

# Investigação de Fatores Considerados de Risco para o Desenvolvimento Motor de Lactentes até o Terceiro Mês

Veronica Aparecida Pereira<sup>1</sup>

Carla Suzana Oliveira e Silva-Marinho<sup>2</sup>

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues<sup>3</sup>

Taís Chiodelli<sup>4</sup>

Millena Lima Donatto<sup>5</sup>

## Resumo

*Buscou-se correlacionar o desenvolvimento motor de lactentes às variáveis idade materna, idade gestacional, escolaridade dos pais, condições de saúde materna durante a gestação e condições de nascimento. Foram selecionadas 57 díades mães-bebês acompanhados do primeiro ao terceiro mês de vida. As mães responderam à entrevista semiestruturada no primeiro mês, sendo os dados obtidos correlacionados aos resultados da avaliação do desenvolvimento motor dos bebês, registrados a partir do Inventário Portage Operacionalizado. Com relação aos resultados, quando considerada idade das mães, observou-se um maior percentual de partos prematuros entre as mães adolescentes ou com mais de 35 anos, apresentando uma tendência da variável idade como fator de risco para prematuridade.*

**Palavras-chave:** desenvolvimento infantil, fatores de risco, estimulação precoce, gravidez na adolescência.

## **Investigation of Risk Factors for Motor Development of Infants Up to Three Month Old**

## Abstract

*This study aims to correlate the development's baby to the variables maternal age, gestational age, parental education, maternal health conditions during pregnancy and birth conditions. We selected 57 mother-infant dyads accompanied the first until the third month of life. Mothers responded to semi-structured interviews in the first month, and the data obtained correlate with motor development evaluation results of babies, recorded from Operating Portage Inventory. Regarding the results, when considered age of mothers, there was a higher percentage of premature births among*

---

<sup>1</sup>Psicóloga, Doutora em Educação Especial – UFSCar – Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

<sup>2</sup>Psicóloga - UFGD, Bolsista Pibic/UFGD; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Unesp – Bauru.

<sup>3</sup>Psicóloga – Livre docente da Universidade Estadual Paulista – Campus de Bauru – docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Unesp – Bauru.

<sup>4</sup>Psicóloga – UFGD, Bolsista Pibic/CNPq; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Unesp – Bauru.

<sup>5</sup>Acadêmica do Curso de Psicologia da UFGD - Bolsista Pibic/UFGD.

*teenage mothers or over 35 years, with a tendency of the variable age as a risk factor for preterm birth.*

**Keywords:** *child development, risk factors, early stimulation, teenage pregnancy.*

## **Introdução**

Tanto a gestação como o puerpério geram grandes expectativas e requerem inúmeros cuidados por parte dos pais, familiares e profissionais da saúde. No estudo em questão, a fim de colaborar com o debate sobre políticas públicas para promoção da saúde materno-infantil, foram destacadas: a) variáveis relacionadas à gestação: idade materna e nascimento prematuro; b) variáveis sociodemográficas: lactentes expostos a agentes químicos, escolaridade dos pais, pobreza, desnutrição e maus tratos (Linhares, Vila-An'elho, & Bordin, 1999; Pinto, 2009; Rugolo, 2005).

No tocante às condições gestacionais, dois aspectos são destacados no presente estudo, sendo eles a idade materna, discutindo implicações da gestação na adolescência e em idade posterior aos 35 anos, e idade gestacional, com ênfase na ocorrência de partos prematuros.

Segundo Leal, Gama e Cunha (2006) a ocorrência da gravidez na adolescência é apontada com maior frequência entre grupos populacionais com condições socioeconômicas desfavoráveis, mostrando-se, algumas vezes como projeto de vida possível às jovens com baixa renda. Mães adolescentes, em condições socioeconômicas desfavoráveis, apresentam menores níveis de formação, em razão da dificuldade de retornar aos estudos depois da gestação (Perez & Segre, 2012).

Outro fator refere-se à fecundidade intraurbanos, uma vez que mulheres habitantes de regiões com menor índice de desenvolvimento humano têm filhos em idades mais precoces, tendo também um maior número de filhos (Martins & Almeida, 1997). A adolescência também aparece associada à maior predominância de prematuridade e de baixo peso ao nascer, menor índice de *Apgar*, trauma obstétrico, doenças respiratórias e perinatais, o que traz maior risco de morbidade e mortalidade para este grupo, além de predisposição para baixo rendimento escolar (Nader & Cosme, 2010, Scowitz, & Santos, 2006). A gestação com idade inferior a 16 anos tem chances de recorrência, sobretudo quando se interpõe os fatores de baixo nível socioeconômico e relacionamento estável com o pai da criança (Silva, Coutinho, Katz, & Souza, 2013). Há estudos que apontam este fator como uma questão de saúde pública, associado inclusive ao alto índice de crescimento populacional no México e América Latina (Jesús-Reyes, & González-Almontes, 2014).

Contudo, algumas dessas implicações podem ser minimizadas com a ocorrência de assistência pré-natal efetiva, com um mínimo de seis consultas, acompanhamento do peso gestacional e assistência integral a gestante (Santos, Baião, Barros, Pinto, Pedrosa & Saunders, 2012). Um dos obstáculos para o devido acompanhamento pré-natal da adolescente refere-se ao fato de muitas vezes o diagnóstico da gestação ser tardio (depois do terceiro mês). Entre as causas possíveis está o período em que se prepararam para apresentação da notícia aos familiares, permanecendo nos primeiros meses em maior condição de vulnerabilidade por estarem, ainda, sem nenhum tipo de atendimento (Amazarray, Machado, Oliveira, & Gomes, 1998).

Outros fatores de risco também associados à idade materna são apontados quando a gestação ocorre em período posterior aos 35 anos da mãe. Na atualidade, este fator precisa ser alvo de atenção, considerando-se a propensão das mulheres terem filhos mais tarde, priorizando formação acadêmica e profissional. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil, o número de nascimentos de bebês de mães mais jovens (com menos de trinta anos) diminuiu, ao passo que aumentam para mães acima de 30 anos, ocasionando um maior número de nascimentos após os 35 anos (IBGE, 2008). Mesmo com o avanço tecnológico disponível, ainda se verifica, nesta faixa etária, uma proporção maior de prematuridade e recém-nascidos com baixo peso (Leal et al., 2006), além de possíveis deficiências em razão da ocorrência de malformações congênitas com maior probabilidade de anomalias cromossômicas como as síndromes de Down, Prader-Willi e Angelman (Leal et al., 2006; Llerena-Junior et al., 2000; Papalia, Olds, & Feldman, 2013, Ramos, Oliveira, & Cardoso, 2008).

Considerando o exposto, pode-se apontar que a adolescência e a idade adulta (após os 35 anos), constituem-se em períodos críticos de maior risco, sobretudo em relação à prematuridade e baixo peso. Desta forma, a idade materna pode ser considerada como um critério importante para planejamento familiar, promoção da saúde e implementação de políticas públicas. Para ambas faixas etárias os estudos supramencionados indicam maior atenção quanto à prematuridade e baixo peso ao nascer.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) é considerado prematuro todo recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, sendo prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuros (28 a <32 semanas) ou prematuros moderados a tardios (32 a <37 semanas). Há relatos de que a prematuridade se encontra associada a ocorrência de pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas e corioamnionite (Scowitz & Santos, 2006). Quanto mais prematuro, maior o grau de risco (Pinto, 2009), comprometendo tanto a saúde quanto o desenvolvimento do lactente.

Segundo Santiago (2013), os prematuros são ainda classificados quanto ao fator peso como: baixo peso ao nascer (peso menor que 2.500g), muito baixo peso (abaixo de 1500g) e extremamente baixo peso (abaixo de 1000g). As subdivisões foram estabelecidas em razão do aumento da sobrevida de bebês cada vez menores e a definição de cuidados necessários aos mesmos. Há uma correlação positiva entre peso e idade gestacional, de tal forma que, quanto menor a idade gestacional, menor o peso do bebê. Porém, tornam-se maiores os cuidados destinados ao mesmo, inclusive, tempo de internação.

Outros fatores sociodemográficos podem influenciar o desenvolvimento de lactentes, tais como o ambiente que vivem e o perfil de seus familiares. Gradwohl, Osis e Makuch (2014) destacam que as mães mais velhas, com maior escolaridade, dividem o desenvolvimento de seus bebês com outros cuidadores como os educadores infantis.

Considerando o ambiente em que a gestação e o desenvolvimento infantil ocorre, faz-se necessário a implantação de políticas públicas que possam fiscalizar e contingenciar o acesso a programas de saúde, em especial os serviços de atendimento pré-natal e de educação infantil. Pereira e Rodrigues (2013) alertam para o impacto da produção industrial e as consequências para a saúde, sobretudo em relação à exposição a metais. Ainda que não voltado para gestantes, em

novembro de 2009 o governo do Canadá publicou um informativo sobre os produtos químicos e a saúde infantil, no qual aponta que as crianças usualmente inspiram uma maior quantidade de ar, bem como ingerem mais produtos alimentares e água em proporção ao seu peso, tornando-as mais vulneráveis a produtos químicos, podendo afetar diretamente o seu desenvolvimento (Government of Canada, 2009).

Quanto ao perfil familiar, embora o nível instrucional dos pais não se apresente necessariamente como fator de risco, deve ser considerado como uma variável importante, uma vez que, estudos desenvolvidos com mães de menor escolaridade, tiveram bebês com menores médias de peso ao nascer, indicando uma possível influência entre formação e desenvolvimento físico (Pinto, 2009). O menor nível de formação pode refletir em ausência de informações básicas para a saúde e desenvolvimento do lactente. Diante disso, espera-se que melhores condições de formação de pais e cuidadores se estabeleçam como fator preventivo para a saúde infantil (Leal et al, 2006). A formação dos pais deverá prepará-los também para o atendimento das necessidades de formação de vínculo e responsividade materna (Faria & Fuentes, 2007).

As condições socioeconômicas mais favoráveis poderão propiciar ao lactente a acessibilidade a serviços de saúde, educação, cultura e nutrição essenciais ao seu desenvolvimento. Por isso, nos apontamentos de Oliveira-Monteiro (2008) a pobreza pode ser um fator de risco, por inviabilizar, muitas vezes, o acesso às condições nutricionais básicas e pela ausência de condições básicas de higiene, saneamento e cuidados ao neonato, tornando o lactante mais vulnerável a infecções e adoecimento. Também o estado nutricional da mãe na gestação pode levar ao baixo peso do bebê ao nascer (Santos et al., 2012). Podem surgir quadros de anorexia, aumento do catabolismo e absorção intestinal prejudicada, desencadeando curto ou precário aleitamento materno e introdução precoce de alimentação complementar, agravando a condição nutricional do lactente. Contudo, boas condições econômicas, sem a devida instrução sobre as necessidades do lactente e comportamento responsivo dos pais e/ou cuidadores, não podem garantir a efetivação dos cuidados necessários ao lactente.

Os fatores de risco ao desenvolvimento do lactente requerem extrema atenção. O período da gestação, intercorrências no parto e pós-parto, ameaça de aborto e as condições de saúde materna necessitam de cuidados essenciais para a promoção da saúde da mãe e do lactente (Oliveira-Monteiro, 2008). Isto irá requerer tanto da família como do poder público, ações de prevenção, atenção e cuidado. Há agravantes, quando se associam fatores de risco, tais como gestações de mães mais pobres na adolescência. Nestes casos, verificam-se menores chances de completar a escolaridade, redução de oportunidades de emprego, construção de famílias numerosas, maior risco de seus futuros filhos adoecerem e terem baixo desempenho escolar, de tal forma que o problema se torna cíclico (Mahal, Mattiazzi, Angst, Kessler, & Biaggio, 2013).

Portanto, considerar os fatores socioeconômicos e psicossociais faz-se crucial para avaliação da saúde materno-infantil. Os fatores de risco elencados no presente estudo, entre outros apontados pela literatura, constituem variáveis importantes a serem analisadas, uma vez que interferem diretamente no desenvolvimento do lactente. Neste intuito, condições de risco desenvolvimental poderão ser precocemente identificadas e as crianças encaminhadas a programas de estimulação precoce (Rodrigues, 2012). Poderão, ainda, favorecer o desenvolvimento de programas junto ao

poder público, identificando ações que possam eliminar ou diminuir possíveis danos, desde o período pré-natal.

Considerando os fatores de risco para o desenvolvimento do lactente, destacados neste texto, o presente estudo buscou estabelecer a correlação entre o desenvolvimento motor de lactentes até o terceiro mês de vida, variáveis gestacionais (idade gestacional, condições de saúde da mãe durante a gestação, intercorrências no parto, condições de nascimento, como peso, altura, saúde do lactente) e sociodemográficas (idade e escolaridade materna).

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional. As condições éticas de realização do mesmo foram circunstanciadas por um comitê de ética da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) – Dourados –MS, cadastrado na Plataforma Brasil sob número 132.424/2012.

As mães selecionadas para o estudo participaram do Programa de Estimulação Precoce, oferecido no Laboratório: Serviço Aplicado de Psicologia (LabSPA – UFGD). As mães foram convidadas durante visita à maternidade, realizada pelas pesquisadoras, na ocasião do nascimento do bebê. Durante a visita, receberam um folder explicativo sobre o programa e forneceram um telefone de contato para convite oficial na semana em que o bebê completou um mês de vida. Todas as mães visitadas foram contatadas e aquelas que aceitaram, passaram a frequentar o LabSPA mensalmente para avaliação do desenvolvimento do bebê até um ano de vida e das condições de saúde e bem-estar materno durante o puerpério, serviços disponibilizados pelo Programa de Estimulação Precoce. Entre as 117 mães participantes do programa, foram selecionadas as 57 díades que foram assíduas nos três primeiros meses.

Todos os lactentes tiveram o seu desempenho motor avaliado no primeiro, segundo e terceiro mês de vida. As mães no primeiro encontro responderam a um formulário de entrevista semiestruturada, que visou identificar a história gestacional e dados da saúde da mãe e do lactente, no período pré e pós-natal, além da caracterização dos dados sociodemográficos em análise no presente estudo.

Para avaliação do desenvolvimento do lactente é importante a utilização de um instrumento que possibilite diagnosticar áreas em defasagem. Para tanto, busca-se na literatura da área a descrição de instrumentos para avaliação de lactentes e seus objetivos e contribuições para área de desenvolvimento (Rodrigues, 2012)

Entre os descritos, fez-se presente o uso de escalas (Linhares et al., 1999), voltadas à avaliação sistemática e comparação do desenvolvimento normativo, ressaltando a importância da consideração de outras informações como as interações e a rotina familiar e inventários (Vieira, Ribeiro, & Formiga, 2009, Rodrigues, 2012).

Entre os instrumentos considerados importantes para avaliação de bebês, o programa desenvolvido optou pelo Inventário Portage Operacionalizado (IPO), de Williams & Aiello (2001), o qual possibilita a avaliação de cinco áreas de desenvolvimento, sendo estas: desenvolvimento motor, cognitivo, linguagem, socialização e autocuidados. As áreas estão descritas em 580 comportamentos,

separados em sete períodos: do nascimento ao quarto mês, do nascimento até um ano de vida e depois, sequencialmente, cada ano de vida da criança até os seis anos. As avaliações são descritas de modo sistemático, considerando-se os materiais apresentados, tempo de resposta, consistência da resposta e informações fornecidas pelos cuidadores. Estando os comportamentos organizados em classes de respostas, possibilita identificar habilidades já adquiridas e qual o próximo comportamento a ser estimulado dentro da mesma classe. Dessa forma, constitui-se em importante instrumento para orientação de pais e professores. Embora os lactentes tenham sido avaliados nas cinco áreas do desenvolvimento previstas no IPO, o presente estudo focalizou o desenvolvimento motor por apresentar um maior número de comportamentos previstos para a idade considerada. O período de três meses foi delimitado pelo fato de ser um intervalo de grandes mudanças no desenvolvimento dos bebês e grandes adaptações para as mães (Marcacine, Orati, & Abrão, 2012).

Para aplicação do IPO foram utilizados brinquedos em material plástico, devidamente esterilizados a cada sessão, além de objetos pessoais do bebê (fralda, chupeta, mordedor ou bichinho de borracha). Os atendimentos eram realizados em sala de atendimento individual, na presença da mãe e duas pesquisadoras responsáveis pela aplicação do IPO. Após a avaliação a mãe recebia devolutiva sobre as habilidades que o bebê já apresentava e as estimulações necessárias para aquele mês de desenvolvimento. Eram registradas também as observações acerca da adaptação à chegada do bebê, dificuldades, expectativas e dúvidas pertinentes a esse período.

Os dados obtidos a partir da aplicação do protocolo do IPO foram organizados em tabelas mensais e, a partir do *Statistical Package for Social Science* (SPSS), foram conduzidas as análises estatísticas: descritivas e correlacionais a partir do teste de *Spearman*.

## Resultados

Os lactentes participantes do estudo tiveram seu desempenho avaliado na área de desenvolvimento motor conforme o protocolo do IPO. No primeiro ano de vida 45 comportamentos são avaliados. A Tabela 1 apresenta o avanço mensal das médias obtidas pelos lactentes.

Tabela 1. Médias obtidas durante avaliação dos lactentes nos três primeiros meses de vida, segundo o IPO.

Área do IPO	Meses			Média
	1º	2º	3º	
Desenvolvimento motor	1,08	4,01	7,93	13.02

A partir do roteiro de entrevista obteve-se a caracterização das variáveis relacionadas à: idade da mãe, idade gestacional, intercorrências no parto, renda familiar, escolaridade dos pais, condições de

saúde da mãe durante a gestação, e condições de nascimento (peso, altura, saúde do lactente). A Tabela 2 apresenta os dados relativos à caracterização das variáveis: idade materna, idade gestacional e intercorrências no parto.

Tabela 2. Caracterização da idade materna, gestacional e intercorrências no parto.

Idade da mãe	%	Idade gestacional		Intercorrências no parto	
			%		%
16 a 18 anos	8,3	Entre 33 a 37 semanas	10,5	Não Houve	86,0
19 a 21 anos	18,5	Entre 38 a 41 semanas	84,2	Cesárea de Emergências	3,5
22 a 28 anos	37,8	Acima de 41 semanas	5,3	Queda do bebê durante o Parto	1,8
29 a 35 anos	25,6	Total	100,0	Aspiração de Mecônio	1,8
a partir de 36 anos	9,8			Engoliu Água da Placenta	1,8
Total	100			Icterícia	3,5
				Outras	1,8
				Total	100

Entre as intercorrências do parto, descritas pelas mães, a mais grave referiu-se à queda de recém-nascido durante o parto natural, chamando atenção para o cuidado em relação a partos que se desenvolvem extremamente rápidos e requerem maior atenção e preparo da gestante e equipe. Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis escolaridade e condições de saúde materna.

Tabela 3. Caracterização das variáveis escolaridade e saúde materna durante a gestação.

Escolaridade da mãe	%	Saúde materna	%
13. EFI	18,6	Boa Saúde	87,5
14. EF	15,5	Toxoplasmose	1,8
15. EMI	22,5	Hepatite B	1,8
16. EM	22,1	Sífilis	1,8
17. ESI	9,8	Deslocamento de Placenta	5,3
18. ES	11,5	Diabete gestacional	1,8
Total	100,00	Total	100

Legenda: EFI Ensino Fundamental Incompleto, EF Ensino Fundamental, EMI Ensino Médio Incompleto; EM Ensino Médio, ESI Ensino Superior Incompleto; ES Ensino Superior.

Não houve diferença significativa para nenhuma das variáveis caracterizadas na Tabela 3, quando as mesmas foram correlacionadas ao desenvolvimento motor até o terceiro mês. Houve predominância de mães com ensino médio completo (22,5%) ou incompleto (22,1%).

Entre as variáveis relacionadas às condições do lactente foram analisadas: condições de nascimento (peso, saúde do lactente e índice de *Apgar*). A Tabela 4 apresenta a caracterização das variáveis supramencionadas.

Tabela 4. Caracterização das variáveis peso ao nascer, saúde do lactente e índice de *Apgar*.

Peso ao nascer	%	Saúde do lactente	%	<i>Apgar</i>	%
De 2.001 a 3.000 gramas	26,3	Boa saúde	77,2	3	1,8
De 3.001 a 4.000 gramas	64,9	Síndromes	5,3	6	1,8
Acima de 4.001 gramas	3,5	Icterícia Neonatal	8,8	8	3,5
Total	94,7	Internação	8,8	9	7,0
Não respondeu	5,3	Total	100	10	26,3
Total	100			Não consta	59,7
Total	100			Total	100

Para nenhuma das variáveis apresentadas na Tabela 4 houve diferença significativa quando correlacionadas ao desenvolvimento motor. Verificou-se um alto índice de mães que desconhecem o índice de *Apgar*, dado obtido a partir da carteira de vacinação ou documento de alta hospitalar.

## Discussão

Considerando a idade das mães participantes do estudo, observou-se um baixo percentual de mães adolescentes (8,3%) e com idade superior a 35 anos (9,8%). A correlação idade e desenvolvimento motor foi positiva e significativa ( $p=0,046$ ) quando considerado o segundo mês de vida do lactente. Embora a literatura aponte para um crescimento de partos na adolescência (Jesús-Reyes & González-Almontes, 2014) e na vida adulta tardia (Papalia et al., 2013; Santiago, 2013), para a população estudada a maioria encontrava-se entre 19 e 34 anos.

Estudos como os de Leal et al., Gama e Cunha (2006) apontaram para a necessidade de cuidados tanto em relação a filhos de mães adolescentes como também em relação à mãe com idade superior a 35 anos. Para mães adultas os fatores de risco poderiam indicar maior ocorrência de parto prematuro, síndromes, doenças congênitas e problemas de saúde do lactente. As mães adolescentes, além dos riscos já mencionados, apresentariam maiores problemas em período também posterior ao parto, pela falta de suporte e informações necessárias ao cuidado e estimulação de seus filhos (Silva, Soares, Jardim, Kerber, & Meincke, 2013). A amostra presente neste estudo corrobora com a literatura em relação à prematuridade, embora seja observada com uma amostra pequena. O fato de mães adultas promoverem melhor estimulação na área motora pode estar

relacionado ao nível instrucional ou socioeconômico (Pinto, 2009), fatores que poderão ser melhor investigados em pesquisas futuras.

Mesmo com amostra reduzida, buscou-se compreender a relação prematuridade e idade materna. Percebeu-se que 40% das mães com idade superior a 35 anos e 50% das adolescentes tiveram filhos prematuros. Em relação ao percentual de mães com idade entre 18 e 35 anos, maioria das mães do estudo, o índice de prematuridade foi de 8,3%. A correlação prematuridade e desenvolvimento motor até o terceiro mês de vida não apontou significância, estando os mesmos atendidos em suas necessidades de estimulação e atenção nesta área. Um fator que pode ter influenciado positivamente, pode ser observado na Tabela 2, no tocante ao peso dos bebês. Foi possível identificar que o peso ao nascer foi sempre superior a 2.000 gramas, não se tratando, desta forma, de recém-nascidos de alto risco quanto ao critério peso (Santiago, 2013). A maioria dos neonatos (64,9%) apresentou o peso esperado para idade gestacional, bem como boa saúde, com episódios de breve internação por icterícia.

Não foram observadas diferenças significativas relacionadas à idade gestacional e intercorrências no parto. Considerando a característica da amostra, na qual a maioria dos bebês nasceu a termo e sem intercorrências durante o parto, estudos com populações maiores poderiam contribuir para refinar o presente dado.

Embora o número de recém-nascidos prematuros participantes da amostra seja baixo, é alto o número de prematuros convidados a participar do projeto (23,6% dos nascimentos). Desta forma, considerando-se as implicações do nascimento prematuro e a necessidade de acompanhamento, constata-se que o programa de estimulação precoce muitas vezes não consegue abarcar os bebês que mais precisariam de acompanhamento (Rodrigues, 2012, Mahal et al., 2013).

Em relação à população do presente estudo, é importante considerar o fato de vários nascimentos do hospital universitário serem de crianças oriundas de cidades circunvizinhas, que se deslocam em busca da UTI neonatal. Estando fora da cidade, teriam mais dificuldade em aderir ao programa, mesmo ciente dos benefícios do mesmo. Este dado aponta para a necessidade de planejamento de ações formativas junto a profissionais da saúde na região, para que o oferecimento de programas de estimulação precoce em locais de fácil acesso da população (Silva et al., 2013), como Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre outros.

Sobre as intercorrências relatadas no momento do parto, embora se trate de apenas uma ocorrência, a queda do recém-nascido refere-se a um episódio grave, requerendo maior preparo tanto da gestante (na percepção dos sinais do pré-parto) quanto da equipe de profissionais que a acompanha (promovendo melhores condições de segurança e acolhimento do recém-nascido). As orientações podem ser direcionadas por redes de apoio ao parto humanizado e seguro (Marcacine et al., 2012; Nader, & Cosme, 2010), buscando prevenir traumatismos, deficiência intelectual e até mesmo óbito do recém-nascido.

A relação entre nível de instrução da mãe e desenvolvimento do lactente não mostrou significância. Talvez isso tenha ocorrido em razão da característica da amostra, uma vez que a maioria tinha ensino médio completo, incompleto e até superior.

## Conclusões

O estudo possibilitou a caracterização e correlação do desenvolvimento motor de lactentes e variáveis gestacionais e sociodemográficas maternas, visando promover práticas de prevenção e promoção da saúde do lactente. Considerando as variáveis destacadas no presente estudo, a variável idade materna parece requerer maior atenção e cuidado, corroborando alguns achados da literatura, principalmente considerando a maternidade na adolescência (Marcacine et al., 2012; Pinto, 2009; Rugolo, 2005, Scowitz & Santos, 2006, Silva et al., 2013). O planejamento de ações junto aos adolescentes precisa ser efetuado (Queiroga et al., 2014), considerando o crescimento populacional (Jesús-Reyes & González-Almontes, 2014) e sobretudo os altos índices de reincidência de gravidez neste período. Faz-se necessário o desenvolvimento de políticas e ações que favoreçam o acesso aos serviços públicos de saúde, a continuidade da formação, ingresso na atuação profissional e apoio à educação infantil. Tais ações poderão contribuir para que se rompam ciclos de reprodução da pobreza e baixo nível instrucional, os quais agravam os fatores de risco tanto para a mãe adolescente como para o desenvolvimento do recém-nascido. Para tanto, o planejamento deverá considerar quem é este adolescente e quais são suas necessidades (Queiroga et al., 2014).

As ações de saúde pública deverão viabilizar, também à mãe em idade adulta, o acesso a serviços de pré-natal que possam minimizar problemas de saúde na gestação tardia e favorecer o desenvolvimento saudável da idade. Todavia, os dados apontam para a necessidade de programas de estimulação precoce para filhos de mães adolescentes, que poderão contribuir para a orientação dessas mães acerca do desenvolvimento dos seus bebês e intervenções necessárias para minimizar possíveis déficits futuros.

## Referências

- Amazarray, M. R., Machado, P. S., Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (1998). A experiência de assumir a gestação na adolescência: Um estudo fenomenológico. *Psicol. Reflex. Crit.*, 11(3), 431-440. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000300004>
- Faria, A. & Fuertes, M. (2007). Reactividade infantil e a qualidade da interação mãe-filho. *Análise Psicológica*, 4(XXV), 613-623.
- Government of Canada (2009). Os produtos químicos e a saúde infantil. Novembro de 2009. Recuperado de <[http://www.chemicalsubstanceschimiques.gc.ca/alt\\_formats/pdf/fact-fait/kids\\_chem-enfants\\_chim-por.pdf](http://www.chemicalsubstanceschimiques.gc.ca/alt_formats/pdf/fact-fait/kids_chem-enfants_chim-por.pdf)> em 10 de agosto de 2013.
- Gradwohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando Fam.* 18(1), 55-62.
- IBGE (2008). Estatística do Registro Civil. Rio de Janeiro. 2008; 35. Recuperado de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2008/comentarios.pdf>. In 09 de março de 2014.

- Jesús-Reyes, D. D. & González-Almontes, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 00(17), 98-123. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>
- Leal, M. C., Gama, S. G. N., & Cunha, C. B. (2006). Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *Revista Saúde Pública*, 40(3), 466-473. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000300015>
- Linhares, M. B. M., Vila-An'elho, A. E., Bordin, M. B. M., & Jorge, S. M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500 g: na UTI- neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7(3), 245-262.
- Llerena-Junior, J. C., et al. (2000). Investigações do retardo mental e doenças genéticas a partir de um estudo transversal em escolas do estado do Rio de Janeiro. *Informe Epidemiológico do SUS*. 9(4), 251-256.
- Mahal, F. D., Mattiazzi, A. L., Angst, O. V. M., Kessler, T. M., & Biaggio, E. P. V. (2013). Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a triagem auditiva neonatal. *O Mundo da Saúde*, 37(1), 35-43.
- Marcacine, K. O., Orati, P. L., & Abrão, A. C. F. V. (2012). Educação em saúde: Repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Rev. Bras. Enferm.*, 65(1), 141-147. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100021>
- Martins, C. M., Almeida, M. F. (1997). Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano. *Revista Saúde Pública*, 35(5), 421-427. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000500003>
- Nader, P. R. A. & Cosme, L. A. (2010). Parto prematuro de adolescentes: *Influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos*. *Escola Anna Nery Rev.de Enfermagem*, 14(2), 338-345. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200018>
- Oliveira-Monteiro, N. R. (2008). Perfis de adolescentes mães após três anos e meio do nascimento do bebê: Seguimento longitudinal de estudo psicossocial. *Interação em Psicologia*, 12(2), 291-297.
- OMS. Organização Mundial de Saúde (2013). Nascimentos prematuros. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> em 10/02/2014.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. São Paulo: Artmed.
- Pereira, V. A. & Rodrigues, O. M. P. R. (2013). Intoxicação crônica por chumbo e implicações no desempenho escolar. *Revista Psico*. 44(4), 570-579.
- Perez, N. M. I. N. & Segre, C. A. M. (2012). Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein*, 10(3), 271-277. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000300003>
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25(1),75-83. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722009000100009>
- Pinto, E. B. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicol. Reflex. Crit.*, 22(1), 76-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100011>

- Queiroga, K. R. O. et al. (2014). O que é e como se explica a gravidez na adolescência. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, 24(2), 142-149.
- Ramos, A. R., Oliveira, M. N. D., & Cardoso, J. P. (2008). Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. *Revista Saúde Com.*, 4(1), 27-42.
- Rodrigues, O. M. P. R. (2012). Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista*, (43), 81-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012000100007>
- Rugolo, L. M. S. S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1) (Supl.), 101-110. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1309>
- Santiago, L. B. (2013). *Manual de aleitamento materno*. Barueri, SP: Manole.
- Santos, M. M. A. S., Baião, M. R., Barros, D. C., Pinto, A. A., Pedrosa, P. M., Saunders, C. (2012). Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 15(1), 143-154. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100013>
- Slowitz I. K. T. & Santos, I. S. (2006). Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: Um estudo de revisão. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1129-1136. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600002>
- Silva, A. A. A., Coutinho, I. C., Katz, L., & Souza, A. S. R. (2013). Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, 29(3), 496-506. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300008>
- Silva, R. C., Soares, M. C., Jardim, V. M. R., Kerber, N. P. C., Meincke, S. M. K. (2013). O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto Contexto - Enferm.*, 22(3), 629-636. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300008>
- Vieira, M. E. B., Ribeiro, F. V., & Formiga, C. K. M. R. (2009). Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. *Revista Movimenta*, 2(1), 823-31.
- Williams, L. C. A., Aiello, A. L. R. (2001). *O Inventário Portage Operacionalizado: Intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon/FAPESP.

### **Endereço para correspondência**

veronicapereira@ufgd.edu.br

Recebido em 01/06/2015

1ª revisão em 07/09/2015

Aceito em 15/10/2015