Dani Laura Peruzzolo

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 08 de julho de 2015.

Atualmente pesquisas têm anunciado que, na idade de três a quatro meses, já é possível identificar risco ao desenvolvimento infantil e/ou risco de transtorno psíquico. Soma-se a essa questão a sobrevivência de bebês prematuros, cujo nascimento precoce aumenta ainda mais os riscos. Diante dessa problemática, faz-se necessário investir em testes que triem o desenvolvimento do bebê. O presente estudo possui dois objetivos principais: identificar possíveis correlações entre os resultados do eixo Pessoal-social do teste *Denver II* com os resultados dos *IRDIs* e as associações dos resultados desses protocolos entre bebês a termo e pré-termo. A pesquisa adota uma abordagem quantitativa de cunho transversal de Coorte. Foram avaliados oitenta bebês entre a termo e pré-termo, de três a quatro meses e 29 dias, através do eixo Pessoal-social do teste *Denver II* e os *IRDIs*. Nos resultados encontrados, verificou-se associação positiva ( $p=0,040$ ) entre os escores presentes nos *IRDIs* com a idade gestacional, sem porém, terem sido observadas correlações significativas entre os protocolos. Logo, coloca-se em pauta a discussão sobre a importância de protocolos que triem risco de desenvolvimento e risco psíquico de bebês. Identificou-se, também, que a prematuridade tem um valor preditivo importante, na medida em que, quanto maior for a idade gestacional do bebê, maior será a possibilidade de ausências de risco ao desenvolvimento infantil. Tais constatações indicam a importância de seguir investigando o potencial dos protocolos de triagem e acompanhamento infantil, bem como dos testes longitudinais disponíveis à área da saúde.

**Palavras-Chave:** Desenvolvimento infantil; Avaliação; Prematuridade; Relação mãe-filho.

## **ABSTRACT**

Monograph Specialization  
Postgraduate Course in Physical Rehabilitation Motor  
Federal University of Santa Maria

### **Analysis of the Relation between Personal-Social Axis of Denver II Test and the Child Development Clinical Risk Indicators**

AUTHOR: Miriã da Silva Guterres

SUPERVISOR: Dani Laura Peruzzolo

Date and Place of Defense: Santa Maria, July 08, 2015

Currently, researches have been announcing that between three and four months of age, it is possible to identify risk to the child development and/or risk of psychic disruption. This question is added to the premature babies' survival, whose preterm birth increases the risks even more. In front of this issue, it is necessary to invest in tests that sort the baby development. The present study has two main objectives: to identify possible correlations between the results of the personal-social axis of the *Denver* test II with the results of the IRDIs and the association of these protocols' results between premature and full-term babies. The research is characterized as one of a quantitative approach of Cohort's transversal stamp. Eighty premature and full-term babies between three months to three months and 29 day of age were evaluated through the personal-social axis of the *Denver* test II and the IRDIs. In the findings, it is verified a positive association ( $p=0,040$ ) between the scores present in the IRDIs with the gestational age, however, it was not observed significant correlations between the protocols. Therefore, the discussion about the importance of the protocols that sort the babies' development and psychic risk is raising awareness. It was also identified that the prematurity has an important predictive value, inasmuch as, the greater is the baby's gestational age, the more is the possibility of no risks in the child development. These findings indicate the importance of continuing investigating the sorting protocols' potential in the child monitoring, as well as, of the longitudinal tests available to the health area.

**KEYWORDS:** Child Development; Assess, Preterm; Mother-Son Relationship

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>08</b> |
| <b>ARTIGO</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>Resumo</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>1 Introdução</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2 Metodologia</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>2.1 Critérios de inclusão e exclusão e amostra</b> .....                      | <b>15</b> |
| <b>2.2 Instrumento e Procedimentos de coleta de dados</b> .....                  | <b>15</b> |
| <b>2.3 Local e período</b> .....   | <b>17</b> |
| <b>2.4 Procedimentos para análise dos dados</b> .....                            | <b>17</b> |
| <b>3 Resultados</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>3.1 Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil</b> .....       | <b>18</b> |
| <b>3.2 Teste de Triagem Denver II</b> .....                                      | <b>21</b> |
| <b>3.3 Correlação entre IRDIs e Eixo Pessoal-Social do Teste Denver II</b> ..... | <b>22</b> |
| <b>4 Discussão</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>5 Considerações Finais</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>Referências</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>30</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>32</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros meses de vida do bebê são o período de maior vivacidade, em que há uma potencialização do desenvolvimento ancorada pela neuroplasticidade (GONÇALVEZ, 2009; OLIVA; DIAS; REIS, 2009). Além desses componentes biológicos, há os fatores ambientais que influenciam no desenvolvimento infantil.

Os componentes biológicos fazem referência à estrutura neuromusculoesquelética, podem desenvolver-se adequadamente ou estar associadas às patologias congênitas ou adquiridas, a infecções intrauterinas, à prematuridade e à desnutrição, que vão interferir na vida do bebê, ocasionando, normalmente, atrasos significativos em seu desenvolvimento (ROMBE, 2012).

Em relação à prematuridade, diversos autores (CALDAS et al., 2014; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; MAGALHÃES et al., 2011) evidenciam em suas pesquisas que crianças pré-termos, comparadas a crianças a termos possuem atrasos em diferentes esferas, como na linguagem e na motricidade, déficits cognitivos e riscos psíquicos ao desenvolvimento.

Já os fatores ambientais estão ligados à cultura em que o bebê nasce, aos valores referentes ao significado de ter um filho e aos ensinamentos que vão intervir na educação e na saúde do bebê. Logo, observa-se que este está sob forte influência de estímulos sensoriais advindos do meio ambiente em que se encontra, de modo que parte significativa de seu desenvolvimento será influenciada pelos estímulos oferecidos pelos pais. Estímulos esses que levam o bebê entrar em contato com o que o mundo tem a oferecer e que, inclusive, poderão alterar sua condição biológica. Haja vista que, atualmente, a teoria da epigenética está sendo muito difundida para refletir sobre o controle da expressividade genética por parte do ambiente (MURATORI, 2014).

Assim, os componentes biológicos e ambientais estão relacionados à complexidade do desenvolvimento infantil. O desenvolvimento do bebê nascido pré-termo concomitante às questões orgânicas de imaturidade e aos conflitos maternos, gerados pela insegurança com os cuidados do filho por parte dos pais, podem influenciar no atraso de aquisições psicomotoras (BOTÊLHO et al., 2012). Já no bebê nascido a termo, influências ambientais poderão estar associadas ao atraso no



desenvolvimento infantil, como aspectos socioeconômicos da família e de saúde mental materna (RIBEIRO, PEROSA; PADOVANI, 2014).

Observa-se então, a necessidade de equipes de saúde preparadas para detectar precocemente os possíveis atrasos no desenvolvimento infantil, auxiliando a família do bebê a compreender as demandas que este traz, além de proporcionar uma atenção de qualidade, promovendo a saúde.

A detecção precoce é viável por meio de testes de triagem que anunciem risco ou atraso no desenvolvimento infantil. É justamente através da percepção precoce de sintomas na primeira infância que ocorrerá a intervenção precoce, a qual, segundo Coriat (1997, p. 32), tem como objeto de trabalho “lós bebés que presentan dificultades em sua desarrollo. [...] El posibilitar que aparezca ahí alguien que desee y desde ahí produzca acciones que Le pertenzcan significativas para El y lós outros”. Tal intervenção poderá auxiliar para o tratamento de sintomas que prejudicariam a vida futura do bebê, fornecendo diagnósticos de transtornos psíquicos, por exemplo.

Diante dessa problemática, diversos pesquisadores (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2014; PRETTO-CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014; GONZÁLEZ et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2011) têm utilizado testes de triagem que auxiliam na detecção precoce e em acompanhamentos longitudinais de crianças a partir dos dois meses de vida. Entre eles, os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (KUPFER; VOLTOLINI, 2005) e o Teste de Triagem de Denver II (MAGALHÃES et al., 2011). Esses dois protocolos são utilizados para triagem de bebês, com indicação para acompanhamento longitudinal quando houver sinais de atraso no desenvolvimento global (Teste Denver II) e risco psíquico no bebê (IRDIs).

Tendo isso em vista, o presente estudo buscou fazer um levantamento sobre pesquisas que tratam da importância desses dois protocolos para detecção precoce de risco ao desenvolvimento e à constituição psíquica do bebê e pretende problematizar seu uso oferecendo às equipes informações quanto à utilização concomitante de protocolos que possam complementar a avaliação do bebê já no início de sua vida.

O Teste de Triagem Denver II (ANEXO A), validado internacionalmente por Frankenburg et al. (1992) e no Brasil por Dracheler, Marshall e Carvalho-Leite (2007), é um protocolo que já possui considerável número de pesquisas, sendo

indicado para triagem rápida em equipes que atendem um contingente muito grande de bebês diariamente. Este teste possui quatro áreas de avaliação: Pessoal-social, motora ampla, motora fina e de linguagem/comunicação. Nesta pesquisa deu-se especial atenção à Pessoal-social por sua conexão com outro protocolo utilizado IRDIs.

Já os IRDIs (ANEXO B) consistem em um protocolo brasileiro, validado na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil no período de 2000 a 2009 (KUPFER et al., 2009), que só recentemente está sendo alvo de estudos. Por esse motivo, faz-se necessário, ainda, um período de pesquisas que problematizem o seu uso, para, por exemplo, compreender qual o impacto de sua evidência na triagem de prematuros.

Assim, a pesquisa teve como foco o uso dos protocolos Teste Denver II, especificamente o eixo Pessoal-Social, e os IRDIs, aplicados concomitantemente na triagem de bebês com idade entre três e quatro meses e vinte e nove dias, a termo e pré-termo. Objetivou identificar possíveis correlações entre seus resultados e a associação entre os resultados desses protocolos com bebês nascidos a termo e bebês nascidos pré-termo, uma vez que a condição de prematuridade pode interferir nas aquisições para o desenvolvimento (motor, psíquico, cognitivo).

Considerando o exposto, esta monografia apresenta o artigo intitulado “Análise da Relação entre o Eixo Pessoal-Social do Teste Denver II e os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil na Avaliação de Bebês Prematuros e a Termo”, oriundo da pesquisa realizada para obtenção do título de Especialista em Reabilitação Físico-Motora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O artigo a seguir é apresentado nas normas da revista Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Anexo C), que divulga informações de diversas áreas da Terapia Ocupacional, com contribuições para variados campos afins, colaborando para a ampliação do conhecimento e melhoria da prática terapêutica ocupacional. Tal revista é classificada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como qualis B1.

## ARTIGO

Análise da Relação entre o Eixo Pessoal-Social do Teste Denver II e os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil na Avaliação de Bebês Prematuros e a Termo<sup>1</sup>

Analysis of the Relation between Personal-Social Axis of Denver II Test and the Child Development Clinical Risk Indicators in the Evaluation of Preterm and a Term Babies

Miriã da Silva Guterres<sup>a</sup>

Dani Laura Peruzzolo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Terapeuta Ocupacional, Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: [miriguterres@terra.com.br](mailto:miriguterres@terra.com.br).

<sup>b</sup>Mestre em Educação. Docente do Curso de Terapia Ocupacional e da Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: [danilaura8@gmail.com](mailto:danilaura8@gmail.com).

**Contato:** Miriã da Silva Guterres, Avenida Roraima 1000; Prédio 26C; Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria, bairro Camobi; CEP 97105-900. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Endereço eletrônico: [miriguterres@terra.com.br](mailto:miriguterres@terra.com.br); Telefone para contato: (55) 9993-9889.

**Fonte de financiamento:** As despesas decorrentes da pesquisa foram de responsabilidade das pesquisadoras, a partir de financiamento próprio.

**Contribuição dos autores:** Miriã da Silva Guterres foi responsável pela interpretação dos dados e redação do artigo. Dani Laura Peruzzolo foi responsável pela concepção, interpretação e redação do artigo.<sup>2</sup>

**RESUMO: Introdução:** Os primeiros meses de vida do bebê são primordiais para seu desenvolvimento, influenciado por componentes biológicos e ambientes. Entre eles está a prematuridade podendo provocar atrasos até a fase escolar. Pesquisadores investem em testes longitudinais de bebês, avaliando seu desenvolvimento global e sua constituição psíquica.

---

<sup>1</sup>Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>2</sup>A contribuição é original e inédita. O texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

Pesquisas anunciam que, na idade de três a quatro meses, é possível identificar risco ao desenvolvimento infantil por questões produzidas na relação entre o bebê e sua mãe.

**Objetivos:** Identificar possíveis correlações entre os resultados do Eixo pessoal-social do Teste Denver II e dos índices clínicos e risco ao desenvolvimento, considerando a variável idade gestacional. **Métodos:** Adota abordagem quantitativa de cunho transversal de Coorte. Foram avaliados oitenta bebês, de três meses e quatro meses e vinte e nove dias, através do eixo Pessoal-social do Teste Denver II e dos índices de risco da fase I, entre 0 e 4 meses. **Resultados/Discussão:** Não houve correlações significativas entre o Teste Denver II e os Índices clínicos de risco, considerando a idade gestacional, mas verificou-se associação positiva ( $p=0,040$ ) entre os escores presentes nos índices de risco, de modo isolado, com a idade gestacional: quanto maior, mais índices presentes, e menor o risco psíquico ou ao desenvolvimento. Discute-se a importância de protocolos que triem risco psíquico, além dos protocolos que verificam outros aspectos do desenvolvimento, sobretudo em bebês prematuros, dada a associação estatística encontrada. **Conclusões:** Estes dois protocolos, juntos, poderão aumentar a eficácia da avaliação de bebês a termo ou pré-termo, já nos primeiros meses de vida.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil; Avaliação; Prematuro; Relação mãe-filho.

**ABSTRACT: Introduction:** The first months of a baby's life are essential to his/her development, influenced by biological components and environments. Among them is the prematurity, that may cause delays up to school age. Researchers invest in tests that follow babies longitudinally, evaluating their overall development and their psychic constitution. Research announces that, at the age of three to four months, it's possible to identify risk to child development by issues concerning the relationship between babies and their mothers. **Objectives:** To identify possible correlations between the results of personal-social Function by Denver II Test and clinical indices and development risk, considering the variable gestational age. **Methods:** We adopted a transversal quantitative approach by Coorte. We evaluated eighty babies from three months to four months and 29 days, through the Personal-social function by Denver II Test and risk indices phase 1, between 0 and 4 months. **Results/Discussion:** There were no significant correlations between Test Denver II and the Child Development Clinical Risk Indicators, considering gestational age, but positive association was found ( $p=0.040$ ) between the scores present in IRDIs with gestational age, as

an isolated issue: according to gestational age increases, there were more indicators, which impalies a lower psychic or developmental risk. We discuss the importance of protocols that screens psychic risk, besides protocols that verify others aspects of development, especially in preterm babies, considering the statistical association found. **Conclusions:** These two protocols together may increase the effectiveness of assess of term or preterm babies since the first months of life.

**Keywords:** Child Development; Assess; Preterm; mother-baby relationship.

## 1 Introdução

O desenvolvimento infantil é um complexo processo, cujos primeiros meses de vida são primordiais para o eixo neuropsicomotor. Os fatores que interagem nesse desenvolvimento consistem em componentes biológicos e ambientais, entre os quais a plasticidade neuronal e a maturação do sistema central, além da percepção, a cognição e as experiências da criança com o meio, todos fatores decisivos no desenvolvimento físico e emocional da criança (ROMBE, 2012).

Entre os fatores iatrogênicos biológicos e ambientais está a prematuridade (SASSÁ et al., 2011). Atualmente, devido ao aparato tecnológico e aos avanços da medicina e da ciência, o número de pré-termos vivos têm aumentado significativamente (ROMBE, 2012; CORONADO, 2014). Porém, apesar desse índice, as complicações pré e pós-natais em crianças prematuras podem ocasionar déficits psicomotores, cognitivos, nas áreas da atenção, memória e linguagem (CALDAS et al., 2014).

Esses estudos levaram à utilização de testes de rastreamento do desenvolvimento, principalmente com bebês prematuros, entre os quais o *Teste Denver II* (MAGALHÃES et al., 2011), que pode indicar atraso no desenvolvimento global entre zero e seis anos (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Este teste possui quatro áreas de avaliação: pessoal-social, motora ampla, motora fina e de linguagem/comunicação. Nesta pesquisa deu-se especial atenção à Pessoal-social por sua conexão com o outro protocolo utilizado nesta pesquisa: os índices clínicos de risco ao desenvolvimento infantil.

Com foco especial no risco psíquico, os *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)* avaliam o desenvolvimento do bebê a partir da teoria psicanalítica, diferenciando risco ao desenvolvimento de risco psíquico (KUPFER; VOLTOLINI, 2005;

KUPFER et al., 2009). Enquanto o risco ao desenvolvimento avalia a possibilidade de dificuldades no laço parental estarem criando obstáculos ao desenvolvimento de aspectos instrumentais (psicomotricidade, linguagem, etc), o risco psíquico indica a possibilidade de estruturação de uma psicopatologia grave, conforme já observado em alguns estudos do grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho (CRESTANI; MORAES; SOUZA, 2014; VENDRÚSCOLO; RAMOS, 2015).

A pergunta que originou esta pesquisa é se haveria ou não relação entre os resultados do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* com os resultados dos *IRDIs*, considerando a primeira etapa dos dois protocolos (até 4 meses e vinte e nove dias)? Considerando a análise comparativa entre bebês nascidos a termo e prematuros da pesquisa maior na qual se insere este estudo, buscou-se comparar também esses dois grupos a partir da análise dos resultados de ambos protocolos já no primeiro trimestre, pois algumas pesquisas já indicam ser possível detectar efeitos do estado de humor materno na relação já nesse período (FLORES et al., 2013; PRETTO-CARLESSO et al., 2014).

A partir do exposto, este estudo objetivou identificar possíveis correlações entre os resultados do Eixo pessoal-social do *Teste Denver II* e dos *IRDIs*, considerando a variável idade gestacional.

## **2 Metodologia**

Este estudo é caracterizado como pesquisa de abordagem quantitativa de cunho transversal de Coorte. As pesquisas quantitativas visam atuar em níveis de realidade e têm como finalidade evidenciar dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000).

A pesquisa insere-se na pesquisa maior “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e A termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção” sob autorização da CAE: 28586914.0.0000.5346. É caracterizado como um estudo longitudinal que acompanha comparativamente o desenvolvimento de 70 bebês prematuros e 70 a termo, do nascimento até dois anos de vida das crianças captadas em um hospital geral universitário e uma Unidade Básica.

Para este estudo foram utilizados os dados relativos aos resultados obtidos na primeira fase da pesquisa, compreendido entre os três meses e quatro meses e vinte e nove dias de vida do bebê, considerando a idade cronológica para os bebês nascidos a termo e a idade corrigida para os bebês nascidos pré-termo.

## 2.1 Critérios de inclusão, exclusão e amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por 80 bebês. O grupo de bebês nascidos pré-termo possuía um total de 27 bebês, divididos em 04 prematuros extremos (idade gestacional inferior a 30 semanas e seis dias), 12 prematuros moderados (idade gestacional acima de 31 até 34 semanas e seis dias), 11 prematuros limítrofes (35 a 36 semanas gestacionais e 6 dias). O grupo a termo contou com uma amostra de 53 bebês.

A pesquisa teve como critério de inclusão que os bebês tivessem com idade entre os três meses e quatro meses e vinte e nove dias vida e como critério de exclusão foram retirados da pesquisa os bebês com síndromes genéticas (síndrome de Down, X-frágil, etc), lesões neurológicas como encefalopatia crônica não progressiva, déficits sensoriais como surdez e/ou déficit visual.

## 2.2 Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Para a pesquisa, a avaliação foi realizada utilizando o *Teste de Triagem Denver II*, com ênfase no eixo Pessoal–social, e os *IRDIs* em ambos grupos estudados.

O *Teste de Triagem Denver II* contempla a análise do desenvolvimento global infantil de crianças de zero a seis anos de idade e não possui valor prognóstico, mas direciona através dos resultados os cuidados com o bebê ou a criança (SILVA et al., 2011). É composto por 125 itens distribuídos em quatro eixos discriminados do desenvolvimento neuropsicomotor: motricidade ampla, motricidade fina – adaptativa, pessoal-social e linguagem (SILVA et al., 2011).

Segundo Ribeiro, Perosa e Padovani (2014), o aspecto Pessoal-social, foco da pesquisa, possui 25 itens que dizem respeito à socialização da criança no ambiente familiar e fora dele. Em relação à faixa etária de até quatro meses e vinte e nove dias, ele é composto pelos itens: *Olha a face, Sorri em resposta, Sorri espontaneamente, e Olha a própria mão.*

Os critérios de pontuação podem ser: *passa, falha, sem oportunidade* ou *recusa* (MAGALHÃES et al., 2011). *Passa* se a criança consegue realizar a tarefa ou se há resposta positiva quando perguntado (desde que a tarefa permita) ao responsável; *falha* se a criança não consegue realizar a tarefa ou há resposta negativa quando perguntado ao responsável. O critério *sem oportunidade* refere-se quando o avaliador não consegue verificar se a criança realiza a tarefa devido a fatores externos e *recusa* quando a criança se recusa a realizar a

tarefa (HALPERN et al., 2000). Todos os itens são testados de acordo com procedimentos padronizados descritos no manual (FRANKENBURG et al., 1992).

Já os *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil* é pautado em pressupostos psicanalíticos, segundo os quais é na relação mãe – bebê que a criança se constituiu enquanto ser psíquico, sendo a fase do nascimento até os dezoito meses um período importante para os desdobramentos das funções psíquicas e mentais, em que as reações neurobiológicas são codificadas pelo cuidador e começam a fazer inscrições significativas e estruturantes para vida da criança, subjetivando o bebê (KUPFER et al., 2009).

Pensando na relação mãe - bebê e a partir de concepções psicanalíticas (KUPFER et al., 2009) foram desenvolvidos os *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)* através da pesquisa multicêntrica realizada no Brasil (KUPFER; VOLTOLINI, 2005). Foram estabelecidos quatro eixos que definem os Indicadores de Risco: suposição do sujeito; estabelecimento da demanda; alternância presença/ausência e função paterna.

Suposição do sujeito (SS) alude para as significações que a mãe dá aos atos reflexos do filho, sendo uma antecipação de um sujeito psíquico, que ainda está em constituição, causando grande prazer ao bebê que tentará corresponder ou produzir a cena (KUPFER et al., 2009). O estabelecimento da demanda (ED) refere-se às reações reflexas e involuntárias do bebê, como o choro, postura motora, sucção, que serão interpretados pela mãe como pedido endereçado a ela, criando uma demanda.

O terceiro eixo, alternância presença/ausência (PA), representa a capacidade da mãe de alternar sua presença e ausência no cuidado ao bebê, o que, segundo Peruzzolo et al. (2014), “aponta um tempo um pouco além dos três meses, no qual a mãe já consegue colocar-se em uma posição de quem não sabe tudo sobre o filho” (p. 156). Nesse eixo, a mãe não está totalmente à disposição do bebê, ocorrendo uma alternância física que produzirá no bebê espaço para novas descobertas.

O quarto eixo, função paterna (FP), é compreendido como a lei na dimensão social, intrínseco na mãe e relacionado ao homem/pai. A função paterna aparece na relação mãe-bebê a fim de possibilitar a separação simbólica, impedindo, assim, a genitora de considerar o seu filho exclusivamente seu objeto de adoração e satisfação. Logo, a singularização do bebê e sua distinção do corpo e palavras maternas dependerão desta função (KUPFER et al., 2009).

Kupfer et al. (2009) afirmam que é pela presença do índice que se verifica que o estabelecimento com o laço está se dando sem problemas. Já na ausência dos índices poderá perceber se isso indica ou não problemas psíquicos ou desenvolvimento. A ausência de todos os cinco índices da primeira etapa (zero a quatro meses) indica risco psíquico, enquanto a



ausência isolada de um ou outro índice de modo isolado poderá apontar “problemas na estruturação subjetiva do bebê e um possível transtorno em seu desenvolvimento.” (PERUZZOLO et al., 2014, p. 157).

Os itens avaliados até os quatro meses de vida do bebê são: 1 *Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer*; 2 *A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)*; 3 *A criança reage ao manhês*; 4 *A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação*; 5 *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe*.

Tanto os itens do *Teste Denver II* quanto os *IRDIs* foram avaliados por equipe treinada nos dois protocolos, ambos foram observados durante a interação espontânea do bebê com a mãe e com as examinadoras. Os demais itens do *Teste Denver II*, relativos ao motor fino, motor amplo e linguagem foram aplicados pela examinadora conforme protocolo do teste. Também foi realizada uma entrevista inicial por meio da qual foram obtidos os dados de saúde do bebê, sobre as condições pré e pós-natais, a idade gestacional, etc. Os dados da idade gestacional, peso e estatura do bebê também foram conferidos na análise da carteira de saúde.

### **2.3 Local e período**

Os bebês foram identificados nos serviços de Seguimento de Prematuros em hospital universitário de uma cidade no interior do Rio Grande Sul e no setor de teste do pezinho/puericultura de uma Unidade de Saúde Básica situada no mesmo bairro.

Para a avaliação e a aplicação dos protocolos, os familiares foram contatados e convidados a participar da pesquisa, necessitando dirigirem-se à unidade de referência (hospital ou UBS) nas datas agendadas.

O período de coleta utilizada para esta pesquisa estendeu-se de julho de 2014 até abril de 2015.

### **2.4 Procedimento para análise dos dados**

Os dados referentes ao estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o programa *Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS)*.

Na análise descritiva foram usados números absolutos e seus respectivos percentuais. Também foi utilizado o *Teste Exato de Fisher*, para avaliar se existia associação entre bebês

nascidos pré-termo ou a termo com os *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil*, relacionados ao período de até quatro meses. O mesmo teste foi utilizado para avaliar a associação de bebês nascidos a termo e pré-termo com os índices do *Teste Denver II*.

Outro procedimento metodológico da pesquisa foi a correlação de Pearson, adotado para avaliar a correlação da idade gestacional com as demais variáveis referentes ao índice de *IRDIs* presentes, índice de *IRDIs* ausentes e escore do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*.

### **3 Resultados**

A amostra estudada foi composta de 80 bebês, dos quais 47,5% (n=38) são do sexo masculino e 52,5% (n=42), do sexo feminino. Os bebês nascidos a termo possuem um n=53 (66,3%) e os bebês nascidos pré-termo, n=27 (33,8%). A média de idade gestacional da amostra é de 37,06 semanas ( $\pm 3,13$ ). Para os a termo a média é de 38,96 ( $\pm 1,45$ ) semanas, e para os pré-termo a média de idade gestacional é de 33,48 ( $\pm 2,12$ ). Caracterizando um grupo de prematuros moderados (idade gestacional acima de 31 até 34 semanas e seis dias).

#### **3.1 Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil**

Os resultados do *IRDIs* na faixa etária estudada estão expostos na Figura 01. Observa-se que os itens avaliados estão, em sua maioria, presentes. O índice mais presente foi: *A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)*, e o mais ausente foi *A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação*. A média geral de presença dos *IRDIs* foi de 87% nos bebês investigados.

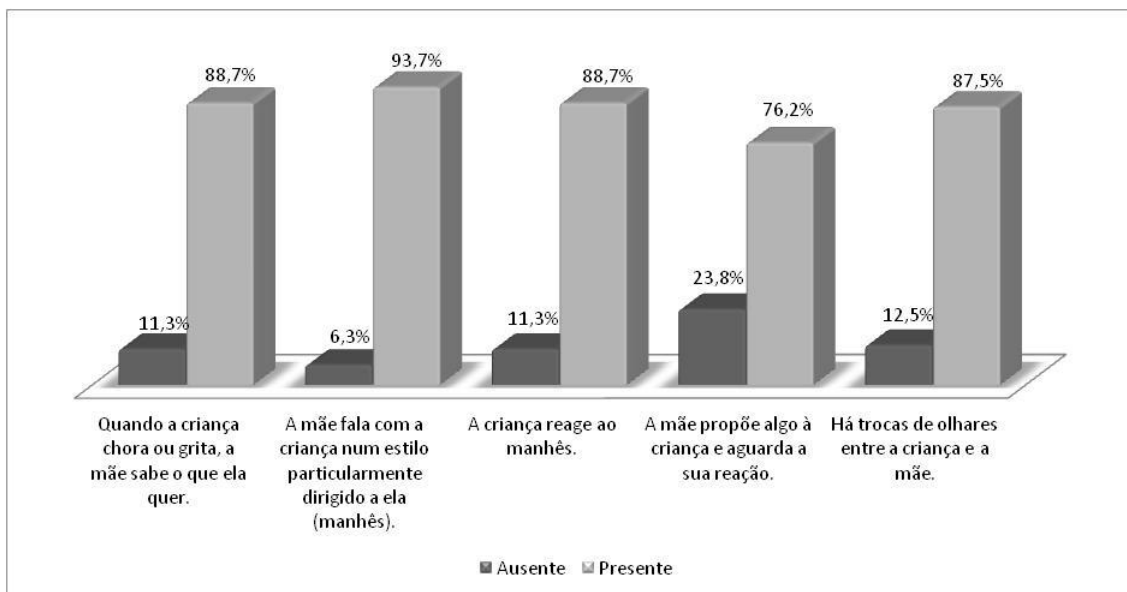


Figura 01: Resultado dos *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)* da amostra estudada. Valores expressados em percentuais.

Quando comparada a amostra do grupo a termo em relação aos *IRDIs*, o escore médio de presença é de 88,7%, maior que a média geral. Desses, 92,5% (n=49) da amostra apresentam os indicadores *Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer* e *A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)*. Tanto os índices *A criança reage ao manhês*, quanto o *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe* obtiveram escore médio de presença de 88,7% (n=47). O índice com menor presença foi *A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação* (81,1%), sendo que em 18,9% (n=10) da amostra verifica-se a ausência do item.

Já na amostra do grupo pré-termo em relação aos *IRDIs*, o escore médio de presença foi de 83,7%. O item com maior índice de ocorrência foi *A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)* com 96,3% (n=26), seguido da variável *A criança reage ao manhês*, com 88,9% (n=24) e, logo após, dos indicadores *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe*, com 85,2% (n=23) e *Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer*, com 81,5% (n=22). O indicador com menor escore de presença foi *A mãe propõe algo a criança e aguarda sua reação*, com 66,7% (n=18), sendo que 33,3% (n=9) da amostra tem este índice ausente.

Em relação aos resultados da Tabela 01, verifica-se que não existiu nenhuma associação significativa entre os *IRDIs* do grupo a termo e do grupo pré-termo. Porém, há de se destacar o índice com maior diferença entre bebês a termo e pré-termo, que foi *A mãe propõe algo à*

*criança e aguarda a sua reação*, cujo percentual no grupo a termo foi de 81,1%, enquanto no grupo de prematuros foi de 66,7%.

Tabela 01: A associação entre a amostra de bebês a termo, pré- termo e os *IRDIs*.

| IRDIS   | Grupo      |            | P-valor |
|---|------------|------------|---------|
|   | A termo    | Pré-termo  |         |
| <b>Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</b>                  |            |            |         |
| Ausente   | 4 (7,5%)   | 5 (18,5%)  | 0,138   |
| Presente  | 49 (92,5%) | 22 (81,5%) |         |
| <b>A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</b> |            |            |         |
| Ausente   | 4 (7,5%)   | 1 (3,5%)   | 0,448   |
| Presente  | 49 (92,5%) | 26 (96,3%) |         |
| <b>A criança reage ao manhês.</b>   |            |            |         |
| Ausente   | 6 (11,3%)  | 3 (11,1%)  | 0,645   |
| Presente  | 47 (88,7%) | 24 (88,9%) |         |
| <b>A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</b>                          |            |            |         |
| Ausente   | 10 (19,8%) | 9 (33,3%)  | 0,124   |
| Presente  | 43 (81,1%) | 18 (66,7%) |         |
| <b>Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</b>                                |            |            |         |
| Ausente   | 6 (11,3%)  | 4 (14,8%)  | 0,453   |
| Presente  | 47 (88,7%) | 23 (85,2%) |         |

Tabela 01: Valores expressados em n(%). *IRDIs*: *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil*. Teste Exato de Fischer.

Já na Tabela 02 verifica-se a média de idade corrigida entre os bebês com índices ausentes e presentes. Nesta análise somente o índice *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe* ( $p=0,012$ ) diferiu dos outros resultados, sendo que a idade corrigida dos bebês com esse índice ausente foi maior que a idade corrigida dos bebês com sua presença. Para os demais indicadores de risco, não existiu diferença significativa, porém observou-se que a média de idade corrigida para os bebês com índices ausentes foi maior em relação aos indicadores presentes.

Tabela 02: Comparação da média de idade corrigida em relação aos indicadores dos *IRDIs*.

| IRDIS  | N  | Média± DP   | P-valor |
|--|----|-------------|---------|
| <b>Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</b> |    |             |         |
| Ausente  | 5  | 50,20±23,53 | 0,451   |
| Presente   | 22 | 41,27±11,88 |         |
| <b>A mãe fala com a criança num estilo</b>                         |    |             |         |

|  |    |             |               |
|--|----|-------------|---------------|
| <b>particularmente dirigido a ela (manhês).</b>            |    |             |               |
| Ausente  | 1  | -           | -             |
| Presente   | 26 | 41,77±13,51 | -             |
| <b>A criança reage ao manhês.</b>                          |    |             |               |
| Ausente  | 3  | 56,67±14,57 | 0,083         |
| Presente   | 24 | 41,21±13,90 |               |
| <b>A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</b> |    |             |               |
| Ausente  | 9  | 45,33±17,73 | 0,554         |
| Presente   | 18 | 41,72±13,09 |               |
| <b>Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</b>       |    |             |               |
| Ausente  | 4  | 59,25±12,97 | <b>0,012*</b> |
| Presente   | 23 | 40,09±12,05 |               |

Tabela 02: Valores expressados em média± desvio padrão. N: número de bebês. IC: Idade corrigida. IRDIs: *Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil*. \*Teste Exato de Fischer

### 3.2 Teste de Triagem Denver II

Observa-se, na Figura 02, os escores resultantes da amostra total dos bebês investigados no eixo Pessoal-Social. Avaliando os resultados desse gráfico, verifica-se que a maioria das crianças analisadas passaram nos testes. Apenas 6 (7,5%) bebês não passaram, dos quais 4 (quatro) reprovaram no item *Sorri espontaneamente*, e 2 (dois) no item *Reconhece a própria mão*.

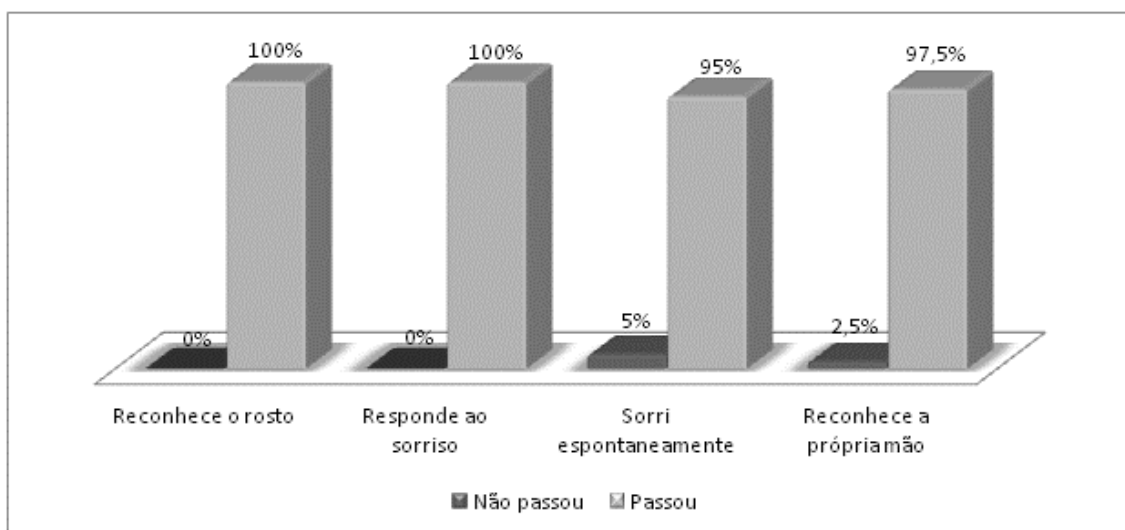


Figura 02: Análise dos escores eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* da amostra estudada. Valores expressados em percentuais.

Considerando somente o grupo a termo em relação ao *Teste Denver II*, 100% da amostra passaram nos itens: *Reconhece o rosto* e *Responde ao sorriso*. Somente 5,7% (n=3) dos bebês falharam no item *Sorri espontaneamente* e 3,8% no item *Reconhece a própria mão* (n=2).

No mesmo sentido, foi realizada a análise do grupo pré-termo, em que se observou que apenas um bebê não passou na avaliação dos itens do *Teste Denver II*, no item *Sorri espontaneamente*. O restante dos bebês passou 100% nos outros itens. Esse bebê que não passou, possui idade gestacional de 33 semanas e seis dias (considerado prematuro moderado).

Na associação entre a termo e pré-termo do *Teste Denver II* só foi possível ser executada a análise dos eixos *Sorri espontaneamente* e *Reconhece a própria mão*, pois no teste dos outros dois itens, todos os bebês passaram. Não houve significância de associação na análise comparativa entre os grupos a termo e pré-termo nos dois eixos analisados.

### 3.3 Correlação entre *IRDIs* e Eixo Pessoal-Social do *Teste Denver II*

Verifica-se, na Tabela 03, que não existiu correlação significativa entre o escore do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* e o escore de itens presentes e ausentes dos *IRDIs*, ou seja, o item social investigado do *Teste Denver II* não possui relação com os resultados dos *IRDIs* da faixa etária dos três meses até quatro meses e vinte e nove dias.

Tabela 03: Correlação do escore do eixo Pessoal-Social do *Teste Denver II* com os escores do protocolo dos *IRDIs* presente e ausente.

| <b>Eixo Pessoal-Social (Teste Denver II) correlacionado com as variáveis</b> | <b>Coefficiente de correlação</b> | <b>P-valor</b> | <b>Decisão da correlação</b> |
|--|-----------------------------------|----------------|------------------------------|
| IRDIs – Presente   | 0,020                             | 0,862          | Correlação não significativa |
| IRDIs – Ausente  | -0,028                            | 0,808          | Correlação não significativa |

Tabela 03: *IRDIs: Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil* \*Teste de correlação de Pearson

A correlação entre o escore do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* e os escores do protocolo *IRDIs* presente e ausente não evidenciou significância para nenhum dos dois grupos (a termo e pré-termo).

Quando verificada a correlação da Idade Gestacional com os escores finais do protocolo *IRDIs* e *Teste Denver II* (Tabela 04), observou-se que não existiu correlação entre a idade gestacional e o escore de itens ausentes dos *IRDIs* e nem com o escore do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*. Porém, foi observada uma correlação significativa positiva do escore geral de itens presentes do *IRDIs* com a idade gestacional ( $p=0,040$ ), ou seja, à medida que aumenta a idade gestacional, aumenta o escore de itens presentes no protocolo *IRDIs*.

Tabela 04: Correlação da Idade Gestacional com os escores finais do protocolo dos *IRDIs* e do eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*.

| <b>Idade gestacional correlacionada com as variáveis</b> | <b>Coefficiente de correlação</b> | <b>p-valor</b> | <b>Decisão da correlação</b>      |
|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| <i>IRDIs</i> – Presente                                  | 0,235                             | <b>0,040*</b>  | Correlação significativa positiva |
| <i>IRDIs</i> – Ausente                                   | -0,216                            | 0,058          | Correlação não significativa      |
| Eixo Pessoal-Social (teste <i>Denver II</i> )            | -0,029                            | 0,802          | Correlação não significativa      |

Tabela 04: *IRDIs: Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil*. \*Teste de correlação de Pearson.

#### 4 Discussão

Esta pesquisa partiu da investigação avaliativa da possível correlação entre o eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* e os *IRDIs*, relativos à idade entre três meses a quatro meses e vinte e nove dias, e sua possível associação quanto ao nascimento a termo ou pré termo do bebê. A hipótese inicial de que poderia não haver sobreposição de ambos protocolos se confirmou, pois a falta de correlação estatística entre ambos, sugere que podem ser complementares na análise do desenvolvimento. Não há correlação significativa entre os resultados dos escores dos *IRDIs* presentes e ausentes e os escores passa ou falha do Eixo Pessoal-social do *Teste Denver II* nem para a amostra geral (Tabela 04), nem associação significativa para os grupos distintos a termo e pré-termo.

Isso implica considerar-se a necessidade do uso dos dois protocolos associados para que se possam identificar mais especificadamente elementos importantes para a constituição psíquica e que irão interferir no desenvolvimento geral do bebê (PERUZZOLO et al., 2015).

Porém, os resultados anunciam outras interpretações para que se continue investigando o uso desses dois protocolos em crianças tão pequenas e também em situação de prematuridade.

A média geral de presença dos índices foi de 87% nos bebês investigados, dado corroborado com os estudos de Pretto-Carlesso et al. (2014) que, pesquisando essa mesma faixa etária de bebês pré-termo, a termo e pós-termo, encontraram uma média de 88,5% de bebês com presença dos índices, implicando a compreensão de ausência de risco ao desenvolvimento ou psíquico. Em ambos os estudos, observa-se uma taxa de ausência dos itens, implicando presença de risco também semelhante, de aproximadamente 13% dos bebês investigados. Isso sugere que este grupo necessita ser acompanhado nos primeiros anos de vida de modo que se possa intervir em tempo de impedir a instalação de psicopatologias graves (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2014; LAZNIK, 2013) e que poderiam se instalar nos primeiros três anos de vida e que, no caso desta pesquisa, não seriam detectados pelo *Teste Denver II*. Este

teste possivelmente pegaria um grupo menor de bebês, os casos mais graves, pois poucos bebês falharam no mesmo.

Ao considerar a análise dos grupos a termo e pré-termo, é importante destacar que, apesar de não haver significância estatística, há uma diferença entre o percentual de *IRDIs* presentes entre eles. No grupo a termo, o índice foi de 88,7%, e no grupo pré-termo foi de 83,7%, retomando a característica de prematuridade moderada deste grupo.

Entre os índices ausentes nesta etapa dos *IRDIs*, o de número 4 *A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação* é o que se destaca (Tabela 01), mesmo não havendo associação significativa é o indicador de maior diferença entre o grupo a termo (19,8%) e o grupo pré-termo (33,3%) dessa amostra. Essa ausência também foi encontrada no estudo de Flores et al. (2013), em crianças na mesma faixa etária sem distinção de idade gestacional, em que esteve combinado com os *IRDIs* 1 *Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer* e 2 *A mãe fala num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)*. No estudo das autoras, a ausência dos indicadores esteve associada ao estado materno de depressão. Já quando encontraram os *IRDIs* 1 *Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer*, 2 *A mãe fala num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)*, 4 *A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação* e 5 *Há troca de olhares entre a criança e a mãe*, ausentes, estavam associados a ansiedade materna, ou seja, os *IRDIs* foram sensíveis em relação à situação emocional materna, confirmando a associação dos estados depressivos e ansiosos com a presença de risco ao desenvolvimento infantil (Ibdi. p.348).

Quanto aos dados analisados para esta pesquisa, nas discussões referentes aos obtidos na avaliação dos *IRDIs*, no grupo pré-termo, observa-se a associação significativa ( $p= 0,012$ ) entre o indicador 5 *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe* e o grau de prematuridade, na medida em que, quanto mais prematuro o bebê ao nascer, maior foi o risco em relação a esse índice (Tabela 02).

Verifica-se também, a correlação positiva ( $p=0,040$ ) do escore geral de itens presentes dos *IRDIs* com a idade gestacional, ou seja, à medida que aumenta a idade gestacional, aumenta o escore de itens presentes no protocolo *IRDIs* (Tabela 04). Logo, identificou-se que a prematuridade associa-se ao risco ao desenvolvimento pelos índices de risco, pois quanto maior a IG, maior foi a possibilidade de ausências de risco ao desenvolvimento ou psíquico.

Uma possível interpretação sobre esses fatores é que as mães de bebês pré-termo, ainda estão sob os efeitos do nascimento prematuro e dos riscos vividos pelo bebê nesse período de vida. Angústias e incertezas geram conflitos maternos, além da insegurança dos cuidados frente ao filho prematuro (BOTÊLHO et al., 2012). Como os *IRDIs* avaliam a relação entre a mãe e seu



bebê, e considerando que essa relação está estimulada pela forma como o bebê responde ao investimento materno (MOLINA, 1998), é possível admitir que a prematuridade e a condição geral de um bebê muito novo possam influenciar na forma como a mãe o acolhe nos primeiros meses, podendo ser diferente à medida que o mesmo cresce e desenvolve seus órgãos e sistemas (BOTÊLHO et al., 2012). O bebê modifica suas reações reflexas e, posteriormente voluntárias, oferecendo à mãe gestos inseridos em uma cultura que oferece maiores recursos para a mãe interagir com o filho. Talvez na prematuridade esse processo fique deficitário. Por isso, ações em saúde como os Seguintes de Prematuros em hospitais especializados têm sido uma alternativa importante para a acolhida das mães e suas angústias (PERUZZOLO et al., 2014).

Ao analisar o *Teste Denver II*, observa-se que somente 7,5% dos bebês não passaram no eixo Pessoal-social, corroborando aos resultados do estudo de Ribeiro, Perosa e Padovani (2014), em que, das 65 crianças com até um ano de idade investigadas, somente 5,10% demonstrou atraso no eixo Pessoal-social, isto é, em ambos os estudos, as amostras investigadas apontam um bom desempenho do bebê na articulação com o meio. Os resultados desta pesquisa também confirmaram os resultados de Magalhães et al. (2011) que identificaram, em seus estudos com 177 crianças pré-termo, entre prematuros de muito baixo peso e extremo baixo peso, que 94,4% da amostra aos quatro meses passaram no item *Reconhece a própria mão*, percentual similar ao desta pesquisa, pois neste estudo 96,4% de bebês que passaram nesse item.

Dos 7,5% que não passaram no eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*, os de maior índice foram o do grupo a termo (n=5) em relação ao pré-termo (n=1), resultado distinto quando analisados os *IRDIs*. Embora não se saiba o desfecho evolutivo dos bebês, os índices de risco podem estar captando melhor a relação mãe-bebê do que o eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*, pois seu olhar está sobre a díade e não apenas nas respostas do bebê, o que sugere um salto qualitativo nas avaliações.

Como os bebês não falharam nos itens *Responde ao sorriso* e *Reconhece o rosto*, não foi possível realizar associação entre o grupo de bebês nascidos a termo e pré-termo para estes dois itens do teste. Do mesmo modo, não foi realizada a relação da idade gestacional corrigida com o indicador passa ou falha do *Teste Denver II* devido ao fato de somente um prematuro ter falhado num único item, o *Sorri espontaneamente*.

Portanto, os instrumentos de avaliação demonstraram a importância do seu uso para averiguar possíveis transtornos no desenvolvimento infantil, como também, a necessidade de atenção às mães de bebês prematuros, principalmente de baixa idade gestacional. A escuta e a

orientação, efetuadas por profissionais especializados, constituem-se em uma garantia da manutenção da boa relação mãe-bebê.

## 5 Considerações finais

O fato de este estudo identificar que não houve correlação significativa entre os resultados dos protocolos *IRDIs* e o eixo Pessoal-social do *Teste Denver II*, ressalta a importância de investir no uso de mais de um protocolo para a avaliação de triagem com bebês tão pequenos, prematuros ou não.

Atualmente os estudos focados para especificidades do desenvolvimento motor, psicomotor e da constituição psíquica do bebê estão comprovando a eficácia de diagnósticos e intervenções precoces que alteram a ordem dos sintomas, dando novas alternativas para futuro aos bebês e seus pais. Mesmo sendo ainda necessário investir em pesquisas longitudinais que identifiquem qual o curso dos resultados de triagens como as efetivadas por estes dois protocolos neste estudo, é importante considerar o potencial já validado para indicação de risco.

Considera-se que, estes dois protocolos, juntos, poderão aumentar a eficácia de uma avaliação de bebês nascidos a termo ou pré-termo, já nos primeiros meses de vida, contribuindo na construção de encaminhamentos para acolhimentos especializados que possam intervir no obstáculo que está dificultando o transcurso natural do desenvolvimento do bebê.

## Referências

BOTELHO, S. M. et al. O Cuidar Materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.

CALDAS, C. S. O. et al. Habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras. *Audiology Communication Research*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 158-166, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v19n2/2317-6431-acr-19-2-0158.pdf>>. Acessado em: 28/10/2014

CORONADO, N. B. *Coordenação fina e escrita de crianças de 6 a 9 anos nascidas a termo e pré-termo*: estudo descritivo. 2014. 86f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

- 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. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 169-176, 2014.
- FLORES, M. R. et al. Associação entre os indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 384-360, 2013.
- FRANKENBURG, W. K. et al. The DENVER II: A major revision and re-standardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, Illinois, v. 89, p. 91-97, 1992.
- HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal Pediatria*, Rio de Janeiro, v.76, n.6, 2000.
- KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopath*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.
- KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de Indicadores em Pesquisa de Orientação Psicanalítica: Um debate conceitual. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 359-364, 2005.
- LAZNIK, M. C. *A hora e a Vez do Bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013. p. 239.
- MAGALHÃES L. C. et al. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso extremo baixo peso segundo o teste de Denver-II. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 445-453, out./dez. 2011.
- MOLINA, S. E. *O Bebê da Estimulação Precoce*. Escritos da Criança n. 5. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1998.
- OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L.; SOUZA, A. P. R. Intervenção precoce em um estudo de prematuridade e risco ao desenvolvimento: contribuições da proposta de Terapeuta Único sustentado na interdisciplinaridade. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-202, 2013.
- PERUZZOLO D.L. et al. Contribuição à clínica da Terapia Ocupacional na área da intervenção precoce em equipe interdisciplinar. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar*, São Carlos, v. 2, n.2, p. 295-303, 2015 <http://dx.doi.org/10.4322%2F0104-4931.ctoAO0515->
- PERUZZOLO, D. L. et al. Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguidos de Prematuros Egressos de UTINs. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014.
- PRETTO-CARLESSO, J. P.; SOUZA, A. P. M.; MORAES, A. B. Análise da Relação entre Depressão Materna e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. F. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva*, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

ROMBE, P. G. *Comportamento lúdico pré-termo e seu desenvolvimento neuropsicomotor*. 2012. 168f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

SASSÁ, A. H. et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 541-549, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, N. D. H. et al. Instrumentos De Avaliação Do Desenvolvimento Infantil De Recém-Nascidos Prematuros. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.

VENDRÚSCOLO, J.F.; RAMOS-SOUZA, A.P. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. *Revista CEFAC*, v.17, n.3, p.707-719, 2015.

**Agradecimentos:** Ao grupo de pesquisa sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Ramos de Souza

### 3 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo a verificar possíveis associações entre o eixo Pessoal-Social do Teste de Triagem Denver II e os Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), na faixa etária de zero a quatro meses, de bebês nascidos a termo e pré-termo.

Após o processo avaliativo dos testes envolvidos no estudo, observou-se a idade gestacional como um possível preditor do atraso/risco ao desenvolvimento infantil. Percebeu-se que os bebês nascidos a termo, apesar de apresentarem maiores falhas no Teste Denver II, possuíram um desempenho melhor em relação aos pré-termos. Isso é constatado pela associação significativa ( $p=0,040$ ) da idade gestacional com os IRDIs, demonstrando que, à medida que aumenta a idade gestacional, aumenta o escore de itens presentes no protocolo IRDIs, bem como o indicador *Há trocas de olhares entre a criança e a mãe* ( $p= 0,012$ ). Evidenciou-se, assim, que o grau de prematuridade altera os IRDIs indicando a importância de investimentos imediatos em acolhimentos tanto do bebê quando da mãe, principalmente em relação à prematuridade.

Os resultados desta pesquisa indicam, também, outras reflexões, como a importância de testes múltiplos que triem longitudinalmente tanto o desenvolvimento quanto a constituição psíquica infantil, e que anunciam em seus resultados risco ou atraso. Nos IRDIs, por exemplo, as ausências dos itens investigados sugerem que há interferência negativa na relação mãe-bebê. No eixo Pessoal-Social, por sua vez, as falhas nos componentes são um sinal de alerta para algum fator no ambiente social do bebê que está interferindo em seu desenvolvimento.

Assim, investir no potencial destes testes de acompanhamento longitudinal qualifica a atenção integral na primeira infância e permite intervir de forma precoce em possíveis transtornos ao desenvolvimento infantil, viabilizando práticas de saúde baseadas na promoção e prevenção desse desenvolvimento.

Nesse sentido, são necessárias pesquisas que se dediquem a avaliar testes de triagem longitudinais a fim de identificar qual o curso dos resultados de triagens, tal como foi feito neste estudo.

## REFERÊNCIAS

- BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Constituição da Experiência de Maternidade e Risco ao Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1828-1836, nov./dez. 2014.
- BOTELHO, S. M. et al. O Cuidar Materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.
- CALDAS, C. S. O. et al. Habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 158-166, 2014.
- CORIAT, H. L. Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en El campo de los problemas Del desarrollo infantil. **Escritos de La Infancia**, Buenos Aires, n. 8, p. 29-41, sep. 1997.
- DRACHLER, M. L.; MARSHALL, T.; CARVALHO-LEITE, J. C. A continuous-scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 21, p. 138-153, 2007.
- FRANKENBURG, W. K. et al. The DENVER II: A major revision and re-standardization of the Denver Developmental Screening Test. **Pediatrics**, Illinois, v. 89, p. 91-97, 1992.
- GONÇALVES, F. S. Plasticidade Cerebral e a Clínica em Estimulação Precoce. In: HEINZ, M. M; PERUZZOLO, D. L. **Deficiências Múltiplas** – uma abordagem psicanalítica interdisciplinar. São Leopoldo, v.2 p.112-12, 2009
- GONZÁLEZ, R. R. et al. Edad de presentación de los reactivos del Test de Denver II en Niños de 0 a 4 años de edad del estado de Morelos. Mexico, **Salud Mental**, v. 36, n. 6, nov./dic. 2013.
- KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista latinoamericana de psicopatología fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010.
- KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de Indicadores em Pesquisa de Orientação Psicanalítica: Um debate conceitual. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 359-364, 2005.
- MAGALHÃES L. C. et al. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso extremo baixo peso segundo o teste de Denver-II. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 445-453, out./dez. 2011.
- MURATORI, F.O. **Diagnóstico Precoce do Autismo**: guia prática para pediatras. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce na Bahia. Salvador. 2014

OLIVA, A. D.; DIAS, G. P.; REIS, R. A. M. Plasticidade Sináptica: Natureza e Cultura Moldando o Self. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 128-135, 2009.

PRETTO-CARLESSO, J. P.; SOUZA, A. P. M.; MORAES, A. B. Análise da Relação entre Depressão Materna e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-510, mar./abr. 2014.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. F. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

ROMBE, P. G. **Comportamento lúdico pré-termo e seu desenvolvimento neuropsicomotor**. 2012. 168f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.





## ANEXO B - Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)

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

## **ANEXO C – Normas da Revista Cadernos de Terapia Ocupacional Universidade Federal de São Carlos**

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar?

### **ACESSO**

Não tem login/senha?

### **ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO**

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

### **APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS**

Os originais devem ser encaminhados aos *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* por meio eletrônico no site: **[www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br](http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br)**

### **FORMATO**

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

Os artigos submetidos deverão atender aos critérios de estruturação para a sua apresentação e de acordo com as diretrizes apontadas a seguir. É sugerido aos autores que façam um *checklist* quanto à estrutura do artigo antes de submetê-lo ao periódico. Os artigos que não atenderem aos itens mencionados serão devolvidos aos autores para adequação anteriormente à avaliação pelos Revisores *ad hoc*. Seguem abaixo as diretrizes para elaboração da: 1) Folha de Rosto e 2) Estrutura do Texto.

#### **1. Folha de rosto**

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável (endereço institucional) e fonte de financiamento.

**Título:** Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nos três idiomas (espanhol, português e inglês).

Informar, em nota de rodapé, se o material é parte de pesquisa e/ou intervenção.

No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos. No caso de análise de intervenções, indicar se todos os procedimentos éticos necessários foram realizados. Informar, ainda, se o texto já foi apresentado em congressos, seminários, simpósios ou similares.

**Autores:** Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país).

**Contato:** Indicar autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço institucional (instituição, rua, CEP, cidade, unidade da federação, país), endereço eletrônico e telefone para contato.

**Fonte de Financiamento:** O(s) autor(es) deverá(ão) informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

**Agradecimentos:** Se houver, devem vir ao final das referências.

**Contribuição dos autores:** O(s) autor(es) deve(m) definir a contribuição efetiva de cada um no trabalho. Indicar qual a colaboração de cada autor com relação ao material enviado (i.e.: concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão etc.).

O(s) autor(es) deverá(ão) dispor em nota de rodapé a afirmação de que a contribuição é original e inédita e que o texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

## 1. Estrutura do Texto

**Resumo e Abstract:** Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados/Discussão e Conclusões). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.

**Palavras-chave:** De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave deverão vir separadas por vírgulas. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – <http://decs.bvs.br>) e/ou o Sociological Abstracts.

**Tabelas:** Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo quadro deve ser nomeado como tabela.

**Figuras:** As figuras (diagramas, gráficos, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo diagrama, gráfico, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

### **Citações e Referências**

**Citações no texto:** Quando o nome do autor estiver incluído na sentença, deve estar grafado com as iniciais maiúsculas e com a indicação da data. Ex: Segundo Silva (2009). Se o nome do autor vir entre parênteses, esse deve estar grafado em letras maiúsculas. Quando houver mais de um autor, os nomes devem estar separados por ponto e vírgula. Ex: (SILVA; SANTOS, 2010). Se os autores estiverem incluídos no corpo do texto/sentença, os nomes deverão vir separados pela letra "e". Ex: Segundo Amarantes e Gomes (2003); Lima, Andrade e Costa (1999). Quando existirem mais de três autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o primeiro autor seguido da expressão "et al.". Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada).

**Referências:** Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023/2002. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente, conforme os exemplos:

**Livro:**

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**Capítulo de livro:**

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

**Artigo de periódico:**

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo: um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004.

**Tese:**

MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

**Documentos eletrônicos:**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Cidades@*: São Carlos. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 21 jun. 2008.

**Registro de ensaios clínicos**

O periódico *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS e do *International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, quando se tratar de pesquisa clínica, somente serão aceitos para publicação os artigos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE

([http://www.icmje.org/faq\\_clinical.html](http://www.icmje.org/faq_clinical.html)). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

### **Revisão Ortográfica**

Após a fase de apreciação, os textos aprovados serão submetidos à revisão de língua portuguesa (todo o texto) e inglesa (versão do título, das palavras-chave e do resumo), sendo que o(s) autor(es) do artigo deverá(ão) arcar com o custo desse trabalho.

Justifica-se a elaboração de revisão ortográfica para a garantia da habilidade de comunicação escrita dos textos a serem publicados e a sua leitura pelo público nacional e internacional.

### 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.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. O arquivo da submissão está formatado, apenas, pelo programa Microsoft Word 2007 ou posterior e os trabalhos enviados à revista em formato .doc editável;
3. URLs para as referências foram informadas quando possível;
4. O texto está em espaço 1,5; usa fonte Times New Roman tamanho 12; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos;
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em **Diretrizes para Autores**, na página Sobre a Revista;
6. Todas as referências seguem as instruções e modelos apresentados;
7. Não há identificação no corpo do texto que comprometa a Avaliação Cega por Pares.

### Declaração e Transferência de Direitos Autorais

No momento da submissão do artigo, os autores devem encaminhar a Declaração de Responsabilidade, Conflito de Interesse e Transferência de Direitos Autorais segundo modelo abaixo, assinada por todos os autores.

### **Declaração de Responsabilidade, Conflito de Interesse e Transferência de Direitos Autorais**

Título do trabalho:

Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, bem como que apresentei as informações pertinentes sobre as fontes de recursos recebidos para o desenvolvimento da pesquisa. Afirmando não haver quaisquer ligações ou acordos entre os autores e fontes de financiamento que caracterizem conflito de interesse real, potencial ou aparente que possa ter afetado os resultados desse trabalho.

Certifico que quando a pesquisa envolveu experimentos com seres humanos houve apreciação e aprovação de Comitê de Ética de instituição pertinente e que a divulgação de imagens foi autorizada, assumindo inteira responsabilidade pela mesma.

Certifico que o texto é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro material de minha autoria com conteúdo substancialmente similar não foi enviado a outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o texto está baseado, para exame dos editores.

Nome completo do(s) autor(es) e assinatura:

### **Termo de Concordância com Licença de Acesso Aberto**

O(s) Autor(es) deverá(ão) enviar o Termo de Concordância com Licença de Acesso Aberto assinado (por todos), conforme o modelo abaixo:

O periódico *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* é publicado conforme o modelo de Acesso Aberto e optante dos termos da licença Creative Commons BY-NC ("atribuição - uso não-comercial", disponível no site <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).

Nós, Autores do artigo "TÍTULO" abaixo assinados, declaramos que lemos e concordamos com os termos da licença acima.

Nome completo do(s) autor(es) e assinatura:

Nome completo

Data

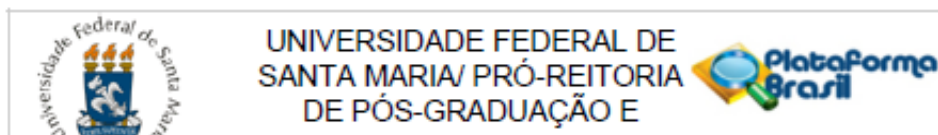
Assinatura

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.



## ANEXO D – PARECER SUBSTANCIAL DO CEP



### 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:** 10/08/2014

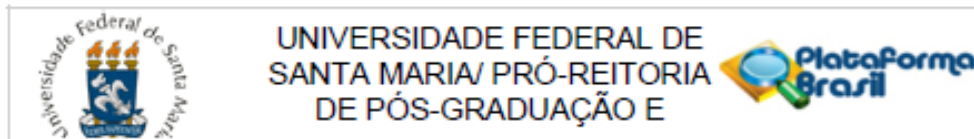
#### Apresentação do Projeto:

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.

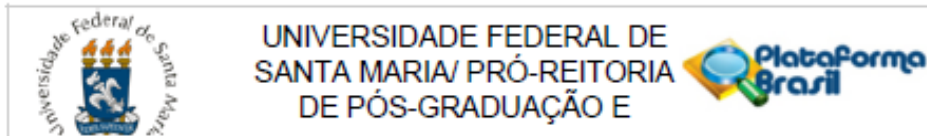
#### Objetivo da Pesquisa:

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:**

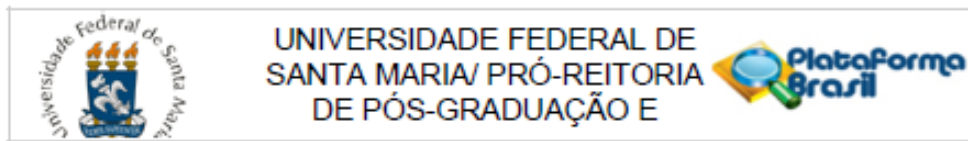
Aprovado

**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: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 852.722

SANTA MARIA, 19 de Maio de 2014

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

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

