

“PERFIL PSICOMOTOR DAS CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES ATENDIDAS EM UMA UBS EM FORTALEZA/CE”.

Julyana Rayna Cavalcante dos Santos ⁽¹⁾, Kátia Virgínia Viana Cardoso ⁽²⁾, Fabiane Elpídio de Sá ⁽²⁾

1. Discente do curso de Fisioterapia. Departamento de Fisioterapia- Universidade Federal do Ceará-UFC.

2. Docente do curso de Fisioterapia. Departamento de Fisioterapia- Universidade Federal do Ceará-UFC.

RESUMO

O desenvolvimento infantil é suscetível a diversas alterações, devido aos estímulos externos que podem ou não estar presentes na vida da criança, sejam estes ambientais ou sociais. O acompanhamento deste processo é de grande importância para minimizar qualquer sinal de atraso no desenvolvimento. O estudo descreveu de forma observacional, o perfil psicomotor de cinco crianças de 0 a 12 meses atendidas em uma UBS de Fortaleza, onde utilizou-se a escala de desenvolvimento Bayley III para avaliar os domínios cognitivo, de linguagem e motor. A amostra apresentou idade média de $5,8 \pm 3,1$ meses e as classificações de risco foram as seguintes: domínio cognitivo, 60% das crianças foram consideradas competentes; em comunicação receptiva e expressiva, o percentual de crianças competentes foi de 80%; no motor fino 60% foram competentes, embora as demais (40%) foram classificadas como em risco; no motor grosso, foi onde se encontrou o maior número de crianças em emergência (60%) e as demais foram classificadas em competentes (40%). Observou-se que crianças atendidas no serviço de puericultura da UBS apresentaram maiores índices de risco no desenvolvimento infantil no domínio motor, mas também apresentaram classificação em emergência ou risco no domínio de linguagem, embora em proporções menores. Estes resultados sugerem associação à prematuridade de algumas crianças e pela privação de estímulos ambientais e sociais inerentes à realidade da amostra.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Deficiências no desenvolvimento; Cuidado da criança;

ABSTRACT

Child development is susceptible to several changes due to external stimuli that may or may not be present in the child's life, whether environmental or social. The follow-up of this process is of great importance to minimize any signs of developmental delays. The study described, in an observational way, the psychomotor profile of six children from 0 to 12 months attended in a UBS of Fortaleza, where the Bayley III development scale was used to evaluate the cognitive, language and motor domains. The sample had a mean age of 5.8 ± 3.1 months and the risk classifications were as follows: cognitive domain, 60% of the children were considered competent; in receptive and expressive communication, the percentage of competent children was 80%; in the fine motor 60% were competent, although the others (40%) were classified as at risk; in the gross motor, it was found the largest number of children in emergency (60%) and the others were classified as competent (40%). It was observed that children attending the UBS childcare service present higher risk indices for child development in the motor domain, but also presented an emergency or risk classification in the language domain, albeit to a lesser extent. These suggest association to the prematurity of some children and the deprivation of environmental and social stimuli inherent to the reality of the sample.

Keywords: Child Development; Developmental disabilities; Child care;

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil na perspectiva sócio interacionista defendida por Piaget, Vygotsky e Wallon é visto como um processo dinâmico, em que a criança não é apenas receptora das informações ao seu redor, mas que através da interação com outras crianças, com adultos, com o meio e com o próprio corpo conseguem desempenhar a capacidade afetiva, a sensibilidade e a autoestima, o raciocínio, o pensamento e a linguagem, preconizando que a articulação entre os diferentes níveis de desenvolvimento (cognitivo, motor e afetivo) acontece de forma simultânea e integrada, com influência dos estímulos que estão sendo oferecidos.¹

O Dictionary of Developmental Disabilities Terminology define como atraso do desenvolvimento infantil a condição em que a criança não está se desenvolvendo e/ou não alcança habilidades de acordo com a sequência de estágios pré-determinados.²

Não existem dados estatísticos confiáveis que retratem a real incidência de crianças com problemas no desenvolvimento no mundo e a provável causa disso é a falta de padronização na definição do que é um atraso no desenvolvimento infantil. Entretanto, estima-se que aproximadamente 200 milhões de crianças menores de cinco anos de idade estão sob risco de não atingir seu pleno desenvolvimento.^{3,4}

O atraso do desenvolvimento está associado a várias condições da infância, desde a gravidez e o parto, ou fatores adversos como a subnutrição e agravos neurológicos, até fatores ambientais e contextuais que podem submeter a criança a riscos psicossociais. O atraso pode ser, também, uma condição transitória, o qual poderá ser resolvido a partir de uma devida avaliação e seguinte intervenção.⁴

Identificam-se alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de atrasos no desenvolvimento de crianças, além das condições ambientais como um nível socioeconômico precário ou baixa escolaridade dos pais devem ser observadas as condições biológicas, como a idade gestacional e o peso ao nascimento. Além destes, podem estar relacionados com o desenvolvimento infantil, fatores psicológicos e emocionais, como a ausência do pai, a depressão materna e a fragilidade no vínculo afetivo e relacional dos pais com a criança.^{6,7}

Referente às questões ambientais, Veleda, Soares e César-Vaz em 2011 afirmaram que há a associação entre a renda familiar e a suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, trazendo que rendas mais baixas (inferiores a 2 salários mínimos) dobravam o risco de atraso no desenvolvimento, relacionando com as oportunidades de desenvolvimento e com a qualidade de vida da criança.⁸

Há, então, a necessidade de uma vigilância do desenvolvimento a partir de um processo contínuo e detalhado realizado por profissionais da saúde, destinado à promoção do desenvolvimento infantil e à detecção de atrasos e anormalidades durante os cuidados primários à saúde, preconizando a identificação de quais fatores estão interferindo neste processo.^{9,10}

A escala Bayley III de avaliação é, então, um método de avaliação do desenvolvimento infantil confiável e amplamente utilizado, por averiguar de forma detalhada nos domínios cognitivo, de linguagem e motor, traçando um perfil abrangente e global de cada criança e satisfatoriamente sensível aos atrasos existentes.¹¹

A intervenção no desenvolvimento infantil, portanto, deve ocorrer antes da instalação de qualquer agravo ou atraso, visando a promoção de saúde dessa criança, em que Benczik (2011) institui como o melhor método inicial de estimulação, a interação entre os pais e o

bebê, a fim de desenvolver as habilidades motoras, afetivas e cognitivas de forma satisfatória e cronologicamente correta.¹²

Nesse contexto, o profissional de saúde em geral deve atuar de forma ativa, dispondo de orientações que facilitem e informem esse processo de vínculo e interação, em que, muitas vezes, os pais desconhecem e não o fazem apenas por falta de informação o que resulta em uma maior probabilidade do acontecimento de atrasos no desenvolvimento.¹²

O presente estudo objetiva descrever o perfil motor, cognitivo e linguístico de crianças de 0 a 12 meses atendidas em um serviço de puericultura.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional e descritiva, contendo uma série de casos de avaliação do desenvolvimento infantil. A pesquisa seguiu as determinações éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e do Código de Ética da Fisioterapia e Terapia Ocupacional e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (parecer 1.937.391). Obteve-se o termo de consentimento livre e esclarecido dos pais. Esta pesquisa foi recorte de um plano de intervenção do Programa de Promoção e Acompanhamento do Desenvolvimento infantil – PADI, extensão da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Prefeitura Municipal de Fortaleza intitulado: Efeito da implementação de um modelo de cuidado de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor na atenção básica de saúde.

O estudo desenvolveu-se entre os meses de agosto a novembro de 2017, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Anastácio Magalhães. A seleção da amostra se deu por conveniência, de forma consecutiva, mediante autorização por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais. Foi composta por crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento motor de 0 a 12 meses, recebidas no serviço de puericultura do campo deste estudo. Esta suspeita foi resultante de indicação dos pediatras do serviço, da puericultura realizada pela enfermagem ou a partir de uma avaliação motora realizada pela equipe de fisioterapia do serviço com a utilização da Escala Motora de Alberta (AIM's) que tem um olhar estritamente motor e que funcionou como critério de triagem para indicação de uma avaliação mais global a partir da escala Bayley III. Os fatores de exclusão foram: afecções osteomioarticulares e infecções com presença de febre. Critérios de retirada do estudo: irritabilidade.

O instrumento utilizado para avaliação foi a escala de desenvolvimento infantil Bayley-III que consiste em 3 sub-escalas distintas: cognitiva, de linguagem que inclui o subtteste de comunicação receptiva e o subtteste de comunicação expressiva, e motora que inclui um subtteste de coordenação motora fina e um subtteste de coordenação motora grossa. Estas foram administradas ao bebê ou à criança por um avaliador previamente treinado, a partir de uma avaliação de atividades cotidianas e inerentes à idade de cada criança, percebendo a capacidade de realizá-las. As crianças foram submetidas a atividades simples, sem receber instruções prévias de movimentos, e observadas se realizaram ou não o proposto pela escala. As avaliações foram realizadas em uma sala fechada da UBS em que estiveram presentes o avaliador, a criança e o cuidador, retirando qualquer estímulo externo a esse ambiente. A escala determina que cada idade tem suas atividades referentes, a fim de avaliar o bom desempenho de cada uma delas e se está concomitante ao esperado para esta idade. Se a criança não conseguir realizar, volta para as atividades referentes à idade anterior, onde será avaliada novamente. Os tipos de pontuações disponíveis nas escalas Bayley-III e sub-testes

são pontuações escalonadas, pontuação composta e classificações percentis. Os escores escalonados são referentes à pontuação bruta em cada subteste, onde a atividade realizada é equivalente a um ponto e a não realização desta equivale a zero e os escores compostos Bayley-III são derivados da soma das pontuações escalonadas dentro do domínio avaliado. Neste estudo, serão utilizadas as pontuações escalonadas e a classificação de risco no desenvolvimento, podendo ser em risco, em emergência e competente, de acordo com os parâmetros oferecidos previamente pela escala²² e a pontuação obtida pela criança avaliada e a faixa etária em que se encontra no momento da avaliação. As crianças avaliadas que foram detectadas com atraso no desenvolvimento neuromotor, classificadas em risco em mais de dois subtestes, foram encaminhadas ao Núcleo de Estimulação Precoce- NUTEP da Universidade Federal do Ceará para intervenção.

Referente à análise estatística, utilizou-se para descrever as características dos sujeitos da amostra medidas descritivas tais como: medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão), frequência simples e frequência percentual (%). Os dados resultantes do instrumento aplicado foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 23.0.

RESULTADOS

A média de idade das crianças avaliadas foi de $5,8 \pm 3,1$ meses, variando de 3 a 11 meses. Na tabela 1 está apresentada a caracterização da amostra quanto ao sexo, à idade gestacional e à presença de riscos durante a gestação. Observa-se que mais da metade das crianças (60%) eram do sexo feminino e que 40% foram prematuras (idade gestacional de 37 semanas).

A tabela 2 traz a análise descritiva das variáveis da escala em que a criança pode ser classificada de acordo com a pontuação bruta de cada subteste, nas seguintes categorias de risco: risco, emergência e competente, sendo definida de acordo com a habilidade da mesma em realizar a tarefa solicitada durante a aplicação do teste, gerando uma pontuação final no subteste. Em relação ao domínio cognitivo, 60% das crianças foram classificadas como competentes para a sua idade, em comunicação receptiva e expressiva, o percentual de crianças competentes foi de 80%; no subteste motor fino 60% foram competentes, embora as demais (40%) foram classificadas como em risco. No último subteste, motor grosso, foi onde se encontrou o maior número de crianças em emergência (60%), em que as demais foram classificadas em competentes (40%).

A tabela 3 mostra pontuação bruta da escala Bayley III nos cinco subtestes: Cognitivo, Comunicação receptiva, Comunicação Expressiva, Motor fino e Motor grosso.

Cada subteste da Escala Bayley III é realizado a partir de atividades esperadas para a criança que está inserida em sua respectiva faixa etária em que, neste estudo, foram divididas em 0 a 6 meses e 7 a 12 meses. As tabelas 5 a 9 mostram a atividade solicitada em cada subteste e se foi realizada ou não pela criança avaliada. Os resultados mostrados são dos domínios cognitivo, da comunicação receptiva, da comunicação expressiva, do motor fino e do motor grosso, respectivamente.²²

Referente ao subteste cognitivo, observou-se 60% da amostra (Criança 1, 3 e 5) teve como última tarefa avaliada, de acordo com as regras da escala, a atividade de olhar para figura, em que ela precisa olhar, reconhecer e mostrar interesse para pontuar, entretanto, esta foi a última tarefa avaliada e não realizada pelas três crianças supracitadas. As demais realizaram atividades posteriores como mostra a tabela 4.

Em relação à comunicação receptiva as crianças 2 e 5 (40%) tiveram como última tarefa avaliada a resposta a rotinas sociais a pedido, em que ela deve responder de maneira apropriada a algum pedido solicitado que esteja presente em seu cotidiano. A última atividade solicitada e realizada pelas duas crianças foi a de resposta ao nome. As demais realizaram atividades posteriores como mostra a tabela 5.

O subteste de comunicação expressiva mostrou que as crianças 1 e 2 (40%) tiveram como última tarefa avaliada o uso de uma palavra aproximada, em que precisam produzir o som de pelo menos uma palavra aproximada. A última atividade solicitada e realizada foi a de utilizar gestos para expressar suas vontades. As demais realizaram atividades posteriores como mostra a tabela 6.

Referente às atividades de motor fino, as crianças 2 e 5 (40%) tiveram como última tarefa avaliada a habilidade e pegar com a mão inteira e segurar a bolinha de cereal. A última tarefa solicitada e realizada foi o ato de, propositalmente, levar a mão à boca como mostra a tabela 7.

No último subteste realizado, não houve atividades finais semelhantes entre as 5 crianças. Cada uma teve a finalização do teste em tarefas diferentes como mostra a tabela 8.

Algumas limitações desse estudo devem ser ressaltadas como o número reduzido da amostra com a baixa representatividade do perfil de crianças atendidas na UBS Anastácio Magalhães. Encontrou-se durante o período de avaliações grande dificuldade quanto ao compromisso dos pais/responsáveis em levar as crianças para serem avaliadas na data proposta, acarretando em algumas remarcações e conseqüente atraso nas avaliações. Além disso, a falta de uma tradução para a língua portuguesa e validação cultural para a população brasileira, também se tornou um fator de dificuldade para a mensuração da pontuação de forma eficaz, assumindo que algumas tarefas solicitadas às crianças como critério de avaliação não fazem parte de sua rotina e são, portanto, desconhecidas.

DISCUSSÃO

Espera-se que crianças prematuras apresentem pontuações menores nos domínios avaliados pela escala Bayley III, excepcionalmente no domínio motor, devido a imaturidade neuromotora, resultante da interrupção prematura do processo gestacional. Janssen et al., 2011 realizou em um estudo prospectivo a descrição do desempenho motor longitudinal em recém-nascidos prematuros de 6 a 24 meses, a fim de detectar a influência de fatores de risco nas trajetórias de desempenho do motor através da avaliação da escala Bayley II no domínio motor (subtestes motor fino e motor grosso). Este estudo foi realizado com 348 bebês prematuros (IG: 34 semanas) e mostrou que o escore bruto da escala motor foi variável dependente de fatores de risco como hemorragia intra-ventricular, com valor bruto menor e o sexo masculino também sugeriu valores inferiores, além disso, a altura e a qualidade do movimento influenciam de forma positiva o nível do escore bruto na categoria motora.¹³

A escala de desenvolvimento Bayley III é, atualmente, uma das mais utilizadas para avaliação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, por tratar-se de uma abordagem total da criança perpassando pelos domínios de cognição, de linguagem e motor. Entretanto, algumas precauções devem ser adotadas em sua aplicação para não existir a supervalorização de capacidade e camuflar possíveis atrasos no desenvolvimento.^{14,15}

Acredita-se que a interrupção prematura do processo gestacional interfere negativamente no desenvolvimento da criança, nos primeiros anos de vida, devido a não

maturação do sistema nervoso do bebê, antes da sua exposição externa ao útero e os diversos estímulos nocivos a ele. Estudo realizado com 190 crianças prematuras com idade gestacional média de 27 semanas e avaliadas com a escala Bayley III de 20 a 28 meses após o nascimento, mostrou que a identificação de deficiência motora foi alta, sobretudo para deficiência grave, corroborando com o presente estudo que mostra menores escores na pontuação motora.¹⁶

Entretanto, não somente bebês pré-termo ou de baixo peso estão suscetíveis a atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Crianças com idade gestacional ideal, que não são submetidas aos estímulos considerados ideais para sua faixa etária, também podem apresentar desenvolvimento aquém dos padrões de normalidade. As influências ambientais, emocionais e sociais estão intimamente ligadas a este processo.^{17,18}

O presente estudo mostrou que os subtestes, onde foram encontrados maiores índices de crianças classificadas em risco ou emergência no desenvolvimento foram motor fino e motor grosso, corroborando com Baltieri *et al.*, 2010 quando afirma em estudo com 40 lactantes de idade média 14,3 meses, que o desempenho motor global, definido este pelo somatório do motor grosso e motor fino para gerar a pontuação composta do teste, mostrou-se abaixo dos parâmetros de normalidade, com 22,5% das crianças classificadas com suspeitas de atraso no desempenho motor grosso e global. Evidenciou desempenho motor grosso aquém do motor fino e uma discrepância de 35% entre estes domínios. Tais achados mostram relação com múltiplos fatores, como prematuridade, baixa condição socioeconômica e escolaridade dos pais, situações de estresse múltiplo, além do reduzido nível de estimulação associado ao ambiente de creche e diminuição da interação parental.¹⁹

Embora a escala de desenvolvimento Bayley III, seja amplamente utilizada para a avaliação de crianças, um estudo na Austrália realizado com 122 crianças com idade média de 34,9 meses trouxe evidências de que há certa subestimação do grau de atraso do desenvolvimento infantil para o diagnóstico de alguma deficiência, corroborando com o estudo de Anderson et al, 2010, realizado no mesmo país.¹⁴ As taxas encontradas na população australiana foram mais altas que as preconizadas na população dos EUA, sugerindo que as questões culturais podem interferir nessa avaliação, por modificar o desempenho em itens de testes individuais, resultando em pontuações subestimadas.²⁰

Para verificar essa compatibilidade entre as diferentes populações, Anderson et al., 2010 realizou uma pesquisa com 440 crianças com idade corrigida de 24 meses divididas em dois grupos: Prematuro extremo (PE) com idade gestacional (IG) menor que 28 semanas e grupo controle, bebês com IG acima de 37 semanas. Em relação à pontuação de cada subteste, o grupo PE apresentou dados significativamente inferiores ao grupo controle em todos os domínios, excepcionalmente no domínio motor, corroborando com o presente estudo, entretanto, as pontuações obtidas no grupo PE estavam dentro da referência de alcance preconizada pelo Bayley III, evidenciando que os dados podem ser subestimados na triagem de algum atraso no desenvolvimento da criança. Observou-se que quando o atraso do grupo PE foi comparado em relação grupo controle, foi muito mais expressivo do que quando baseado em valores de referência Bayley III. Contudo, os estudos coortes mostram que taxas mais baixas de atraso são relatadas em amostras que incluem bebês mais maduros, caso do estudo supracitado que foi limitado a crianças de 24 meses, diferente do presente estudo em que a amostra foi composta por bebês nos 12 primeiros meses de vida.¹⁴

Em um estudo realizado com 190 crianças prematuras com idade gestacional média de 27 semanas e avaliadas com a escala Bayley III, no período de 20 a 28 meses, após o nascimento mostrou que a identificação de deficiência motora foi alta, sobretudo para

deficiência grave, corroborando com o presente estudo que mostra maiores valores de risco na pontuação motora.¹⁶

Em estudo prospectivo, em uma coorte realizado com 345 crianças, nos 12 primeiros meses de vida (idade corrigida) com idade gestacional ≤ 32 semanas observou-se que as pontuações composta e subescala para as escalas cognitiva, linguística e motora foram inferiores ao percentil 50, sem diferenças significativas entre elas, trazendo a categorização de risco como crianças em emergência ou risco nos 5 subtestes da escala Bayley III. Através de avaliações realizadas com outros instrumentos concomitantes ao estudo encontrou-se que as transfusões de sangue, a idade gestacional e duração da ventilação mecânica invasiva e administração de oxigênio, estavam consistentemente relacionadas ao desfecho do desenvolvimento neurológico e consequente atraso neuropsicomotor.²¹

CONCLUSÃO

Observou-se a partir do presente estudo que crianças atendidas no serviço de puericultura da UBS apresentam maiores índices de risco no desenvolvimento infantil no domínio motor, mas também apresentaram classificação em emergência ou risco no domínio de linguagem, embora em proporções menores. Estes sugerem associação ao número considerável de crianças consideradas prematuras dentro do estudo e pela privação de estímulos ambientais e sociais inerentes à realidade da amostra em estudo.

REFERÊNCIAS

1. Craidy CM, kaercher GEPS. Capítulo 03: O desenvolvimento infantil na perspectiva sociointeracionista: Piaget, Vygotsky, Wallon. Educação Infantil. Pra que te quero? Artmed, Porto Alegre, 2009, p.27-37.
2. Accardo PJ, whitman BY, Behr SK. (ed.). Dictionary of developmental disabilities terminology. Paul H Brookes Publishing Company, 2002.
3. Willrich A, Azevedo CCF de, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc, 2009, 17.1: 51-6.
4. Dornelas FL, De Castro DNM, De Castro ML. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. Revista Paulista de Pediatria, 2015, 33.1: 88-103.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS, 2005. in press.
6. Willrich A, Azevedo CCF de, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc, 2011, 17.1: 51-6.
7. Brito CML, *et al.* Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares Neuropsychomotor development: the Denver scale for screening cognitive and neuromotor delays. Cad. Saúde Pública, 2011, 27.7: 1403-1414.

8. Veleza AA, Soares MCF, César-vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Rio Grande, 2011. 79-85
9. Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. Paidéia, 2011, 21.48.
10. Connolly BH, McClune NO, Gatlin R. Concurrent Validity of the Bayley-III and the Peabody Developmental Motor Scale–2. *Pediatric Physical Therapy*, 2012, 24.4: 345-352.
11. Fernandes LV, *et al.* Neurodevelopmental assessment of very low birth weight preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. *Jornal de pediatria*, 2012, 88.6: 471-478.
12. Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011.
13. Janssen Anjo JWM, *et al.* "Unstable longitudinal motor performance in preterm infants from 6 to 24 months on the Bayley Scales of Infant Development—Second edition." *Research in developmental disabilities* 1902-1909, 2011.
14. Anderson PJ, *et al.* Underestimation of developmental delay by the new Bayley-III Scale. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, v. 164, n. 4, p. 352-356, 2010.
15. Santos ES, Luttikhuisen *et al.* Predictive value of the Bayley scales of infant development on development of very preterm/very low birth weight children: a meta-analysis. *Early human development*, v. 89, n. 7, p. 487-496, 2013.
16. Wong HS, Cowan FM, Modi N. The validity of standardised two-year neurodevelopmental status assessed during routine nhs follow-up of children born < 30 weeks' gestation. 2015.
17. Padilha JF, Seidel EJ, Copetti F. Análise do desenvolvimento motor e qualidade do ambiente domiciliar de crianças pré-escolares. *Saúde (Santa Maria)*, v. 40, n. 1, p. 99-108, 2014.
18. Rodrigues OMPR. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista*, n. 43, p. 81-100, 2012.
19. Baltieri L, *et al.* Desempenho motor de lactentes frequentadores de berçários em creches públicas *Revista Paulista de Pediatria*, vol. 28, núm. 3, setembro, 2010, pp. 283-289 Sociedade de Pediatria de São Paulo São Paulo, Brasil
20. Milne S, McDonald J, Comino EJ. The use of the Bayley scales of infant and toddler development III with clinical populations: A preliminary exploration. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, v. 32, n. 1, p. 24-33, 2012.
21. Velikos K, *et al.* Bayley-III scales at 12 months of corrected age in preterm infants: Patterns of developmental performance and correlations to environmental and biological influences. *Research in developmental disabilities*, v. 45, p. 110-119, 2015.
22. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development: technical manual. Harcourt Assessment, 2006.

Tabela 1: Distribuição de frequências das variáveis características de crianças de 0 a 12 meses atendidas na puericultura de uma UBS.

Sexo	Frequência	%
Feminino	3	60
Masculino	2	40
<i>Total</i>	5	100
Idade Gestacional		
37 semanas	2	40
39 semanas	2	40
40 semanas	1	20
<i>Total</i>	5	100
Gestação de Risco		
Sim	2	40
Não	3	60
<i>Total</i>	5	100

Tabela 2: Classificação nas categorias de risco de acordo com cada subteste avaliado em crianças de 0 a 12 meses atendidas na puericultura de uma UBS.

	Cognitivo	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva	Motor Fino	Motor Grosso
Criança 1	Risco	Competente	Emergência	Competente	Emergência
Criança 2	Emergência	Competente	Competente	Risco	Emergência
Criança 3	Competente	Competente	Competente	Competente	Emergência
Criança 4	Competente	Competente	Competente	Competente	Competente
Criança 5	Competente	Emergência	Competente	Risco	Competente
Total (%)	60% (Competente)	80 % (Competente)	80 % (Competente)	60 % (Competente)	40 % (Competente)
	20% (Emergência)	20% (Emergência)	20% (Emergência)		60% (Emergência)
	20% (Risco)			40% (Risco)	

Tabela 3: Pontuação bruta de cada subteste da Escala Bayley III avaliada em crianças de 0 a 12 meses atendidas na puericultura de uma UBS.

	Cognitivo	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva	Motor Fino	Motor Grosso
Criança 1	5	11	4	7	5
Criança 2	6	6	5	3	5
Criança 3	8	9	7	7	6
Criança 4	16	16	14	16	15
Criança 5	8	4	5	3	9