



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

GREICYANI BRARYMI DIAS

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Belém

2012

GREICYANI BRARYMI DIAS

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, realizada sob a orientação do Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso.

Belém

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Dias, Greicyani Brarymi

Avaliação do desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional / Greicyani Brarymi Dias ; orientador, Janari da Silva Pedroso . - 2012

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

1. Crianças - Desenvolvimento. 2. Crianças - Assistência em instituições. 3. Interação social na infância. 4. Observação (Psicologia). 5. Psicologia infantil. I. Título.

CDD - 22. ed. 155.4

GREICYANI BRARYMI DIAS

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

Esta Dissertação foi julgada e aprovada, para obtenção do Título de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Belém, 10 de outubro de 2012.

Banca Examinadora

Prof. Janari da Silva Pedroso, Dr.
Universidade Federal do Pará, UFPA
Orientador

Profa. Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke, Dra.
Universidade Católica de Brasília, UCB
Examinadora

Profa. Celina Maria Colino Magalhães, Dra.
Universidade Federal do Pará, UFPA
Examinadora

Profa. Airle Miranda de Souza, Dra.
Universidade Federal do Pará, UFPA.
Suplente

O menino é infinito em si mesmo, ele não é um vir a ser. A pior coisa que se pode fazer para um menino é prepará-lo para o futuro, pois isto só lhe traria angústias. Temos que preparar o menino para hoje, porque o futuro é feito de muitos hoje (Ziraldo, 2000).

Aos inúmeros meninos e meninas em acolhimento institucional, o meu mais profundo respeito, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a todos os seus ajudantes que sempre estiveram presente em minha vida, me abençoando com saúde, iluminando-me nos momentos mais difíceis e que sempre me fazem lembrar que qualquer sacrifício vale a pena se for para proporcionar ganhos àqueles que mais precisam.

Aos meus filhos Davi e Gabriel que tentaram, sempre que possível, me ajudar na condução desse trabalho, foram muito pacientes e, nessa reta final, estavam sempre por perto lendo trechos da pesquisa e tecendo suas considerações. Meus amores, isso só foi possível porque vocês permitiram. Eu amo vocês!

Ao meu marido Kelvin Lopes Dias, que com a sua presença constante, incentivo e dedicação fizeram com que eu conseguisse finalizar esse projeto. Além de me proporcionar em alguns momentos auxílio em algumas orientações indiretas. Obrigada, Kelvin! Sem você, com toda certeza, nada disso seria possível... E não adianta reclamar, foi você quem me incentivou a essa vida de pesquisa e te aviso: NÃO VOU SAIR!

Aos meus pais e irmão, em especial a minha mãe que se sacrificou enormemente quase todos os dias no ônibus lotado para que eu pudesse sair tranquila, pois meus filhos ficariam amparados... Obrigada, mãe! Sei que a senhora continua me ajudando, mas agora melhorou muito, pois o transporte é avião. Bem melhor, hein!?

Ao meu Orientador Prof. Dr. Janari Pedroso, muito obrigada pelas orientações e por ter acreditado em mim desde o começo, sempre me envolvendo em algum projeto relacionado ao abrigo e me apresentando com muita propriedade aquilo que hoje, tenho certeza será objeto de estudo pelo resto da minha existência: O desenvolvimento infantil.

À professora Dra. Celina Magalhães que desenvolve de forma grandiosa estudos referentes ao acolhimento infantil e que em muitos momentos pude apreender suas sugestões que contribuíram para a execução desse projeto.

À professora Dra. Lilia Cavalcante, alguém que eu admiro muito pela postura e exemplo de profissional e pesquisadora, agradeço pelas contribuições em minha banca de qualificação e outras contribuições ao longo desse processo. Obrigada, Lilia!

Agradeço aos membros integrantes da banca examinadora, Profa. Júlia S. N. F. Bucher-Maluschke, Profa. Celina Maria Colino Magalhães e Profa. Airle Miranda de Souza,

pela disponibilidade em participarem e enriquecerem a dissertação com as suas valiosas contribuições.

Às duas educadoras de referência da instituição que participaram diretamente dessa pesquisa, o meu profundo agradecimento pela disponibilidade na avaliação do desenvolvimento das crianças e que a partir disso direcionaram outras várias questões que complementaram a execução final dessa dissertação. Obrigada pela contribuição de vocês!

Às minhas amigas de longas datas que acompanharam várias etapas da minha vida, em especial essa. Obrigada pela amizade sincera. Teresa Cristina e Silene Lins, eu amo vocês!

Às minhas amigas e confidentes: Priscila, Juliana Sodré, Klaylian Marcella, Áurea Gianna e Janaina Barbosa. Meninas, obrigada pela paciência em me escutar, e olha que foram muitas vezes, além da troca de conhecimento e apoio constante.

À minha especial e linda amiga Andreza “Jolie” Lopes que tinha o dom de transformar minhas noites de trabalho em muitas gargalhadas e comilanças, a quem eu agradeço muito pelas trocas de conhecimento e pela participação e apoio na execução desse trabalho. Obrigada, amiga!

À amiga do mestrado Cristiane Santos e aos amigos do Laboratório de Desenvolvimento e Saúde (LADS), Diego, Rose Daise, Ana Claudia, Silvia, Lesly, Eliana, Roberta e Edson. Muito obrigada pela troca de conhecimento durante seminários ou supervisões além do apoio que, direta ou indiretamente, contribuíram na execução deste trabalho.

Aos novos amigos Camila, Barbara, Hugo, Alexandre, Eduarda e Edivaldo, obrigada pelo incentivo na finalização do trabalho. Em especial a minha já muito importante amiga Bruna, que permite que eu compartilhe minhas inquietações profissionais e pessoais, nesse momento que é um dos mais importantes da minha vida. Amiga, eu nunca vou ter como agradecer...

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) e ao secretário do PPGP, Ney, pela disponibilidade incondicional, pelas palavras de incentivo e conforto, pelas gargalhadas e brincadeiras nos momentos de tensão, e, principalmente, pelos inúmeros abraços energizantes... Muito Obrigada, Ney!

À gerente e toda equipe de profissionais do abrigo Espaço de Acolhimento Infantil pela oportunidade de execução e realização deste estudo e a Secretária de Desenvolvimento e Assistência Social – SEDES que autorizou minha entrada neste abrigo.

À CAPES, pelo suporte financeiro através da concessão de bolsa de estudo que possibilitou a realização deste trabalho.

Ao pessoal da *Brookes Publishing*, em especial á Catherine Goldstead, pela compreensão e disponibilidade na atenção ao meu projeto que envolve uma escala produzida por eles e que, gentilmente, cedeu uma licença de permissão para uso e os questionários traduzidos para o português.

E aos demais que de alguma forma contribuíram na elaboração desta pesquisa, a minha gratidão.

RESUMO

DIAS, Greicyani Brarymi. Avaliação do desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) UFPA, Belém- Pará. Brasil.

O presente estudo aborda o desenvolvimento de crianças em instituição de acolhimento infantil (abrigo) a partir da utilização de escalas avaliativas. Destaca-se compreender o desenvolvimento, sob o enfoque de aspectos relacionados à comunicação, coordenação motora fina e grossa, resolução de problemas e comportamento pessoal-social. Participaram da pesquisa seis crianças com idades compreendidas entre 4 e 9 meses e as educadoras de referência dos dormitórios das crianças envolvidas no estudo. Para tanto, utilizou-se dados coletados da avaliação de crianças a partir da aplicação das escalas *Ages and Stages Questionnaires third edition (ASQ- 3)* e *Bayley Scales of Infant Development second edition*. As crianças selecionadas para o estudo também foram observadas através de um Roteiro de Observação Sistematizada, estruturado previamente com inspiração em três escalas de desenvolvimento para crianças de 1 a 12 meses. Dados referentes à história pregressa de todas as crianças envolvidas no estudo, também foram considerados e obtidos por meio de relatos informais da equipe da instituição de acolhimento e através de documentos (prontuários) junto à direção. A avaliação demonstrou que cinco das seis crianças avaliadas pela ASQ-3, tiveram seus resultados ratificados pelas escala Bayley II e destas, quatro estão em risco para o desenvolvimento e necessitariam de avaliação mais aprofundada nas áreas de coordenação motora ampla e resolução de problema. O estudo realizado, além de contribuir para a compreensão do desenvolvimento das crianças nessas instituições, principalmente, no sentido de prevenir os danos oriundos da ausência de atenção precoce, demonstra, ainda, que as educadoras presentes nesses locais podem ser capazes de avaliar alterações que possam surgir no curso do desenvolvimento das crianças sob sua responsabilidade, pois os resultados do instrumento de triagem utilizado pelas educadoras foram ratificados pela avaliação realizada por um profissional a partir da escala Bayley. Propõe-se que estudos futuros possam reconhecer a importância das educadoras neste processo.

Palavras-chave: Acolhimento institucional. Desenvolvimento infantil. ASQ-3. Bayley II. Educadoras

ABSTRACT

DIAS, Greicyani Brarymi. Evaluation of Children Development in Shelter institution. 2012. Dissertation (Master in Psychology) UFPA, Belém- Pará. Brasil.

This study discusses the development of children in child care institution (shelter) through the use of evaluative scales. It is noteworthy to understand the child development, with a focus on aspects related to communication, fine and gross motor skills, problem solving and personal-social behavior. The participants of the study were six children aged in the ranges of 4, 6, 7,8 and 9 months. For this, we used data collected from the assessment of children from two different scales: Ages and Stages Questionnaires third edition (ASQ-3) and Bayley Scales of Infant Development second edition. The children selected for the study were also observed through a Systematic Observation Guide, previously inspired structured into three scales of development for children aged 1 to 12 months. Data relating to the history of all the children involved in the study were also considered and obtained through informal reports of staff of the host institution and through documents (records) along the way. The evaluation showed that five of the six children assessed by the ASQ-3, their results were ratified by the Bayley II scale and of these, four are at risk for development and would require further evaluation, particularly in the areas of motor coordination and resolution of broad problem. The results of this study and contribute to understanding the development of children in these institutions, mainly in order to prevent damage from the lack of early attention, demonstrate further that the educators present at these sites may be able to predict changes in course of development of the children under their responsibility. Finally, it is proposed that future studies can recognize the importance of educators in this process

Key words: Child development. ASQ-3. Bayley II. Institutional care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2.1 Etapas da Pesquisa	38
-------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1- Caracterização psico-social das crianças avaliadas.....	41
Tabela 3.2 - Caracterização das crianças em função da necessidade de encaminhamento.	41
Tabela 3.3 - Resultado da pontuação total das áreas do desenvolvimento avaliados pelo instrumento ASQ-3.....	42
Tabela 3.4 - Porcentagem dos itens não pontuados (0-zero) para cada criança, por área dos questionários.....	43
Tabela 3.5 - Respostas de maior incidência do item “Algo mais a respeito do bebê preocupa você?”	44
Tabela 3.6 - Porcentagem dos eventos NÃO observados pelo roteiro de observação sistematizado.	45
Tabela 4.1 - Performance de acordo com as escalas mental, motora e fatores de comportamento.	54
Tabela 4.2 - Idade do desenvolvimento das crianças conforme avaliação por área das escalas mental e motora.	55
Tabela 4.3 - Porcentagem dos eventos NÃO observados pelo roteiro de observação sistematizado.	56
Tabela 5.1 - Caracterização das crianças em função da necessidade de encaminhamento.	64
Tabela 5.2 - Resultado da pontuação total das áreas do desenvolvimento avaliados pela ASQ-3.	65
Tabela 5.3 - Porcentagem dos itens não pontuados (0-zero) para cada criança, por área dos questionários.....	65
Tabela 5.4 - Performance de acordo com as escalas mental, motora e fatores de comportamento da Bayley II.	66
Tabela 5.5 - Idade de desenvolvimento das crianças conforme avaliação por área das escalas mental e motora da escala Bayley II.....	67
Tabela 5.6 - Atividades não realizadas por área segundo o ASQ-3 e idades de desenvolvimento conforme a Bayley II.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 A IMPORTÂNCIA DO USO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES NO CURSO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	15
1.2 O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	19
1.3 OBJETIVOS	27
1.3.1 Geral:.....	27
1.3.2 Específicos:.....	27
2 MÉTODO DE PESQUISA.....	28
2.1 PARTICIPANTES	28
2.2 LOCAL DE PESQUISA.....	28
2.2.1 Caracterização da instituição.....	28
2.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	30
2.3.1 Ficha de Caracterização Psicosocial.....	30
2.3.2 Ages and Stages Questionnaires – ASQ-3.....	31
2.3.3 Bayley Scales of Infant Development – BSID II.....	32
2.3.4 Roteiro de observação sistematizado para bebês	33
2.4 PROCEDIMENTO DE PESQUISA.....	35
2.4.1 Autorização para o estudo em instituição de acolhimento infantil.....	35
2.4.2 Período de habituação.....	36
2.4.3 Coleta de dados.....	36
3 DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: AVALIAÇÃO A PARTIR DO ASQ-3 E ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO	39
4 DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: AVALIAÇÃO A PARTIR DOS INSTRUMENTOS BAYLEY II E ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO	53
5 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO: UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS ASQ-3 E BAYLEY II.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO.....	91
ANEXOS	96
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO JUDICIAL	97
ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS	98
ANEXO C – EXEMPLO DE QUESTIONÁRIO ASQ-3 (8 MESES).....	99
ANEXO D – QUESTIONÁRIO BAYLEY (ESCALA DE COMPORTAMENTO)	105
ANEXO E – QUESTIONÁRIO BAYLEY (ESCALA MENTAL)	114
ANEXO F – QUESTIONÁRIO BAYLEY (ESCALA MOTORA).....	127

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas muitos estudos têm sido realizados para a identificação dos fatores de risco, eventualmente, existentes no desenvolvimento infantil. Além do interesse científico dos pesquisadores, têm-se também o interesse despertado pelas organizações governamentais e não governamentais que, geralmente, estão envolvidas com os direitos e cuidados com a criança. Problemas relacionados ao desenvolvimento da criança podem se apresentar de diversas maneiras, como alterações no desenvolvimento motor, linguagem, interação pessoal-social, cognitivo, etc. (FIGUEIRAS et al., 2003).

Para Lima, Motta e Silva (2007) o desenvolvimento inicial está intimamente ligado ao conhecimento que se tem do sistema nervoso central e suas propriedades específicas do nível de maturação que se estabelecem e se alteram na infância, diferente do que acontece em outras faixas de desenvolvimento como na adolescência ou no adulto. As técnicas de acompanhamento baseiam-se, principalmente, no conhecimento dos marcos do desenvolvimento, que são amplamente discutidos em termos de domínios de funções, tais como: Habilidades motoras grossas (uso dos grandes músculos do corpo), Habilidades motoras finas (uso dos músculos das mãos), Cognição (Processos mentais superiores, no qual podemos incluir pensamento, memória, atenção e aprendizado), Linguagem (compreender e produzir comunicação simbólica com significado, verbal e não verbal), Habilidade social/emocional (Reações emocionais frente às interações e aos eventos que se relacionam a outros).

Portanto, o desenvolvimento infantil como processo que se inicia desde a vida intra-uterina e que envolve múltiplos fatores, relacionados ao crescimento físico, maturação neurológica e a construção de habilidades comportamentais, tem como resultado tornar a criança capaz para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRA, 2003). Porém, investigações sobre as alterações que poderão surgir no curso desse desenvolvimento ainda precisam ser realizadas para que se possa, através dos resultados dessas pesquisas, auxiliar nos programas de intervenções, nos mais variados contextos.

A instituição de acolhimento pode ser tida como um desses contextos em que a criança pode estar inserida, além de despontarem como a forma mais comum de cuidar das crianças abandonadas em todo o mundo, permanecendo assim até hoje. Muitas vezes, a

entrada institucional é provocada por distúrbios sociais e mesmo devido à privação material em que muitas dessas crianças e seus cuidadores se encontram. Tais privações, aliadas a um acolhimento precoce e de longa duração, podem ser responsáveis por algumas alterações relacionadas ao desenvolvimento, bem como maiores níveis de problemas sócio-emocionais (MACLEAN, 2003; SMYKE et al., 2007; ZEANAH ; SETTLES, SMIKE, 2006).

Por essas razões, o presente estudo enseja contribuir para a discussão a respeito do desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional e apresenta como objetivo avaliar e compreender o desenvolvimento de crianças acolhidas institucionalmente a partir da utilização das escalas *Ages and Stages questionnaire* (ASQ-3) (SQUIRES, et al., 2009) e *Bayley Scales of Infant Development* (BSIDII) (BAYLEY, 2003), além de um roteiro de observação sistematizado, desenvolvido e estruturado para complementar os resultados oriundos das escalas de avaliação do desenvolvimento dessas crianças.

São poucos os números de publicações que abordam o universo das interações infantis e sua influência sobre os comportamentos, as relações e o desenvolvimento, particularmente quando esses eventos envolvem crianças institucionalizadas no Brasil e o uso de escalas. Neste sentido esta dissertação contribui com pesquisas sobre a utilização de métodos de avaliação como um instrumento complementar junto a outras informações, tais como: histórico social, familiar, médico, dentre outros, para a compreensão dos fatores que influenciam o desenvolvimento infantil saudável. Além disso, espera-se que este trabalho fomente a discussão sobre o desenvolvimento de bebês em acolhimento institucional e a reflexão por parte de todos os envolvidos direta ou indiretamente com essa grande parcela de crianças acolhidas e, mais especificamente, no Estado onde se realizou a pesquisa, Belém-Pará.

A estrutura do trabalho contempla, além de um primeiro momento introdutório, mais quatro capítulos. O segundo capítulo descreve os procedimentos teórico-metodológicos da pesquisa em questão. O terceiro capítulo demonstra a compreensão das educadoras de referência a cerca do desenvolvimento infantil a partir da avaliação realizada com o uso da escala ASQ-3 e a contribuição/comparação com os dados obtidos com o roteiro de observação sistematizada. O quarto capítulo objetiva avaliar o desenvolvimento, no momento do teste, das crianças envolvidas no estudo a partir do uso das escalas Bayley II e comparar esses resultados com o roteiro de observação sistematizada. O quinto capítulo apresenta os resultados e realiza um estudo comparativo através da discussão das divergências e semelhanças entre os resultados das escalas ASQ-3 e Bayley a cerca do desenvolvimento

mental, motor, cognitivo e pessoal-social das crianças em acolhimento institucional. Finaliza-se esta dissertação com as considerações finais.

1.1 A IMPORTÂNCIA DO USO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES NO CURSO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Compreender o desenvolvimento infantil não é das tarefas mais fáceis de empreender, sobretudo, na primeira infância na qual uma grande variação no sentido de conhecer as idades, os marcos do desenvolvimento e as conseqüentes aquisições das habilidades são necessárias (LIMBOS; JOICE, 2011). Adquirir conhecimento sobre o neurodesenvolvimento normal humano e as suas permanentes correlações com as interações de ordem genética e ambientais irão contribuir para o melhor entendimento a cerca dos aspectos funcionais do sistema nervoso na criança quando esta, por exemplo, for acometida precocemente por agressões exógenas que poderão afetar o curso de seu desenvolvimento cerebral normal (MOURA-RIBEIRO, 2010).

Os primeiros dois anos de vida de uma criança são um período que deveria ser acompanhado de forma mais atenta, pois é quando o tecido nervoso amadurece, cresce e, portanto, torna-se mais sujeito aos agravos de toda ordem. É também nessa época, em que esse sistema que é extremamente dotado de plasticidade (capacidade de modificação do sistema nervoso em função de experiências), que a criança responde melhor às intervenções e estímulos que recebe do ambiente (SANTOS; CAMPOS, 2010). Acredita-se que é nessa etapa inicial do desenvolvimento cerebral que se terá a base sobre como vai se apresentar o aprendizado, comportamento e a saúde do indivíduo em idades superiores. Muitos períodos de extrema importância para o desenvolvimento se estabelecem por volta dos seis anos de idade e, portanto, se alterações nestas fases iniciais da vida da criança não forem detectadas precocemente, inúmeras possibilidades de intervenção no sentido de melhorar as intercorrências que poderiam ser geradas nas áreas que são comandadas por esse desenvolvimento, podem ser desperdiçadas (LIMBOS; JOYCE 2011).

Ferrari (2010) afirma que, por ser o cérebro humano dotado de elevada imaturidade após o nascimento, há a necessidade que a criança viva sob um maior período de cuidados intensos fornecidos pelos seus pais. Ou seja, que sejam garantidas e fornecidas todas as condições necessárias para o seu pleno desenvolvimento e, dessa forma, que a criança receba todas as influências das interações com o meio ambiente físico, social ou cultural na mudança

de seu comportamento (aprendizagem). Dessa forma, as mudanças podem ocorrer em termos neurais de acordo com as experiências positivas ou negativas que se tenha (SANTOS; CAMPOS, 2010). E por ter todas essas características é que para se identificar precocemente problemas ligados ao desenvolvimento, necessário se faz o acúmulo de informação e o acompanhamento de muitos fatores que se complementam para um panorama geral da criança envolvida. Para este fim, podem ser usadas avaliações por meio do histórico psicossocial, relato dos responsáveis, informações relacionadas à saúde e a aferição por parte de instrumentos de triagem e diagnósticos.

Os instrumentos de triagem foram criados, principalmente, como uma etapa inicial na detecção de crianças com alteração em áreas do desenvolvimento e podem ser usadas nos mais diferentes setores, como: clínicas, escolas e creches. Em alguns casos podem ser preenchidos pelos próprios pais ou cuidadores responsáveis pela criança. Podem auxiliar no encaminhamento adequado de recursos para minimizar e resolver alterações quando detectadas precocemente (MACY, 2012), como intervenções, tratamento ou avaliação mais apurada realizada por um especialista que poderá usar uma escala de diagnóstico, que diferente dos instrumentos de triagem. Uma escala de diagnóstico fornece maiores detalhes sobre a criança e ratificar ou não para os atrasos as áreas apontadas como em risco pelo instrumento de triagem inicialmente utilizado (POOL; HOURCADE, 2011; DUNCOMBE et al., 2012).

Atualmente, instrumentos de triagem de desenvolvimento são considerados essenciais e recebem apoio de organizações preocupadas com o desenvolvimento infantil, tais como *American Academy of Pediatrics* (AAP), que preconiza que todos os bebês e crianças pequenas devem ser selecionados para o rastreio de atrasos de desenvolvimento com o objetivo de ganhar acesso antecipado a uma avaliação mais aprofundada e intervenção (AAP, 2001). Algumas medidas de triagem são consideradas úteis se tiverem como características um equilíbrio ótimo entre a brevidade e precisão, ou seja, devem ser rápidos e com propriedades psicométricas reconhecidas (BRICKER et al., 2010). Instrumentos adequados a essas recomendações têm surgido de forma frequente nos últimos vinte anos, tais como o *Parents Evaluation of Development Status* (PEDS), *Child Development Inventory* (CDI) e *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ), todos descritos como instrumentos muito bons, com excelentes propriedades psicométricas (TROUDE et al., 2011).

Um instrumento particularmente promissor utilizado para a triagem do desenvolvimento das crianças é o ASQ-3 (Squires et al., 2009). Como alguns outros

instrumentos, esse pode ser respondido por pais ou outro cuidador primário responsável pela criança. A importância de cuidadores primários poderem avaliar suas crianças em seu ambiente natural é inestimável. Esses questionários podem ser usados em uma variedade de formas por pais de diversas culturas e que vão representar uma função significativa na triagem de uma criança para problemas ou não do desenvolvimento (JUNEJA et al., 2011). A participação dos responsáveis na avaliação da criança pode significar a prestação de um serviço mais autêntico, responsivo e preciso a respeito do desenvolvimento da criança em comparação com um profissional que pode ter uma visão mais limitada de todo o contexto em que aquela criança esta inserida, por não conhecê-la tão intimamente, tal qual seu cuidador principal (POOL; HOURCADE, 2011).

O ASQ-3 tem sido utilizado na triagem do desenvolvimento infantil nos mais variados contextos e gerado cada vez mais resultados confiáveis e importantes no sentido da valorização crescente dos responsáveis como avaliadores de suas crianças. Schonhaut et al 2010, desenvolveu um estudo com 330 lactentes e seus respectivos pais e cuidadores e um profissional da saúde para aplicar a EEDP - Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor. O objetivo foi comparar a EEDP com o ASQ-3. O estudo apontou que o ASQ-3, por apresentar os resultados organizados em áreas (comunicação, coordenação motora ampla e fina, resolução de problema e pessoal social), seria a escala mais exigente do que a EEDP, cujo diagnóstico na investigação do desenvolvimento psicomotor é baseado na pontuação total. Além disso, os autores reconhecem a importância de envolver os pais na avaliação dos filhos e, dessa forma, contribuir para as ações preventivas em saúde.

No Brasil, o ASQ-3 foi traduzido para o português brasileiro e seus estudos de validação contaram com uma amostra de 18.942 crianças com idades entre 10 meses e 57 meses (AGUIAR, 2011). Dentre os resultados, notou-se que alguns itens precisariam ser mais adaptados à cultura brasileira, porém, de acordo com as pesquisas em relação à validação do ASQ-3, comprovou-se que este é um bom instrumento para a detecção de problemas no desenvolvimento Infantil (FILGUEIRAS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011). Após a tradução, este instrumento passou a ser chamado pela equipe envolvida no estudo de ASQ-BR, foi usado por professores e cuidadores de creches e pré-escolas do Rio de Janeiro (FILGUEIRAS, 2011). Os resultados da aplicação do ASQ-3 nas creches da rede pública do Rio de Janeiro mostraram que 74% das 46 mil crianças avaliadas têm nível de desenvolvimento esperado para a idade. O estudo revelou, ainda, que as crianças mais velhas

têm desempenho mais próximo das crianças norte-americanas, enquanto a comparação entre os bebês indicou uma distância maior entre os dois universos (AVANCINE, 2012).

O ASQ-3 apresenta importância na detecção precoce de qualquer alteração em uma das habilidades avaliadas pelo instrumento, principalmente, quando se dá em crianças mais novas, para as quais o número de estudos ainda é incipiente se comparado com outras faixas etárias. O fato da avaliação poder ser realizada por um não especialista faz desse instrumento uma fonte essencial em qualquer programa social ou clínico preventivo em que a criança possa se inserir (DORRE; FATTAHI, 2011; VAN WYK et al., 2012 ; GÓMEZ et al., 2011). Para as alterações que são detectadas na infância, a evolução poderá ocorrer de forma natural, sem intervenção precoce, tanto para o bem como para a piora do quadro e, portanto, o acompanhamento desses casos é de suma importância. Nessas situações, em que há boa evolução, a criança pode contar com um ambiente rico de estímulos, sem qualquer forma de privação e, então, realmente demonstra em seus índices de desenvolvimento que a estimulação adicional e direcionada por parte de seus cuidadores não irá alterar seus resultados (KEDDE et al., 2011).

Outro instrumento importante de avaliação do desenvolvimento infantil é a Bayley II, que diferente da ASQ-3, se constitui como uma escala de diagnóstico, que assim como outros instrumentos, é utilizada no Brasil de forma contínua através de traduções, porém sem padronização para essa população. Isso acontece devido à escassez de ferramentas nacionais ou testes neuropsicológicos adaptados para a realidade do país. Mesmo assim, a utilização destas ferramentas quando consultadas de forma séria, de acordo com suas normas e cuidado na realização da tradução, tornam-se importantes para nortear o processo de avaliação infantil, principalmente em países carentes de padronização das ferramentas ou testes, sobretudo no âmbito de pesquisa sobre o desenvolvimento de crianças em risco, vítimas de maus-tratos, como foi o caso deste estudo (REIS et al., 2012; FONSECA; SALLES; PARENTE, 2007).

Para Bayley (1993) sua escala se caracteriza como teoricamente eclética, seu conteúdo deriva de várias outras escalas de desenvolvimento e de um amplo conjunto de pesquisas em bebês e crianças. Esta metodologia levou a diversos pontos de vista representados nas escalas, sem uma teoria em particular que direcione o conteúdo. Ela perfaz amostras de uma gama de habilidades de desenvolvimento emergentes e enumera a fixação de marcos do desenvolvimento. Os resultados da BSID-II podem ser usados para identificar áreas com relativa deficiência ou retardo, para desenvolver protocolos (históricos) de intervenção e para avaliar as respostas de tais intervenções, quando necessário. Porém, mesmo

que se utilize essa escala que é considerada ‘‘padrão ouro’’, pelo seu reconhecimento na qualidade da avaliação do desenvolvimento, para um diagnóstico mais preciso, deve-se reunir informações de múltiplas outras fontes, dentre as quais as oriundas de históricos médicos e psicossociais da criança.

A importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil, segundo a AAP (2006) se dá através de uma dinâmica flexível, contínua e cumulativa. Neste processo, documentar as observações detalhadas de cada bebê, sua história e a valorização das preocupações daqueles que são diretamente responsáveis por eles, devem ser também consideradas no momento em que se pretende detectar alterações do desenvolvimento infantil. Compreender este processo é atentar para as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e a detecção precoce de problemas referentes à saúde da criança. Portanto, programas de intervenção precoce podem ser uma dessas medidas de favorecimento do desenvolvimento de crianças (NASCIMENTO; PIASSÃO, 2010), principalmente, quando se pensa nas que estão em acolhimento institucional.

1.2 O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Muitas leis foram elaboradas nos últimos anos a fim de diminuir o número de crianças que vivem nas instituições de acolhimento espalhadas pelo mundo. No Brasil, apesar das inúmeras intervenções, muitas crianças ainda são institucionalizadas precocemente devido aos mais variados tipos de abusos sofridos, alguns dentro da própria família. Conforme preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), através da lei 8.069/90 de 13 de junho de 1990 (Brasil, 1990), as instituições de acolhimento infantil constituem-se em uma medida de proteção provisória e excepcional que objetiva retirar crianças ou adolescentes que tenham tido seus direitos violados e se encontram em situação de risco seja por maus tratos ou negligência. Porém, tal condição deve ser transitória, até que a própria família da criança esteja preparada para recebê-la novamente ou que sejam encaminhadas para colocação em família substituta, autorizada judicialmente.

As instituições de acolhimento infantil são responsáveis pelo apoio e cuidado de milhões de crianças espalhados por todo mundo, estima-se que exista atualmente entre 2 e 8 milhões de crianças acolhidas em abrigos infantis. Porém, esse número está longe de ser preciso, pois há uma grande dificuldade na aquisição de informações que comprovem esses dados (DOZIER et al., 2012; BROWNE, 2009). No Brasil a média de crianças em instituições

é em torno de trinta e sete mil e duzentas e quarenta crianças segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de fevereiro de 2012. Um outro dado divulgado recentemente, corrobora para demonstrar os tipos de violência/maus tratos cometidos contra as crianças brasileiras, os números são do Ministério da Saúde (MS) e indicam que dentre os casos de notificações, o abandono e a negligência representam 36% dos registros preliminares para crianças de 0 a 9 anos de idade, ficando em primeiro lugar para esse tipo de levantamento (ASCON –MS, 2012).

Quando se analisam as experiências positivas ou negativas que as crianças pequenas podem vivenciar e o fator de risco que poderá estar em um ambiente desfavorável, vários aspectos podem ser mencionados, porém o fator maus tratos e todo seu arsenal de negligências, de acordo com o grau de sua presença ou ausência, é algo que permeia muitos estudos sobre o desenvolvimento saudável de crianças, principalmente, quando se trata daquelas que foram abandonadas precocemente pelos seus cuidadores e direcionadas para uma instituição de acolhimento infantil (BARROS; FIAMENGHI, 2007; GOLIN, 2010).

Recentemente criada, a Lei Nacional de Adoção, (Lei n. 12.010/2009) proporcionou benefícios em relação à criança institucionalizada, dentre os quais a de que toda criança prioritariamente deverá ser adotada com seus irmãos caso os possua; deverá ter sua situação reavaliada a cada seis meses com base em relatórios elaborados por equipe multidisciplinar e não deverá permanecer em acolhimento institucional por mais de dois anos, “salvo comprovada necessidade que atenda a seu superior interesse (...)” (Art. 19). Mais ainda, a integração da criança em acolhimento familiar será prioritária ao acolhimento institucional (BRASIL, 2009).

Segundo estudo sobre a efetividade dessa nova lei, a questão do tempo em que as crianças deveriam ficar institucionalizadas é uma premissa difícil, ainda não cumprida por alguns abrigos no Brasil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2011). Portanto, para aquelas crianças que, por algum motivo, permanecem em acolhimento, o abrigo deve funcionar como um local em que as demandas infantis são absorvidas no sentido de solucionar suas necessidades cognitiva, social, comportamental e afetiva, proporcionar que o desenvolvimento se dê da melhor forma possível, as interferências devem ser mínimas em seu curso e o ambiente em que ela está inserida, o mais estável possível enquanto se espera primordialmente pelo retorno a sua família ou parentes (O'NEILL et al., 2012).

Machado (2011) em um estudo no qual discute a política de acolhimento institucional que vem sendo implementada no Brasil, comenta que este tipo de medida

institucional não deve ser reconhecido como um contexto “bom ou mau”, pois seu objetivo deve ser uma medida de proteção provisória, sempre que necessário. E, desta forma, deverá incentivar o desenvolvimento da criança, pois se associará a um contexto de cuidado e proteção. Portanto, a instituição de acolhimento não deve ser entendida como um local de exclusão, mas sim como espaço que proporcione o desenvolvimento de crianças que ali permanecem, independentemente do tempo. Porém, no estudo realizado por Oliveira e Pereira (2011) foi mencionado e discutido que o tempo de acolhimento preconizado, de no máximo dois anos, ainda não está sendo eficazmente cumprido por algumas instituições, mesmo sendo uma das medidas da nova lei de adoção.

O tempo de acolhimento é uma premissa importante quando se tem crianças de qualquer idade vivendo em instituições. Mas, as crianças menores de dois anos de idade têm algumas peculiaridades, já que o desenvolvimento nessa época deveria ser cercado de todo cuidado e atenção para que consigam seguir avançando sem nenhuma intercorrência. Muitos estudos confirmam que as instituições funcionam, em grande parte, como um contexto de imensas vantagens para crianças vitimizadas por maus tratos anteriores ao acolhimento (CAVALCANTE, 2008; MILLER et al., 2008; ALEXANDRE, 2006). Estes locais são considerados em muitos casos como um ambiente propício ao desenvolvimento, pois contam com uma rede de pequenos grupos de adultos familiares com os quais as crianças mantêm contato, há possibilidade de vivência com outras crianças, além dos cuidados físicos e materiais que muitas dessas crianças negligenciadas não podiam obter em casa.

No entanto, a idade precoce de entrada na instituição e o tempo de acolhimento para muitos estudiosos são considerados, como elementos centrais para incidência de atrasos de desenvolvimento nessas crianças destes locais. Por serem acolhidas antes mesmo do primeiro ano de idade, se discute se as alterações são decorrentes dos maus tratos sofridos antes do acolhimento ou se, ao contrário, são originadas pela instituição e, mais ainda, se estes locais funcionariam realmente como mantenedoras desses atrasos (VAN IJZENDOORN et al., 2011; TIZARD; TIZARD, 1967; TIZARD; JOSEPH, 1970; SIQUEIRA; DELL’AGLIO, 2010; PEREIRA, 2008; MAZZA; SCHMIED, 2011; MANSO; GARCIA-BAAMONDE; ALONSO, 2011) e, se assim for, tais situações poderiam piorar gravemente as condições dessas crianças sem a detecção e intervenção quando necessário, pois possibilitariam mais problemas em idades futuras, com o surgimento de outras incapacidades como, por exemplo, as que são apresentadas na escola em termos de dificuldades em algumas áreas essenciais para aprendizagem (SCHLESIGER et al., 2011; CONTI et al., 2012; CARDONAA et al., 2012).

A idade de entrada da criança em uma instituição de abrigo parece ser um moderador relevante na maior parte das pesquisas envolvendo o desenvolvimento infantil neste contexto. Segundo Van Ijzendoorn, Maartje e Juffer (2008), crianças colocadas no abrigo antes dos doze meses de idade apresentaram maiores atrasos de QI do que seus pares criados em famílias, e esse atraso foi significativamente maior do que com as crianças que entraram no orfanato após os doze meses. Avaliar crianças somente pelo estudo do QI é considerar apenas parte do desenvolvimento, pois outros elementos devem ser analisados, como seu bem estar físico, social, emocional e cognitivo.

Contrariamente às expectativas, Van Londen et al. (2007), demonstrou que crianças que foram adotadas após os seis meses de idade não apresentaram índices de desenvolvimento mental e psicomotor mais baixos do que as crianças adotadas antes dos seis meses. O estudo mostrou, ainda, que uma estada temporária em uma família de acolhimento antes de serem adotadas proporcionou proteção contra atraso mental e motor no primeiro ano de vida. Além disso, estas crianças, se colocadas para adoção internacional antes de seu primeiro aniversário apresentavam menos risco para a desorganização relacionada ao apego infantil. Segundo o autor, provavelmente, a estas crianças eram oferecidas mais oportunidades para a interação social, brincar e praticar habilidades motoras.

Cavalcante (2008) afirma que, para muitas crianças, o abrigo apresenta-se como um ambiente que favorece o desenvolvimento emocional, pois a situação de institucionalização envolve um campo de relações que propicia o estabelecimento de trocas sociais e afetivas importantes para o bebê privado do cuidado parental de origem.

Um dado importante demonstrado por esta autora relaciona-se com as idades das crianças que são acolhidas neste espaço, das quais 34,84% encontravam-se no primeiro ano de vida quando foram encaminhadas à instituição. Quando se considera todas as crianças na faixa-etária de zero a três anos, esse percentual se eleva bastante e passa a representar 65,85%. Ou seja, quase dois terços das crianças encontravam-se na chamada primeira infância quando foram entregues aos cuidados da instituição de acolhimento (CAVALCANTE, 2008).

A instituição de acolhimento como contexto de desenvolvimento envolve um conjunto de ações que devem priorizar entre outras coisas, as interações sociais e afetivas das crianças que estão nesses locais. Deve-se também oferecer vários recursos necessários para que os aspectos negativos que fizeram com que a criança fosse inserida nesse local sejam revertidos em proteção e segurança, bem como, um ambiente saudável e rico com possibilidades em que a criança possa realmente sentir-se bem e desenvolver-se sendo

acompanhada sistematicamente durante o seu percurso, que estimule os laços familiares fora e dentro da instituição, como no caso de acolhimento de irmãos, que seja avaliada individual e periodicamente, sejam atendidos em suas necessidades e possa obter intervenção precoce sempre que necessário. O educador nesse contexto funciona como elo entre as medidas de proteção e as crianças e, para proporcionar bem estar às crianças, deve contar sempre com uma rede de apoio promovida pela instituição em que trabalha a fim de lhe garantir qualidade de vida, satisfação pessoal e, por conseguinte, realizar seu trabalho de forma responsiva junto às crianças (BRITO; SOUZA, 2011; CORRÊA, 2011; TABORDA, 2011; NASCIMENTO; PIASSÃO, 2010; SIQUEIRA; DELL AGLIO, 2007).

Considerando o abrigo enquanto um ambiente de desenvolvimento Zortéa, Kreutz e Johann (2008) realizaram uma pesquisa que envolvia dois grupos de crianças: institucionalizadas e não institucionalizadas. Os resultados do estudo apresentaram um número de indicadores emocionais muito semelhantes entre os dois grupos, possivelmente devido à qualidade do atendimento oferecido às crianças institucionalizadas e a pouca atenção e tipo de cuidados oferecidos às crianças não institucionalizadas. O novo ambiente proporcionado pela instituição parece agir no sentido de diminuir os possíveis efeitos do ambiente em que viviam anteriormente (ALEXANDRE, 2006).

Sob a perspectiva do acolhimento institucional, enquanto uma vivência positiva, tem-se um estudo desenvolvido na Etiópia (MILLER et al., 2008), onde a realidade dos abrigos infantis é a de oportunizar às crianças uma boa rotina de cuidados, é o que demonstra a pesquisa sobre a saúde de crianças que foram adotadas no país em relação a crianças adotadas de outros países. As crianças etíopes, em sua maioria, permanecem bastante tempo sob a responsabilidade de sua família de origem, a não ser em alguns casos em que se tornam órfãs em decorrência da morte dos pais (geralmente ocasionada pela AIDS). Este contexto é um diferencial daquele país em relação a outros como Rússia e China, onde as crianças são geralmente abandonadas por suas famílias após o nascimento. Crianças etíopes de todas as idades, que foram adotadas por americanos, apresentaram significativamente melhor desenvolvimento e, raramente, apresentavam problemas médicos ou de ordem comportamental. Uma das possíveis causas está relacionada aos cuidados de alta qualidade que as crianças recebem nessas instituições de acolhimento (MILLER et al., 2008; ALEXANDRE, 2006).

Estudos envolvendo avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor com crianças em idades precoces e que estejam em acolhimento institucional ainda são pouco realizados,

sobretudo no Brasil. Tais pesquisas com essa população tornam-se importante no sentido de demonstrar os efeitos que porventura os maus tratos e a institucionalização podem gerar na evolução saudável do desenvolvimento e o quanto a retirada precoce desses lugares é necessária a fim de evitar possíveis danos em um cérebro altamente sujeito a interferências ambientais, porém, imensamente plástico (capacidade de reestruturação), o que ainda permite que intervenções sejam realizadas a tempo de reverter os atrasos, caso sejam previamente detectados (BOS et al., 2011; MCLAUGHLIN et al., 2012; OSOFSKY; LIEBERMAN, 2011; GOULD et al., 2012).

Entre os principais estudiosos, Spitz (1979/1983) descreve as características de uma espécie de síndrome que afeta, de forma negativa, o desenvolvimento global e que é apresentada por crianças privadas afetivamente dos cuidados maternos, que cresciam em uma instituição infantil fora dos Estados Unidos que abrigava noventa e um bebês. Nesta pesquisa, o autor observou que a natureza da relação entre mãe e filho pouco influencia no curso da doença e sim o período de privação, superior a cinco meses, pela qual a criança passa em seu primeiro ano. Para o surgimento dessa patologia faz-se necessário também que os cuidados desenvolvidos pelo adulto substituto dessa mãe sejam praticamente inexistentes ou inadequados.

Estes bebês foram amamentados por suas mães nos três primeiros meses e após esse período separados para então permanecerem nesta instituição, onde eram tratados adequadamente em relação a todos os aspectos materiais. Porém, como apenas uma enfermeira tinha que cuidar de até doze bebês, estes se tornaram emocionalmente carentes. Depois de separadas de suas mães, essas crianças passam a demonstrar progressivamente alguns sintomas característicos desta patologia, tais como: atraso motor, quadros de inércia e passividade, expressão vaga, presença de motilidade acompanhada de espasmos, dedos com movimentos atetósicos. Portanto, não conseguiam em sua maioria sentar-se, ficar de pé, andar, ou falar (SPITZ, 1979/1983).

Segundo Cavalcante (2008), foi a polêmica que surgiu a partir deste trabalho de Spitz que despertou a atenção das mais renomadas autoridades e pesquisadores das diferentes áreas que passaram a utilizar tal estudo como referência para outras investigações posteriores, com destaque especial à situação dos órfãos da II Guerra Mundial que foram acolhidos e cuidados por instituições infantis em função do desaparecimento ou morte dos pais.

Mushtaq et al. (2006) em sua pesquisa sobre as necessidades das crianças que vivem nas instituições de acolhimento institucional na Caxemira, constatou o impacto que essas

instituições podem provocar no estado psicológico destas crianças, o que pode ser explicado, segundo o autor, pela superlotação nesses locais, horário rígido, áreas recreativas deficientes, má nutrição e falta de instalações educacionais modernas. Mas, observa que em alguns países pobres, nos quais o índice de desenvolvimento humano está abaixo da média, às crianças que vivem em instituições de acolhimento tiveram melhor desenvolvimento cognitivo. Tal aspecto torna-se possível quando as habilidades gerenciais da instituição são alimentadas por cuidados advindos da educação e compreensão entre os membros deste lugar.

Os estudos de Lucy e Karyn (2006) confirmam a realidade encontrada, na maioria, das instituições de acolhimento de países em condições políticas, econômicas e sociais desfavoráveis. Seu estudo revela uma das piores evidências da ausência de cuidados com crianças institucionalizadas, ao constatarem a situação de desnutrição e crescimento físico de crianças romenas pós-institucionalizadas. Após a queda da ditadura de Nicolae Ceausescu na Romênia, em dezembro de 1989, o mundo teve conhecimento de situações terríveis de mais de 100.000 crianças definhando em mais de 600 orfanatos. O conhecimento desta situação levou centenas de canadenses a adotar crianças romenas. Um estudo realizado com estas crianças após a adoção, por famílias canadenses de classe média, possibilitou avaliar os efeitos da privação grave e precoce de cuidados e se, a partir de cuidados adequados, poder-se-ia reverter as alterações no desenvolvimento que cedo se originaram.

A má qualidade dos cuidados prestados as crianças acolhidas, podem ser responsáveis por problemas sérios relacionados ao desenvolvimento físico da criança que como demonstrado anteriormente tem como uma das causas, a desnutrição. Porém, não é só isso, outros fatores podem influenciar principalmente no que diz respeito à interação e estimulação proporcionada pelo cuidador, o que muitas vezes é ocasionado pela baixa proporção entre o número de cuidadores e crianças (CAVALCANTE; MAGALHÃES, 2009).

Diamond et al. (2003) retrata sobre a precariedade relacionados aos cuidados oferecidos as crianças em algumas instituições, em que o atraso verbal foi a característica predominante mais aparente nas crianças menores. Presumivelmente, isto ocorre devido às condições nas instituições de acolhimento onde os cuidadores não interagiam verbalmente com crianças mais jovens e estavam focados em atender às necessidades físicas destas. Uma das mais flagrantes omissões do presente estudo é uma somatória dos sinais e sintomas de privação do ambiente, como comportamentos auto-estimulatórios, triste afeto, interações interpessoais pobres no contato inicial com a criança nesses ambientes (BARROS;

FIAMENGHI, 2007). Um terço de todas as crianças avaliadas apresentaram tais comportamentos.

Ainda em relação aos cuidados oportunizados pelas instituições e a qualidade dos cuidados desprendidos pelas educadoras, Barros (2009), em pesquisa realizada em um abrigo na cidade de Belém-PA, cujo objetivo foi compreender a experiência de crianças em situação de acolhimento, ratificou os estudos de Diamond. Dentre as suas conclusões, apresenta que os cuidados dispensados pelas educadoras às crianças acolhidas eram, em sua maioria, considerados como tarefas secundárias. O número de educadoras presentes no local era desproporcionalmente menor que a quantidade de crianças, o que gerava baixa atenção às necessidades individuais de cada criança (TIZARD, 1964). Mesmo assim, as duas crianças envolvidas no estudo encontravam meios próprios para lidar com tais situações que faziam parte de suas vidas desde os primeiros meses de nascimento. Um desses meios seria a brincadeira “... As brincadeiras das crianças exprimiram necessidades não satisfeitas, atuando como um recurso de protesto e reivindicação inconsciente, e de resoluções de conflitos internos” (BARROS, 2009, p. 74).

Por ser uma faixa de idade na qual os processos mentais ocorrem em uma velocidade intensa, experiências boas ou más podem ficar registradas como benefícios ou não no cérebro da pequena criança. Alguns danos parecem mesmo se fixar nessa primeira etapa do desenvolvimento, principalmente privações de ordem sensorial, cognitiva e psicossocial (WILSON et al., 2008; MARGOLIN; VICKERMAN, 2011; DUBOWITZ; POOLE, 2012; WALKE et al., 2011; NELSON et al., 2011). Algumas crianças que são expostas a essas privações, parecem não conseguir reverter de forma satisfatória as alterações em seu desenvolvimento, mesmo as que foram adotadas há alguns anos e recebem todo apoio da nova família, com um ambiente rico em estímulos. É como se algum aspecto primordial em certo momento da vivência daquela criança na instituição não tivesse sido notado como relevante para o desenvolvimento e se traduz no futuro, em atraso na área afetada precocemente. Isso não significa que a criança não poderá reverter esse quadro de alterações, ilustra que somente a mudança de um ambiente tido como privador para outro enriquecido em estímulos não seria suficiente para estabilizar e corrigir as falhas do desenvolvimento. Detectar precocemente o problema e oportunizar intervenções mais direcionadas, ainda dentro das instituições, poderá colaborar para favorecer as crianças que, de alguma forma, foram negligenciadas no percurso de suas vidas (ROEBER et al., 2012).

A criança pequena apresenta um senso de oportunidade e aproveita de forma intensa todos os estímulos que lhe são oferecidos e aprimora assim suas habilidades (SANTOS; CAMPOS, 2010). Reverter ou melhorar qualquer situação de alteração ao desenvolvimento de crianças sob a responsabilidade das instituições deve ser prioridade, um comprometimento, já que esses locais estão com a responsabilidade de cuidar e proteger tais crianças.

Assim, esta dissertação realizou uma avaliação do desenvolvimento de bebês em acolhimento institucional em um abrigo da cidade de Belém, Estado do Pará.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral:

Aferir e analisar através de um estudo quantitativo e qualitativo o desenvolvimento de bebês de 1 a 12 meses cuidados no Espaço de Acolhimento Provisório (EAPI), a partir da utilização das escalas: Bayley II e ASQ-3, assim como do método de observação sistematizada.

1.3.2 Específicos:

- Caracterizar o desenvolvimento da linguagem, coordenação motora, resolução de problemas e pessoal/social de cada criança segundo a percepção dos educadores responsáveis pela aplicação da ASQ-3 e comparar com os resultados obtidos pelo roteiro de observação sistematizado;
- Caracterizar o desenvolvimento cognitivo, linguagem, pessoal/social e qualidade motora de cada criança entre 1 e 12 meses de acordo com a avaliação resultante das escalas Bayley II e comparar com os resultados oriundos do roteiro de observação sistematizado; e
- Analisar e compreender o desenvolvimento das crianças presentes no estudo a partir dos resultados obtidos pela ASQ-3 e ratificados ou não pelo instrumento Bayley II.

2 MÉTODO DE PESQUISA

2.1 PARTICIPANTES

Os participantes foram crianças que não apresentavam diagnóstico de patologia neurológica já estabelecida e tinham idade até 12 meses. A instituição contava com 11 crianças que obedeciam aos requisitos estabelecidos pela pesquisa. Optou-se pela escolha aleatória (sorteio) de seis crianças distribuídas da seguinte forma: Cada uma das faixas etárias de 4, 6, 7 e 8 meses com uma criança e a de nove meses, duas crianças. Outros participantes foram duas educadoras (cuidadoras) de referência, uma com ensino superior completo e a outra com o ensino médio que possuíam carga horária, frequência de cuidados e tempo de trabalho, com as mesmas crianças, maiores em relação aos outros educadores. Elas são diretamente responsáveis pelos dormitórios aos quais as crianças selecionadas pertenciam.

2.2 LOCAL DE PESQUISA

2.2.1 Caracterização da instituição

O Espaço de Acolhimento Provisório Infantil, EAPI, também conhecido como abrigo Começo Feliz, está vinculado à Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social (SEDES) e é mantido pelo governo do Estado. Trata-se de um abrigo público, localizado em uma área periférica na cidade de Belém do Pará, que acolhe provisoriamente crianças de zero a seis anos de idade, de ambos os sexos, encaminhadas diariamente à instituição, por órgãos como a Vara da Infância e da Juventude da capital e outros municípios Paraenses, ou ainda, pelos Conselhos Tutelares com atuação na Região Metropolitana de Belém.

Esses encaminhamentos são por motivos diversos, dentre eles destacam-se: abandono, negligência, conflitos familiares, falta de condições sócio-econômicas e habitacionais da família, entre outros. Essas crianças ficam à disposição do juizado para retornarem às famílias biológicas ou serem encaminhadas a famílias substitutas para adoção.

Esta instituição acolhe crianças com idades distintas e, por isso, se organiza em espaços denominados de dormitórios, nos quais se encontram distribuídas as crianças em função das suas faixas-etárias. Assim, no Dormitório (berçário) I, estão as crianças de zero a cinco meses. No Dormitório (berçário) II, ficam crianças de seis a onze meses. No Dormitório III, são acolhidas as que têm de 12 a 23 meses. No Dormitório IV, dois anos. No Dormitório V, três anos. No Dormitório VI, são acolhidas as crianças com quatro anos. Por fim, no Dormitório VII ficam as crianças de cinco a seis anos.

Outros setores pertencentes ao abrigo correspondem às áreas administrativas que envolvem uma sala onde funciona a gerência; uma sala de atendimento aos pais e/ou familiares; uma sala para a equipe técnica; uma sala de reunião; um almoxarifado; uma sala para atendimento médico-ambulatorial; uma sala onde funciona a secretaria; uma sala de psicologia, uma copa, uma cozinha, um lactário e uma lavanderia. Em algumas dessas salas desenvolvem-se trabalhos mais direcionados que se dividem por setores, como: social, que responde pelo atendimento psicossocial à criança e aos seus responsáveis; clínico, com a responsabilidade de prevenir e tratar as doenças mais comuns das crianças acolhidas, além de atuar nos primeiros socorros; setor nutricional e o pedagógico, responsável pela elaboração e execução de atividades sócio-pedagógicas.

Alguns ambientes são frequentemente utilizados pelas crianças da instituição, dentre eles, destacam-se: os dormitórios, os dois banheiros, a sala de estimulação para bebês, uma sala de para atividades pedagógicas, uma brinquedoteca, um refeitório, um quintal com árvores e uma mini-casa para as crianças brincarem, o barracão (uma área coberta), além de um *playground*. Alguns desses espaços foram utilizados para a execução das avaliações envolvidas no estudo e, por isso, são apresentados de forma mais detalhada logo abaixo.

Sala de estimulação: Este espaço foi improvisado para o que seria posteriormente a sala de psicomotricidade. Contava com vários colchões espalhados pelo chão formando um grande quadrado, onde os bebês realizavam suas atividades. Muitos brinquedos ficavam dispostos no quadrado que também continha uma caixa na qual a criança poderia ficar, além de uma cadeira pequena. Outros objetos diferentes ficavam espalhados pelo ambiente, armários, carros de bebês, outros brinquedos, alguns sacos com roupas.

Playground: É um espaço ao ar livre em que parte do terreno é coberta com grama e outras partes com areia fina. Possui instalados alguns brinquedos, como gangorra, escorrega-bunda e quadrado, além de uma casa de brinquedo em madeira. Ao fundo se

localiza uma árvore, responsável por uma enorme sombra sob a qual as educadoras permaneciam por algum tempo com os bebês dispostos nos carrinhos e lá também faziam algumas de suas alimentações e medicamentos.

Corredor: É uma via longa e comprida que interliga várias áreas da instituição, especialmente os dormitórios e banheiro. É iluminado e bem arejado e em suas paredes, estão pintados alguns desenhos com temas infantis. Várias brincadeiras se desenvolvem neste local e em sua extensão possui bancos em madeira usados por educadores e crianças para sentar e/ou conversar. É um dos locais preferidos pelas educadoras para a alimentação das crianças do D1 ao D3,

Dormitórios D1 e D2 (Berçários): São espaços amplos com janelas dispostas ao fundo e portas largas de vidro onde eram colocadas cortinas no momento em que as crianças descansavam. Em relação ao mobiliário, possuem, dependendo do dormitório, em média 6 berços, dispostos um ao lado do outro, organizados nos dois lados do ambiente. Contam com guarda-roupas, além de cômodas que também funcionavam como trocador para os bebês. Algumas vezes também foi possível notar a presença de brinquedos que pareciam estar guardados no interior das cômodas.

2.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

2.3.1 Ficha de Caracterização Psicossocial

Com objetivo de selecionar e traçar o perfil das crianças de zero a doze meses acolhidas na instituição, foi feito o estudo social, a partir dos prontuários, por meio dos quais foram obtidas, principalmente, informações sobre idade, condições clínicas ao entrar na instituição, motivo do acolhimento e tempo de institucionalização. Esse elenco de informações era constantemente atualizado, visto que toda semana novas crianças ingressavam no abrigo, porém, somente os prontuários das crianças acolhidas no período determinado para esta coleta foram aproveitados. Apesar de todas essas informações serem importantes para um bom diagnóstico precoce de crianças em situação de risco, algumas não estavam disponíveis nos documentos relacionados às crianças envolvidas.

2.3.2 Ages and Stages Questionnaires – ASQ-3

A avaliação do desenvolvimento infantil, realizada pelas educadoras de referência, foi feita a partir do instrumento *Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3)*. Squires et al. (2009) desenvolveu esta escala pela primeira vez nos Estados Unidos por volta de 1997 e, desde então, vem sendo amplamente usada e validada para diversas populações em diferentes países. O ASQ-3 engloba a avaliação do desenvolvimento crianças de 1 a 66 meses de idade e para responder aos questionários, o informante não precisa ter qualquer formação específica e deve simplesmente conhecer muito bem a criança avaliada.

O instrumento é composto por 21 questionários distintos, cada questionário com cinco blocos, um para cada domínio de desenvolvimento e cada bloco apresenta 6 perguntas, totalizando 30 perguntas. Ilustrações ao lado de algumas perguntas são utilizadas a fim de facilitar o preenchimento do questionário (ver ANEXO C). Desses questionários, 19 são destinados às crianças com menos de 4 anos e apenas 2 são voltados para as crianças com idade entre 4 e 5 anos e meio. As perguntas investigam se a criança desenvolveu plenamente uma determinada habilidade e as respostas decorrentes dessa análise são: sim (presença da habilidade); às vezes (nem sempre executa a habilidade) e não (não executa a habilidade).

O ASQ-3 abrange cinco domínios do desenvolvimento infantil, que são: comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, resolução de problemas e pessoal/social. O item comunicação considera o balbuciar, a vocalização, a audição e a compreensão. Os movimentos dos braços, corpo e pernas são contemplados pelo item coordenação motora ampla. O item coordenação motora fina está relacionado aos movimentos da mão e dedo. O item resolução de problemas avalia o aprendizado e a capacidade da criança brincar utilizando brinquedos. Por fim, o item pessoal/social avalia a capacidade de brincar sozinho, com brinquedos e com outras crianças.

Os educadores compreenderam a importância do monitoramento do desenvolvimento infantil e a avaliação a partir do ASQ-3. Além disso, puderam contribuir e ampliar a discussão com adaptações sugeridas por eles mesmos nos questionários da escala a partir da seção intitulada “observações gerais”, onde constam informações adicionais a cerca da criança e que também estão presente no questionário ASQ-3. A função desta seção está em auxiliar no direcionamento e encaminhamento terapêutico. Essa seção não será o foco principal desse estudo, porém foram considerados alguns aspectos da mesma a fim de enriquecer a discussão sobre a triagem do desenvolvimento.

A pontuação para os 30 itens de desenvolvimento de cada questionário do ASQ-3 são assim definidas: quando marcado “sim”, a pontuação correspondente ao valor de 10 (dez) pontos indica que a criança realizou o comportamento; “às vezes”, corresponde a 5 (cinco) pontos e indica uma resposta ocasional; e “ainda não”, vale 0 (zero), para indicar que a criança ainda não realiza o comportamento avaliado. Posteriormente, os resultados foram analisados pela folha específica para esse fim, chamada folha de compilação, que forneceu uma pontuação limite, orientada pela escala e conseqüentemente as classificações do desenvolvimento da criança.

Após a soma por área das pontuações totais atingidas pela criança, comparou-se este resultado com a pontuação limite do ASQ-3 a fim de emitir parecer final envolvendo não só esse resultado da soma por área, mas também, os resultados das observações gerais, bem como outros fatores adicionais, tais como se a criança tem a oportunidade para praticar as habilidades em que demonstrou algum risco. A soma dos pontos em cada uma das 5 áreas determinou em que classificação a criança se encontrava, que poderia ser: não necessita de avaliação; necessita de atividades adicionais com monitoração de sua evolução; requer avaliação aprofundada/direcionada feita por profissional.

2.3.3 Bayley Scales of Infant Development – BSID II

Esta escala surgiu após revisão e ampliação da primeira escala criada por Nancy Bayley em 1953. Após vinte e quatro anos de edição desta escala foram feitas várias atualizações, as quais resultaram na segunda versão, a BSID-II ou Bayley II, que avalia crianças de 1 a 42 meses e é composta de três escalas: a Escala Mental, a Escala Motora e a Escala de Comportamento (*Behavior Rating Scales - BRS*). As três escalas são consideradas complementares entre si, sendo que cada uma dá uma contribuição única à avaliação da criança.

A Escala Mental inclui itens (ANEXO E) que avaliam memória, adaptações, habilidade na solução de problemas, conceitos primários de número, classificação, generalização, vocalização, linguagem e habilidade social, ou seja, avalia o funcionamento das capacidades sensoriais e perceptivas da criança. A Escala Motora avalia o controle dos grupos de músculos gerais e específicos (motricidade ampla e fina). Isto inclui movimentos associados com o rolar, o rastejar e o engatinhar, o sentar, o ficar de pé, o caminhar, o correr e

o pular. Esta escala também testa pequenas manipulações motoras que envolvem a apreensão, o uso adaptado de instrumentos da escrita e a imitação dos movimentos das mãos.

A Escala de Comportamento avalia aspectos qualitativos do comportamento da criança em teste e sua interação com objetos e pessoas. Esta escala permite ao examinador estimar um índice para atenção/estimulação da criança (abaixo dos 6 meses de idade); orientação/engajamento para com tarefas, para com o examinador e para com o responsável; regulação emocional; e qualidade dos movimentos. As diferenças de temperamento demonstradas por algumas crianças, seu estado de excitabilidade e motivação, são alguns dos aspectos considerados relevantes por essa escala. O temperamento da criança, por exemplo, pode levar a uma parada na sessão de testes, ou diminuir sua habilidade para se adaptar ao ambiente de aprendizado, além de poder influenciar na maneira pela qual os indivíduos interagem com a criança no ambiente dela (BAYLEY, 1993).

Deve ser considerado que as observações qualitativas do comportamento da criança obtidas através da escala de avaliação do comportamento, devem ser usadas de forma complementar, pois são extremamente importantes já que proporcionam uma base mais segura para as respostas clínicas do que as escalas mentais e motoras, isoladamente (BAYLEY, 1993).

Os testes foram aplicados no horário normal de funcionamento da instituição e durante esta aplicação foram respeitadas as normas presentes no local, de forma a não interferir na rotina das crianças e educadores da instituição. Os registros das escalas mental e motora foram respondidos de acordo com a execução ou não da tarefa, se a criança realizou, então ela creditou/pontuou pela execução. Se a criança não realizou, não creditou o item correspondente. Para a escala de comportamento as crianças podem ser avaliadas em três categorias: dentro dos limites normais para a sua idade, questionável e não ótimo em relação a uma criança com a sua mesma idade.

2.3.4 Roteiro de observação sistematizado para bebês

Este roteiro surge como uma proposta para observar, de forma sistemática, os bebês de 1 a 12 meses acolhidos institucionalmente. Neste caso, o observador já define anteriormente o fenômeno que vai estudar através da observação, também chamada estruturada ou planejada. As categorias de análise do objeto de estudo são construídas

anteriormente, e os comportamentos a serem analisados (unidades de análise) já estão estruturados numa planilha ou em outro meio mais objetivo de registro, como um roteiro de observação. Priorizam-se os aspectos e situações representativos e relevantes para os sujeitos em observação; portanto, não se descreve mais demasiadamente os comportamentos e assim selecionam-se os que interessam para a pesquisa (DESSEN; MURTA, 1997).

O roteiro criado (Apêndice A) apresenta-se sem fins diagnósticos e com o objetivo de complementar a compreensão final do desenvolvimento desses bebês, juntamente com os outros dois instrumentos que serão aplicados (BSIDII e ASQ-3). Roteiro foi criado para este estudo e teve como inspiração os questionários presentes nas escalas: Bayley II (BAYLEY, 1993); no Teste de Triagem do Desenvolvimento- Denver II (FRANKBURG et al 1992) e na Escala de Desenvolvimento do comportamento da Criança-EDCC (PINTO e cols, 1997).

As escalas utilizadas para compor o roteiro de observação foram escolhidas por serem frequentemente usadas no Brasil, e apresentarem semelhanças entre si na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento das crianças em vários contextos. A seleção dos itens envolvidos na preparação do roteiro levou em consideração:

Primeiro: A equiparação dos itens para feminino e masculino, presentes na escala EDCC, dos quais foram selecionados aqueles comuns aos dois gêneros.

Segundo: A similaridade dos domínios apresentados nas três escalas.

Terceiro: Frequência por faixa etária, na qual os itens eram considerados em cada escala.

Quarto: O conhecimento prévio da pesquisadora em relação ao ambiente e a importância da avaliação do desenvolvimento das crianças nesses locais.

Para a construção do roteiro foram contempladas as áreas mental, motora, linguagem e o desenvolvimento pessoal/social. Os itens presentes em cada uma dessas áreas (domínios) de avaliação são discutidos e apresentados nos questionários das escalas escolhidas para compor o roteiro e foram considerados relevantes conforme se repetiam nas três escalas. Além disso, o questionário de observação possui um espaço em branco para possíveis impressões do observador, se assim julgar necessário.

As faixas etárias foram definidas levando-se em consideração a expansão para além da idade demarcada no roteiro. Assim, como exemplo, as idades de 1 mês a 3 meses corresponderão para além do limite de 3 meses e 29 dias, e são acrescentados itens que podem

estar localizados nas idades seguintes de 4 meses até cinco ou seis meses. Ou seja, as idades são ampliadas sempre no mínimo para um mês adiante. A idade de 12 meses foi o caso em que a ampliação necessitou maior espaço, de sete meses em diante. Assim, em algumas áreas, para os doze meses acrescentaram-se itens que variavam entre 12 e 17 meses. Tal ampliação obedeceu aos limites sugeridos pelas escalas nas quais o roteiro foi inspirado, e considera que as pontuações da idade de desenvolvimento não são lineares; não se pode assumir que o crescimento ocorra em proporções iguais de uma idade de desenvolvimento para outra (BAYLEY,1993).

O critério de escolha para responder ao roteiro é sim ou não. O observador deve responder à alternativa “sim” para os itens que correspondem às atividades desenvolvidas pela criança ou quando essa atividade é ocasionalmente realizada. E deverá responder “não” caso a criança não realize a tarefa. A observação ocorreu em momentos e ambientes diferentes relacionados à rotina da criança e foi finalizada conforme os itens foram observados e preenchidos, o tempo médio para essa etapa foi de duas horas. Cada bebê selecionado para observação foi, obrigatoriamente, avaliado pelas escalas Bayley II e ASQ-3 e o resultado final gerado a partir do levantamento da quantidade de respostas “sim” ou “não”.

2.4 PROCEDIMENTO DE PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa envolveu algumas etapas, tais como as apresentadas a seguir:

2.4.1 Autorização para o estudo em instituição de acolhimento infantil

Para efetivar o adequado desenvolvimento do trabalho, a primeira providência foi conseguir a autorização judicial. Por se tratar de crianças acolhidas institucionalmente, estas se encontram sob a responsabilidade legal do juizado da primeira infância e juventude. Assim, obteve-se autorização conforme o ofício nº 304/2007/JIJ, assinado por José Maria Teixeira do Rosário, juiz titular da 1ª Vara da Infância e Juventude da Comarca da Capital, emitido em 12 de dezembro de 2007 (ver ANEXO A). Posteriormente, buscou-se autorização da Secretária de Estado de Assistência Social responsável pela instituição em que se desenvolveria a pesquisa, aprovado por Aracy Nazaré da Silva Farias, Gerente Interina.

O parecer favorável do comitê de ética em pesquisas em seres humanos foi emitido, conforme documento nº 159/ 11 CEP-ICS/UFPA (ANEXO B). Posteriormente, o projeto foi apresentado à gerência do EAPI que autorizou a presença da pesquisadora na instituição.

2.4.2 Período de habituação

De posse das autorizações, iniciou-se o processo de visitas ao abrigo a fim de promover a inserção do pesquisador em relação ao ambiente e aos possíveis participantes e vice-versa. Assim, procurou-se estabelecer uma rotina de visitas que não tivesse a interrupção ou o confronto com as tarefas desenvolvidas normalmente dentro de uma instituição. Após esse primeiro momento, identificou-se os educadores que fariam parte da pesquisa e realizou-se abordagem individual a fim de expor os objetivos do estudo e motivar sua participação no processo.

2.4.3 Coleta de dados

A coleta dos dados se iniciou com a leitura e pesquisas dos prontuários das crianças. Para compor a amostra foram sorteadas as crianças entre aquelas que não apresentavam problemas de saúde relacionados ao atraso de desenvolvimento de acordo com relatos dos prontuários (documentos das crianças). Após esse momento, teve início a fase de esclarecimentos e apresentação do ASQ-3 para que as educadoras que realizariam a avaliação pudessem se familiarizar com o instrumento. Os questionários aplicados foram traduzidos para o português do Brasil e autorizados para serem usados nessa pesquisa sob licença *Dias, PB 12052* fornecida pela *Paul. H. Brookes publishing Co.*

Todos os questionários delimitados para a pesquisa foram preenchidos pelas educadoras, respeitando-se os horários de alimentação e descanso das crianças que seriam avaliadas. Foram usados os questionários dos seguintes intervalos de idade: um questionário para cada um dos intervalos de 4, 6 e 8 meses e dois para o intervalo de 9 meses, cuja avaliação foi inserida no questionário de 10 meses. Esses intervalos correspondem aos que são usados para as crianças que pertenciam às idades determinadas para o estudo. O instrumento foi aplicado no interior da instituição, principalmente nas áreas destinadas aos cuidados dos bebês, tais como os dormitórios/berçários D1, D2 e corredor. O tempo médio gasto pelas

educadoras fora de 40 minutos, pois algumas vezes tiveram que parar o preenchimento para cumprir alguma rotina da instituição. Estas educadoras além de não apresentarem qualquer dúvida em relação ao instrumento, também sentiram-se à vontade para incluir suas observações pessoais no espaço fornecido pelo instrumento para esse fim. Após a avaliação, os questionários eram entregues para a averiguação dos resultados.

O método de observação iniciou logo após a avaliação realizada pelas educadoras com a utilização do ASQ-3. As seis crianças foram observadas de forma individual, sem o conhecimento dos resultados advindos do ASQ-3. As observações ocorreram nos ambientes e horários normais de sua rotina, respeitando-se os momentos de descanso. A observação só cessava quando o roteiro elaborado para esse fim estava totalmente preenchido. Assim, a observação não tinha um tempo pré-definido para acontecer, porém o tempo médio para cada criança foi de duas horas. Os intervalos de idade observados, prescritos pelo roteiro, foram: 4 a 6 e 7 a 9 meses. Dentre os ambientes utilizados para a observação na instituição, estão: o corredor, dormitórios D1e D2, sala de estimulação e playground.

Por último, um psicólogo aplicou a escala Bayley, em uma sala cedida pela instituição (sala da psicologia), nos horários e períodos que as crianças estavam em estado de alerta. A aplicação seguiu as normas presentes no manual e formulários de registro presentes e as performances das crianças em cada item foram computadas de acordo com abreviações padrões entre as quais estão as do tipo: C (Crédito), a criança respondeu ou executou corretamente e recebeu ponto pelo item; NC (Nenhum Crédito), a criança respondeu ou executou incorretamente e não recebeu ponto pelo item e RF (Recusado) em que a criança recusou a tarefa e não recebe crédito pelo item.

As etapas da pesquisa podem ser visualizadas a partir do fluxograma:

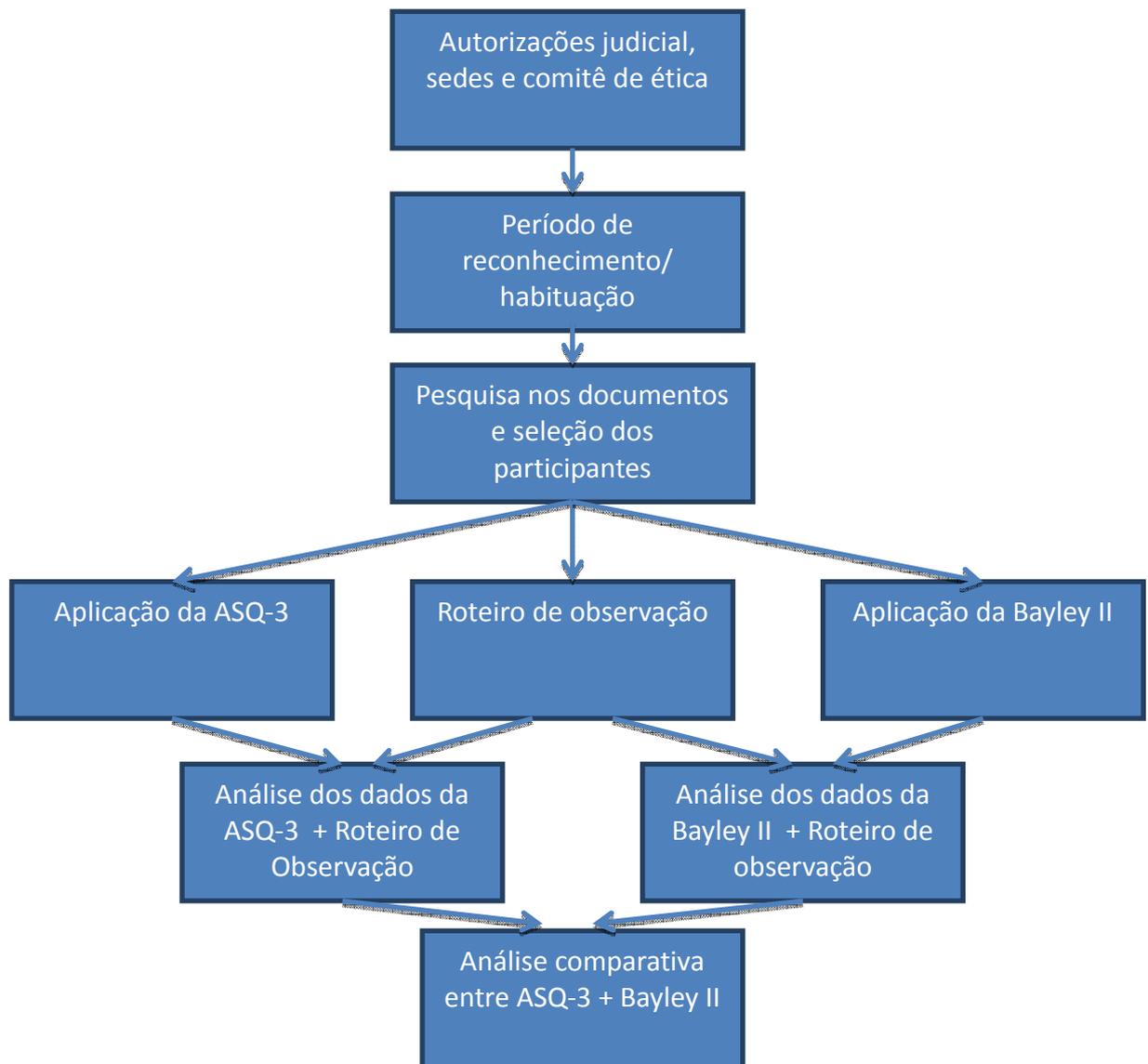


Figura 2.1 Etapas da Pesquisa

3 DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: AVALIAÇÃO A PARTIR DO ASQ-3 E ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados e as conseqüentes discussões a cerca do desenvolvimento das crianças em acolhimento a partir da avaliação realizada pelas educadoras por meio do instrumento ASQ-3, além das contribuições oriundas das análises dos prontuários das crianças envolvidas no estudo e do Roteiro de Observação Sistematizado.

O ASQ-3 tem sido adaptado e traduzido para os mais diversos idiomas em vários países, como: Português, Espanhol, Francês e Coreano, com o mesmo propósito de detectar precocemente alterações no desenvolvimento infantil e a possibilidade de encaminhamento para a intervenção precoce. Pool e Hourcade (2011), em seu estudo sobre as práticas contemporâneas de triagem do desenvolvimento, lista o ASQ como um instrumento promissor utilizado para a triagem do desenvolvimento das crianças e defende suas propriedades psicométricas, econômicas e facilidade da administração. A tradução e adaptação cultural do ASQ-3 (FILGUEIRAS, 2011) para a realidade brasileira foi fruto de uma pesquisa que avaliou entre outros aspectos as políticas públicas em relação ao desenvolvimento de crianças em creches do Rio de Janeiro. Embora o ASQ-3 tenha sido elaborado originalmente nos Estados Unidos, foi possível sua aplicação na realidade brasileira, até com certa facilidade, segundo relatos do educador e avaliador.

Torna-se essencial compreender a real importância da instituição de acolhimento como um lugar fundamental, de referência na vida de muitas crianças. Espera-se que a instituição possa prover o atendimento às necessidades materiais e emocionais das crianças e adolescentes acolhidos, propiciar-lhes espaços e oportunidades para interações, promover organização de rotinas de atenção, cuidado e educação que lhes ofereça condições para um desenvolvimento saudável. Ou seja, a instituição que acolhe poderá funcionar como um contexto de desenvolvimento para esses bebês que, desde a mais tenra idade, já puderam vivenciar o abandono, negligência e toda a sorte de maus tratos a que puderam suportar.

Conhecer a história de vida dessas crianças, quando ainda estavam sob a responsabilidade de seus familiares, é um aspecto relevante a ser considerado no momento

que se tem os resultados de uma avaliação com crianças de tão pouca idade. Porém, o acesso a essas informações tão importantes são difíceis de obter, pois nem sempre se localiza um responsável que colabore e informe sobre questões cruciais para o desenvolvimento da criança relativos à história anterior, durante e após o parto. Em relação às crianças do estudo, elas trazem em sua história alguns fatores que, mesmo se fossem isolados, poderiam influenciar negativamente no bom desenvolvimento neuropsicomotor (NELSON et al.,2011), principalmente, os que dizem respeito ao uso de drogas de seus pais. As crianças estão dentro da faixa até 12 meses, têm em média 3 meses de acolhimento institucional, a genitora era usuária de drogas e todos foram abandonados em algum momento de suas vidas, foram encontrados e acolhidos pela instituição. Esses dados estão de acordo com o relatório de pesquisa da justiça infanto-juvenil, fornecido pelo Conselho Nacional de justiça - CNJ (CNJ-IPEA, 2012), em que as principais causas de acolhimento no Brasil ocorrem distribuídas da seguinte forma: 20% por negligência, 16% por abandono e 14% porque os pais ou responsáveis são alcoolistas/dependentes químicos.

As crianças deste estudo serão denominadas de C1, C2, C3, C4, C5, C6. Tal denominação faz referência tanto aos “casos” estudados quanto às “crianças” avaliadas. A Tabela 3.1 apresenta os resultados da coleta das informações a partir dos documentos das crianças. A caracterização das crianças demonstra que, em todos os casos, foram abandonadas por seus pais. Além disso, cinco das seis mães são usuárias de alguma droga a citar: álcool, maconha, crack, etc. O tempo médio das crianças em acolhimento institucional é de 3 meses e a maioria, 66,6%, apresentava algum problema de saúde detectado quando da entrada na instituição.

Para determinar em que classificação a criança se encontrará após a triagem, o ASQ-3 possui uma pontuação limite para cada área avaliada. Um panorama das crianças que se encontram com as áreas do desenvolvimento acima dos limites determinados pelo instrumento ou que se mantenham próximos e, até mesmo, abaixo dos limites, são apresentados na Tabela 3.2. O resultado referente a essa pontuação será determinar os encaminhamentos determinados pelo instrumento, se a criança se desenvolve bem, dentro das expectativas para sua idade e, portanto, sem a necessidade de avaliação mais aprofundada; ou se requer encaminhamentos para avaliação mais aprofundada ou atividades adicionais. Segundo essa classificação, as crianças avaliadas pelo estudo na instituição de acolhimento apresentam-se, em sua maioria, com pontuação próxima ou abaixo do limite estabelecido, principalmente nas

áreas da coordenação motora ampla. Estas crianças necessitariam de avaliação aprofundada, realizada por profissional especializado.

Tabela 3.1- Caracterização psico-social das crianças avaliadas.

Nome da criança	Idade	Idade de entrada no abrigo	Tempo de Acolhimento	Motivo da entrada	Mãe Usuária de drogas	Presença de Doenças
C1	9m,8d	6m	3m	A	SIM	Não
C2	6m	10d	6m	A	SIM	Sim
C3	9m,12d	8d	9m	A	S/I	Não
C4	8m	7m	1m	NE/A	SIM	Sim
C5	7m,4d	3m12d	3m	NE/A	SIM	Sim
C6	4m	4m	4m	NE/A	SIM	Sim

Nota: d – dias; m – meses; A - Abandono; NE – Negligência.

Tabela 3.2 - Caracterização das crianças em função da necessidade de encaminhamento.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Comunicação	A	NA	AA	NA	AA	A
Motora Ampla	A	NA	NA	A	A	A
Motora Fina	A	NA	NA	NA	A	A
Res. de Problemas	A	NA	NA	A	A	A
Pessoal-Social	A	NA	NA	NA	A	A

Nota: A - Avaliação; AA - atividades adicionais; NA - não avaliação.

O desenvolvimento de C2 está dentro das expectativas até o momento, com nenhuma área indicativa de avaliação mais aprofundada. Outras crianças também demonstraram estar bem até o momento do teste, para determinadas áreas, tais como C3 que apresentou desenvolvimento adequado para as áreas motora ampla e fina, resolução de problema e pessoal-social, porém necessita de atividades adicionais para as habilidades ligadas à comunicação, pois segundo sua avaliação, se encontra no limite para atraso nessa etapa. A C4

está bem para as áreas de comunicação, motor fina e pessoal-social; já a criança C5 requer atividades adicionais na área da comunicação. Por fim, a criança C6 pontuou em risco para todas as áreas.

A pontuação de risco limite que coordena todo o resultado do ASQ-3, pode ser conferida pela Tabela 3.3, que apresenta uma comparação entre a pontuação demonstrada pelo manual do instrumento e os resultados totais por área atingidos pelas crianças da instituição. Os resultados confirmam que as alterações de risco com pontuações abaixo das expectativas, em pelo menos uma área, estão presentes em cinco das seis crianças avaliadas. A coordenação motora ampla e a resolução de problemas foram as áreas em que um grande número de crianças pontuou negativamente, o que indica, segundo o instrumento, a necessidade de uma avaliação mais aprofundada em relação aos riscos em seu desenvolvimento. Na sequência, as áreas de coordenação motora fina e pessoal-social, obtiveram, cada uma, 50% das crianças com pontuação abaixo do limite. Por fim, a área da comunicação foi a que gerou as melhores pontuações totais, com apenas 33,3% das crianças com valores abaixo do limite definido pelo instrumento.

Tabela 3.3 - Resultado da pontuação total das áreas do desenvolvimento avaliados pelo instrumento ASQ-3.

Área	C1 (9m)	C2 (6m)	C3 (9m)	C4 (8m)	C5 (7m)	C6 (4m)
	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T
Comunicação	22.87- 10	29.65- 40	22.87- 25	33.06-45	33.06- 35	34.60-15
Motora Ampla	30.07- 0	22.25-40	30.07-60	30.61- 0	30.61- 10	38.41-20
Motora Fina	37.97- 20	25.14-50	37.97-55	40.15-55	40.15-30	29.62-10
Res.de Prob.	32.51-10	27.72-40	32.51-50	36.17-20	36.17- 15	34.98-5
Pessoal-Social	27.25- 5	25.34- 45	27.25-40	35.84-50	35.84- 20	33.16- 5

Nota: P. L - Pontuação Limite; P.T - Pontuação Total; m – meses; Res. de Probl – Resolução de Problemas.

Cada questionário ASQ-3 é composto por 30 perguntas divididas em cinco blocos, que correspondem às cinco áreas avaliadas pelo questionário, com seis perguntas cada. Em relação aos itens específicos por bloco, as crianças demonstraram maiores dificuldades em determinadas atividades e, como consequência, apresentaram pontuação 0, indicativa para esta classificação de não pontuar, conforme Tabela 3.4. Dentre os itens analisados de forma

isolada, nos quais as crianças apresentaram maiores dificuldades, estão os da área de comunicação. Neste item, todos em algum momento do teste, não conseguiram executar atividades relacionadas a essa área. A área pessoal-social também não obteve pontuação em alguns itens por todas as crianças. Duas crianças (C1 e C4) apresentaram pontuação zero para todas as perguntas, ou seja, 100% de atividades ainda não realizadas referentes à área motora ampla. As demais crianças, todas em algum momento do questionário, deixaram de efetivar atividades importantes em áreas determinantes para seu desenvolvimento e algumas, dependendo da área, demonstraram um grande número de respostas zero, como é o caso de C1 e C6.

Tabela 3.4 - Porcentagem dos itens não pontuados (0-zero) para cada criança, por área dos questionários.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Comunicação	66,6%	33,3%	50%	16,6%	33,3%	66,6%
Motora Ampla	100%	16,6%	P	100%	83,3%	66,6%
Motora Fina	66,6%	16,6%	P	P	50%	83,3%
Resolução de Problemas	83,3%	33,3%	P	50%	50%	83,3%
Pessoal-Social	83,3%	16,6%	33,3%	16,6%	50%	83,3%

Nota: P - pontuou.

O objetivo inicial da pesquisa não englobava a análise dos dados referentes aos itens que avaliam a necessidade ou não de encaminhamentos para algum tipo de intervenção precoce, porém como as educadoras optaram por responder a essas perguntas, considerou-se também nas análises a parte do questionário que envolve perguntas e respostas, denominada “observações gerais” e deste quesito retiramos as respostas mais comuns às perguntas feitas para auxiliar no resultado final para cada criança. Desta forma, a discussão foi ampliada através das informações apresentadas na Tabela 3.5.

Tabela 3.5 - Respostas de maior incidência do item “Algo mais a respeito do bebê preocupa você?”

Respostas	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Brinquedos adequados nos dormitórios	N	NR	N	NR	N	NR
Frequência de estimulação adequada	N	NR	N	NR	N	N
Necessidade de acompanhamento médico geral	NR	N	NR	S	N	S
Preocupação com a linguagem	N	N	S	N	N	S
Preocupação com algum aspecto motor	S	N	N	S	N	S

Nota: N - Não, NR - Não Relatou, S - Sim.

A pergunta presente no questionário ASQ-3 é “Algo mais no comportamento do bebê preocupa você ?” A resposta a essa pergunta foi uma opção do educador e, além de auxiliar para definir se a criança é considerada de risco ou não, trouxe à tona outras questões presentes nesses ambientes de instituição, tais como a frequência de estimulação por criança, que foi considerada mínima para quatro crianças em estudo, bem como a falta de brinquedos adequados para as faixas etárias das crianças.

Os resultados advindos do roteiro de observação sistematizado serão aproveitados na medida em que poderão complementar o que já fora demonstrado pelo instrumento ASQ-3. O roteiro incluía perguntas divididas em quatro áreas do desenvolvimento onde o observador respondia SIM, se o evento fosse observado e a criança realizasse a atividade pré-determinada ou NÃO, caso a criança não conseguisse realizar a atividade e o evento não tivesse sido observado (ver Tabela 3.6).

De acordo com esse roteiro, os aspectos que envolvem atividade relacionada à área mental, tais como: resolução de problema, memória e percepção, correspondem aos itens nos quais as crianças, em algum momento, não conseguiram realizar a tarefa. Alguns itens ligados ao desenvolvimento pessoal-social também não foram observados durante a aplicação do roteiro.

Comparando-se os resultados do roteiro de observação, Tabela 3.6, excluindo-se a área mental que é diferente nos dois instrumentos, e comparando-se com a avaliação do ASQ-3 na Tabela 3.4, que também trata dos itens não pontuados por área pela criança, verifica-se que dentre os aspectos de concordância pode-se destacar: A criança C1 que em ambos os

instrumentos apresenta maior índice de não realização na área referente à coordenação motora e obteve pontuação próxima nos dois instrumentos para linguagem; a C2 apresentou nos dois instrumentos índices abaixo de 50% para não realização em todos os itens. A C3 demonstrou menor pontuação em itens referentes à linguagem/comunicação, isto é, 100% de atividades não realizadas nesta área. O melhor desempenho da C3 aconteceu nas áreas ligadas à coordenação motora, e na área pessoal-social em que atingiu pontuações próximas: 33,3% no ASQ-3 e 40% no roteiro.

Tabela 3.6 - Porcentagem dos eventos classificados como **não** observados utilizando o roteiro sistematizado.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Desenvolvimento mental	33,3%	11,1%	33,3%	66,6%	33,3%	87,5%
Desenvolvimento motor	71,42%	12,5%	0%	100%	85,71%	75%
Linguagem	50%	33,3%	100%	50%	50%	66,6%
Desenvolvimento pessoal-social	20%	25%	40%	50%	60%	75%

A criança C4 recebeu exatamente o mesmo índice de menor porcentagem para a área da coordenação motora ampla, 100% de itens não observados e em relação à linguagem/comunicação que envolve os melhores itens realizados por essa criança. Enquanto que os resultados dos dois instrumentos para as áreas motora e de linguagem descritos na Tabela 3.4 e na Tabela 3.6 apresentaram resultados equiparáveis na avaliação da criança C5. Quanto à área pessoal-social, a criança C5 também obteve pontuação próxima: 50 % de acordo com o roteiro de observação sistematizada e 60% com relação ao ASQ-3. A criança C6 recebeu as menores pontuações nos dois instrumentos, com destaque para o total de não realizações com resultados similares em ambos.

O roteiro de observação sistematizado apresenta discordância em relação ao instrumento ASQ-3, principalmente no que diz respeito à área mental, que deve ser analisada isoladamente, sem comparações. Outras diferenças foram encontradas, como por exemplo, na avaliação de C1 que chegou a quase 100% para não realização das atividades segundo os itens referentes à área pessoal-social, enquanto que no roteiro esse índice foi de 20%. Outras diferenças estão na área pessoal-social também da criança C4.

As análises dos dados oriundos da avaliação com o instrumento ASQ-3 indicam que os casos se classificaram da seguinte maneira: A criança C1 precisaria de avaliação mais direcionada para o seu caso em todas as áreas cobertas pelo instrumento; a criança C2 está se desenvolvendo bem até o momento de acordo com todas as áreas; C3 necessitaria de atividades adicionais para as habilidades de comunicação; C4 deveria ser encaminhada para avaliação aprofundada para as áreas motora ampla e resolução de problemas; para a C5, a área de comunicação deveria contar com atividades adicionais e, como todos os outros que se enquadram nessa classificação, devem ser monitorados para que seu desenvolvimento não evolua para um atraso mais sério e de risco; nas outras áreas essa criança necessita de avaliação mais aprofundada. A C6 encontra-se em risco para o seu desenvolvimento e deveria ser encaminhada para avaliação direcionada/aprofundada.

Portanto, dos 6 casos analisados, 4 apresentam risco para o desenvolvimento em, pelo menos, uma das áreas avaliadas. Desse levantamento, as áreas nas quais as crianças apresentaram maior dificuldade foram: coordenação motora ampla e resolução de problemas. Nestas, 66,6% das crianças, um pouco mais da metade, entraram na classificação que indica a necessidade de uma avaliação mais aprofundada, pois se encontrariam em risco para o seu desenvolvimento. Esse dado está em concordância com o estudo de Nascimento e Piassão (2011) que apontou para esse risco dentro da institucionalização. Os autores avaliaram os efeitos de um programa de estimulação neuropsicomotora em crianças institucionalizadas com o uso de uma escala que avalia o desenvolvimento Psicomotor da Primeira Infância, Brunet-Lèzini. Entre seus resultados, o desenvolvimento de uma forma global encontrava-se também atrasado e uma das áreas mais afetadas se relacionava com o perfil motor, em que 4 casos se apresentaram com perfil inferior (atraso nesta área), e com perfil normal baixo para um caso das crianças que foram avaliadas.

É importante destacar as habilidades mensuradas pelo ASQ-3 nas áreas da coordenação motora fina que envolve os movimentos das mãos e dedos e a coordenação motora ampla. No resultado da primeira habilidade citada, apesar de ter sido sinalizada como uma das áreas de risco demonstradas pelas crianças, parece ocorrer discreto acréscimo de pontos, o que fez com que as crianças realizassem as atividades do questionário de forma mais satisfatória. Esse dado também foi demonstrado pela Tabela 3.4, na qual o número de perguntas com o resultado “não realiza a atividade” é menor que o demonstrado pelas perguntas do bloco motor amplo. Por outro lado, as perguntas referentes à coordenação motora ampla avaliam principalmente movimentos dos braços e pernas enquanto joga ou

brinca, tais como controle cervical, rolar, rastejar, engatinhar, sentar com ou sem apoio, ficar de pé, entre outros. Dessa forma, para que esse tipo de habilidade ocorra os adultos educadores deveriam estimular/otimizar o número de momentos e atividades destinadas a incentivar e desenvolver a área motora ampla e, quanto mais precoce a identificação de atraso motor de uma forma geral, melhor para os resultados advindos da intervenção e melhora do desenvolvimento global (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009; LOPES, 2011; ROEBER et al., 2012; SANTOS; CAMPOS, 2010).

O comportamento motor infantil envolve tanto a mudança no tamanho da criança como o seu desenvolvimento que são as alterações do nível de funcionamento, ao longo do tempo. Isto corresponde, principalmente, da faixa que vai do nascimento até os três anos de idade e deve ser compreendido como uma progressão contínua e inerente de fases gerais do desenvolvimento que se inicia como os movimentos reflexos, espontâneos, rudimentares e fundamentais. Essas fases são transições qualitativas que acontecem ao longo da vida da criança e estão associadas a fatores biológicos e ambientais. Portanto, nesse percurso as características presentes no ambiente em torno da criança podem servir de estímulo para melhoria do comportamento motor. O adequado desenvolvimento motor do lactente é um aspecto essencial para o bom desenvolvimento infantil como um todo e a maturação neurológica e as experiências ambientais se inter-relacionam para colaborar com esse desenvolvimento. Além disso, tem-se evidenciado que práticas que restringem as atividades motoras ocasionam sérios danos ao desenvolvimento intelectual da criança (COHEN et al., 2008; VAN IJZENDDRN; MAARTJE; JUFFER, 2008; GABBARD ; RODRIGUES, 2010; SANTOS; CAMPOS, 2010).

Nesse contexto em que essas crianças estão inseridas, não é novidade o número de estudos que abordam a importância da interação entre educador-criança para o desenvolvimento infantil e a prioridade que muitas instituições oferecem em termos de cuidados materiais em detrimento de outras necessidades como as de ordem emocionais, cognitivas e intelectuais (JOHNSON; BROWNE; HAMILTON-GIACHRITSIS, 2006; VAN IJZENDOORN et al., 2011; MAGALHÃES; COSTA; CAVALCANTE, 2011). Embora o desenvolvimento infantil em seu percurso sofra influências dos mais variados aspectos, isso será sentido de forma diferente por cada criança o que ocasionará as diferenças na aquisição de habilidades entre uma e outra. Dessa forma, estas instituições poderiam aproveitar a chance e o dever que têm para trabalhar em prol das crianças que esperam por uma definição sobre sua situação institucional e, assim, tentar reverter ou melhorar alguma experiência ruim que

poderá tornar-se um problema para o desenvolvimento futuro dessa criança. Em última instância, espera-se que a instituição utilize mecanismos proativos e esteja atenta a fim de prevenir as influências de um dano sentido na pele e gravado no cérebro da criança pequena (NELSON et al., 2011; SOEJIMA; BOLSANELLO, 2012).

Em algumas instituições de acolhimento infantil, ainda é possível encontrar crianças que passam a maior parte do tempo depositadas em berços e carrinhos, mesmo que seja para olhar o ambiente a sua volta. Estas crianças permanecem em seus carrinhos ou, quando permitem, elas também podem “brincar livremente em seu xiqueirinho”. Molina (2011), em seu estudo sobre a análise da constituição subjetiva e o desenvolvimento de bebês institucionalizados, relata um caso que acompanhou, no qual a criança se mostrava atrasada em várias habilidades, inclusive as de ordem motora e, mesmo assim, permanecia a maior parte de seu tempo contida no carrinho de bebê. A autora refere-se à necessidade de insistir nesses espaços como provedores de medidas a fim de fornecer elementos e investimentos para que os educadores realizem seu trabalho a contento.

Outra área que merece destaque é o desenvolvimento de resolução de problemas. Neste caso a criança não é só avaliada por itens que medem sua capacidade de solucionar problemas, mas também por questões relativas às habilidades de como ela brinca com o brinquedo. No estudo que realizamos, das 6 crianças que foram submetidas ao questionário, 5 alcançaram um grande número de pontos correspondentes ao 0 (zero), pois ainda não realizavam tal atividade. Assim, como as habilidades avaliadas nessa área ou as referentes à coordenação motora, comunicação e pessoal-social, este último contém itens que avaliam também o nível de interação da criança com os outros. Portanto, de acordo com a revisão da literatura esses aspectos podem estar associados ao inexpressivo número de educadores por criança e à maneira como estes interagem, bem como a intervenções precoces promovidas pela equipe técnica de forma insuficiente e prioridade dos cuidados materiais e físicos oferecidos às crianças (NASCIMENTO; PIASSÃO, 2010; TANEJA et al., 2002).

A falta de interação adequada entre as crianças e seus cuidadores, mesmo que seja a anterior à institucionalização, parece ser o grande elemento de influência de muitas situações que podem gerar algum atraso no desenvolvimento da criança. O abrigo em questão poderia estar falhando no sentido de funcionar como contexto de desenvolvimento e de tentar reverter esses dados, já que nessa pesquisa encontram-se crianças que foram acolhidas com poucos dias ou meses de nascidas e o tempo que já estão no abrigo era, em média, de 4 meses. Em muitos desses casos a situação poderia se apresentar melhor com atendimentos e estimulação

adequadas e os índices de criança em risco para o desenvolvimento poderia ter sido bem menor (BERUMENT; SONMEZ; EYUPOG~LU, 2011; DORRE; FATTAHI, 2011).

Entretanto, o contrário também existe, como os de C2 e C3 com 6 e 9 meses de acolhimento, respectivamente. Eles entraram na instituição com apenas alguns dias de nascidos, seus desempenhos foram considerados dentro das expectativas e sem a necessidade de avaliação mais aprofundada e, assim, demonstram que o desenvolvimento ocorre mesmo que a intervenção esteja escassa, mas o ambiente de alguma forma não está sendo tão privativo de estímulos para essas crianças (KEDDE et al., 2011). Porém, considera-se que estimular e intervir para casos como esses no abrigo, sempre deve ser priorizado, mesmo que a frequência seja menor em relação a outras crianças com comprovado risco de atraso. As mudanças que ocorrem nos primeiros dois anos de vida são muito intensas e rápidas e, por isso mesmo, mais sujeitos a agravos. Também, é nesse momento que a criança melhor responde às intervenções e estímulos do ambiente (FIGUEIRAS et al 2005).

Um dos objetivos da ASQ-3, assim como de alguns outros instrumentos é o de contribuir para que as crianças possam receber acompanhamento contínuo para garantir que elas continuem no caminho do desenvolvimento típico. A possibilidade de proporcionar encaminhamentos para os serviços de intervenção rápida logo após um resultado indicativo de atividades adicionais ou os de avaliação mais aprofundada para determinada área, pode não ser das tarefas mais fáceis de executar em um ambiente médico, quanto mais em uma instituição infantil, onde muitas vezes faltam investimentos material e humano especializado em atendimentos dessa linha (ROANE et al., 2012). É imperativo que as agências de serviços sociais sejam empenhadas na busca de formas mais precisas e intensivas para as crianças que demandam tal atendimento. O atendimento às causas primárias do abandono, como: o apoio e serviços voltados para as famílias que são vítimas de vulnerabilidade social, incentivo a educação, prevenção e acompanhamento de gravidez precoce e ou uso de drogas por parte dos responsáveis, entre outros, são importantes para evitar a colocação de crianças em instituições. Porém, deve-se trabalhar também com a situação atual a fim de proporcionar condições adequadas para um bom desenvolvimento das crianças que já estão nesses locais e as que continuam chegando todos os dias no mundo todo.

O ASQ-3, assim como os outros da mesma linha foram criados para os pais ou outro cuidador responsável pela criança preencher, nesse cenário de instituições de acolhimento o avaliador foi o educador, que logo cedo e todos os dias da semana, chega à instituição e desde então já começa a intervir com suas crianças, cumprindo sua rotina institucional de alimentar,

dar banho, vestir, almoço, trocar fraldas e fazer dormir. Assim, pelo que preconizam as regras do instrumento, as educadoras que participaram da pesquisa estavam aptas a preencher os questionários (SQUIRES et al., 2009).

As educadoras preencheram os questionários e responderam às perguntas incluídas na seção “observações gerais” e dentre os resultados assinalaram a respeito da frequência das estimulações para alguns casos das crianças avaliadas, mesmo sem saber se o resultado da pontuação geral indicaria que a criança necessitaria mais urgentemente desse tipo de serviço, o que correspondem a uma certeza/intuição de que algumas daquelas crianças precisavam de atendimentos desse nível. O fato de responder positivamente à pergunta se “algo mais a respeito do bebê preocupa você ?” confirma o resultado da aplicação do instrumento que indicou que 5 das 6 crianças necessitavam de avaliação mais profunda para o seu desenvolvimento (RUIVO, 2011). Isso pode demonstrar que as educadoras não precisam de uma ferramenta de triagem para ter certeza de qual criança está atrasada em seu desenvolvimento e em que área necessitaria de maior intervenção. Essa fato pode, talvez ser explicado, por comparações que as cuidadoras realizam naturalmente entre uma criança e seus pares da mesma idade, já que convivem por longas horas com todas as crianças (BRANSON, 2009). Elas também indicaram, entre suas preocupações, a questão motora para os casos C1,C4,C6 que são os três casos que requerem maiores cuidados para esse aspecto num total de 4 detectados em risco para essa área.

A valorização do educador como um agente essencial e modificador da situação da criança institucionalizada é sem dúvida uma das fontes de estudos quando se pretende entender o abrigo como contexto de desenvolvimento e, assim, aprimorar e investir nessas pessoas que são essenciais para o desenvolvimento da criança, pois as conhecem em suas peculiaridades e poderiam inclusive colaborar e trabalhar junto com o técnico/especialista responsável pelos atendimentos à criança (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009 ; MAGALHÃES; COSTA; CAVALCANTE, 2011; BRITO; SOUZA, 2011). Algumas vezes o educador deseja realizar algo em relação à uma criança que requer estimulação, porém esbarra na falta de material necessário para esse fim, coisas simples e básicas que deveriam estar presentes em qualquer lugar que prima pelo desenvolvimento infantil. A ausência de pertences exclusivos para cada criança, como roupas, calçados e brinquedos ainda é uma realidade em muitas instituições (MOLINA, 2011). No caso da instituição onde se desenvolveu esta pesquisa, existem brinquedos, entretanto muitos deles não são adequados à

faixa etária das crianças que foram avaliadas. Esta foi uma das respostas relatadas por uma educadora, o que parece concordar com outro estudo realizado no local (CORREA, 2011).

As educadoras não demonstraram qualquer dificuldade durante a realização de suas avaliações e, por conhecerem algumas das crianças há mais tempo, alguns itens presentes nos questionários puderam ser respondidos de forma direta. O ASQ-3 foi elaborado para pais e cuidadores com o nível educacional que correspondem aqui no Brasil entre o quarto e sexto ano do ensino fundamental, o que faz dele um instrumento fácil, rápido nas mãos de um educador com mais experiência. Nenhuma pergunta deixou de ser respondida e nenhuma dúvida foi relatada. O preenchimento dos questionários pareceu despertar sentimentos de satisfação, bem-estar e o relato crítico dos avaliadores que pareceram entender e incorporar o papel fundamental que tinham na pesquisa em questão. Além disso, os educadores são os que mais tempo passam com as crianças e poderiam colaborar então para o reconhecimento precoce de crianças em risco para o atraso de desenvolvimento (TROUDE et al., 2011; RUIVO, 2011; BRANSON, 2009).

Foram avaliados 6 casos e, destes, 5 demonstraram prejuízos em pelo menos uma área do desenvolvimento. Muitos outros estudos demonstram os prejuízos que podem ser encontrados nas habilidades psíquicas de crianças institucionalizadas, o que parece ser difícil é detectar se a experiência em instituições infantis é o que desencadeia tais atrasos ou se nesses lugares se mantêm os já existentes. No primeiro caso, quando a instituição deixa de prestar cuidados ou estes são insuficientes para promover o bem estar das crianças, privando-as de estímulo de qualquer ordem como material, emocional e simbólico necessário para o seu desenvolvimento normal, isto poderá ser chamado de “maus tratos institucional”. Tal conceito difere do que se costuma entender, pois não se trata de cometer castigos físicos e psíquicos diretamente contra a criança e, sim, de forma institucional o que acaba por atingi-la também. A negligência estrutural é provavelmente a principal forma e mais difundida de maus-tratos institucional, em que as instituições não correspondem às necessidades básicas das crianças, como relações pessoais estáveis, atendimento adequado a suas necessidades e estimulação (VAN IJZERDOORN et al, 2011).

Um dos principais objetivos de avaliar crianças com instrumentos de triagem rápido como os do tipo da ASQ-3 é a detecção precoce de eventuais atrasos no desenvolvimento infantil para promover o acesso ágil e antecipado a uma avaliação mais aprofundada e, por conseguinte, intervenção apropriada para os casos necessários (AAP 2001). O conjunto de dados na análise deste estudo demonstra o quanto seria importante um programa de

intervenção que acompanhasse as crianças de forma eficaz e que pudesse contar com o auxílio dos educadores. O próprio manual do ASQ traz, como anexo, uma série de ideias de jogos e atividades divertidas de fácil e rápida execução e que o próprio responsável pelas crianças poderia realizar de acordo com a necessidade de cada uma (SQUIRES, 2009; XIAOYAN et al., 2012).

Sugestão de novos programas e atividades nem sempre são fáceis de implementar em um sistema que se mostra repleto de obrigações, normas e rotinas bem estabelecidas. Repensar e investir na mudança desses e de outros aspectos é uma forma de aprimorar os serviços oferecidos pelas instituições de abrigo. Em alguns estudos, as atividades de intervenção sob responsabilidade das educadoras são tidas como um grande ganho para as crianças que delas participam. Segundo dados da literatura, mudanças na forma que se intervêm durante as atividades rotineiras, por exemplo, durante o almoço ou banho com cuidados mais sensíveis e responsivos, fornecem mudanças importantes em todo o desenvolvimento de crianças acolhidas institucionalmente (MCCALL et al., 2010). Outras formas de atividades implementadas que podem ser realizadas em um intervalo de tempo curto e diariamente podem provocar inúmeras respostas para o desenvolvimento global. Nesses, algumas características são peculiares: são atividades estruturadas que se baseiam em uma avaliação prévia das necessidades de cada criança, são pré-agendadas e incorporadas na rotina dos serviços da instituição; a área para os jogos e atividades funciona em cada ala. Desta forma, os educadores e as próprias crianças se familiarizam com as propostas. Para o sucesso de qualquer intervenção é necessário o apoio maciço dos educadores. O que pode ocasionar a adesão aos projetos é que a transmissão desse conhecimento venha de alguém do seu próprio meio, uma espécie de líder e que seja respeitado pela maioria, assim a transmissão de conhecimento ocorre principalmente entre os próprios pares (TANEJA et al., 2002; BERUMENT; SONMEZ; EYUPOG˘LU 2011).

4 DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: AVALIAÇÃO A PARTIR DOS INSTRUMENTOS BAYLEY II E ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados oriundos da avaliação realizadas através da escala Bayley II, assim como as discussões decorrentes da análise desses dados, auxiliados pela complementação do roteiro de observação sistematizado e dos prontuários das crianças acolhidas no período do estudo. Para este estudo a caracterização das crianças também considera a Tabela 3.1 e informações extraídas da mesma, apresentadas no Capítulo 3.

Os dados gerados pelas escalas mental, motora e de comportamento presentes na Bayley II, demonstram que quatro crianças apresentam-se com performances de desenvolvimento aquém do esperado para sua idade em pelo menos uma dessas áreas, conforme apresentado na Tabela 4.1. Em relação à escala mental as crianças C1 e C6 demonstraram perfis de desenvolvimento levemente retardado e significativamente retardado, respectivamente, embora as outras crianças tenham sido classificadas dentro dos limites normais para o desenvolvimento, mas todas deixaram de pontuar em itens importantes coordenados por essa área, tais como os que se relacionam com o desenvolvimento pessoal-social, linguagem e memória de reconhecimento infantil e habituação da atenção.

De acordo com a escala motora, somente o caso C4 demonstrou alteração no curso de seu desenvolvimento, com perfil levemente retardado para esta área. Esta criança deixou de pontuar principalmente em itens que se relacionam à coordenação motora ampla. Dentre os itens, destacam-se: o controle motor específico, equilíbrio e movimento dinâmico, o que se traduz em movimentos não realizados de sentar sozinho, mudar o pé de apoio, virar de bruços, mudar de sentado para engatinhando.

A escala de comportamento, representada pelos seus fatores apresentou perfis não ótimos para 4 das 6 crianças avaliadas e observadas em situação de teste. Dentre os fatores avaliados, a regulação emocional contém itens relacionados à adaptabilidade, cooperação, persistência, tolerância à frustração é associada ao temperamento e à qualidade do humor da criança. O fator atenção e excitação possui itens associados a situações de alerta e atenção dos bebês até 5 meses e, desta forma, o quanto este é capaz de atender aos estímulos do ambiente.

Desta forma, apenas a criança C6 foi submetida à avaliação deste fator. Outro fator, a orientação e participação, envolve a tendência comportamental de uma criança de se aproximar ou se afastar de uma tarefa em que esteja relacionada às interações ambientais e sociais. A qualidade motora avalia uma variedade de funções neuromotoras que podem ser observadas na infância. Dentre estas, estão o tônus muscular, controle motor amplo e fino, bradicinesia (movimentos lentos) e a qualidade do movimento.

Tabela 4.1 - Performance de acordo com as escalas mental, motora e fatores de comportamento.

Escala	C1 (9m,8d)	C2 (6m)	C3 (9m,12d)	C4 (8m)	C5 (7m,4d)	C6 (4m)
Mental	PLR	DLN	DLN	DLN	DLN	PSR
Motora	DLN.	DLN	DLN	PLR	DLN	DLN
Comportamento						
Atenção/Excitação						NO
Orientação/Participação	Q	DLN	DLN	DLN	DLN	
Regulação emocional	NO	DLN	DLN	NO	NO	
Qualidade Motora	NO	DLN	DLN	NO	DLN	NO
Pontuação Bruta Total	NO	DLN	DLN	NO	DLN	NO

Nota: PLR - Perfil levemente retardado; DLN - Dentro dos limites normais; PSR - Perfil significativamente retardado; Q - Questionável; NO - Não ótimo.

Dentre as crianças com prejuízos na escala de comportamento, a C1 apresentou perfil questionável para o seu desenvolvimento em relação ao fator orientação e participação e perfis não ótimos para os demais fatores. A C4 demonstrou perfis não ótimos para os fatores de regulação emocional e qualidade motora, já C5 demonstrou perfil não ótimo para regulação emocional, enquanto a C6 foi classificada com perfis não ótimos para atenção/excitação e qualidade motora.

Para uma avaliação mais completa, a escala Bayley II fornece uma classificação baseada na idade de desenvolvimento de acordo com a avaliação da performance da criança em cada faceta das escalas mental e motora que corresponde ao número de créditos que ela recebe durante as atividades. Esses resultados demonstraram um panorama do nível de

funcionalidade da criança (idade de desenvolvimento) naquela faceta. De acordo com a Tabela 4.2, as crianças apresentaram idade média de desenvolvimento para a escala mental como segue: C1, com 5,75 meses; C2, 5,5 meses; C3, 8,5 meses; C4, obteve 6,5 meses; C5, com 6,5 meses; por fim, C6 com idade média de 2,5 meses. Portanto, nessa classificação, as crianças C1 e C6 apresentam níveis de desenvolvimento abaixo do esperado para sua idade, o que corresponde aos dados apresentados pela Tabela 4.1, para a escala mental. Em relação à faceta motora, a criança que apresenta maior diferença entre a sua idade cronológica e a sua idade de desenvolvimento para essa área é a C4, que durante a pesquisa tinha 8 meses de idade e nível de funcionamento na escala motora por volta dos 6 meses.

Tabela 4.2 - Idade do desenvolvimento das crianças conforme avaliação por área das escalas mental e motora.

Área/Faceta	C1 (9m)	C2 (6m)	C3 (9m)	C4 (8m)	C5 (7m)	C6 (4m)
Mental						
Cognitivo	6m	6m	9m	6m	7m	3m
Linguagem	5m	5m	8m	7m	6m	2m
Social	6m	5m	8m	7m	6m	2m
Motor	6m	6m	9m	6m	6m	2m
Motor	9m	5m	9m	6m	6m	3m

Nota: m – meses.

Ainda de acordo com a idade de desenvolvimento da criança, a área na qual as crianças menos pontuaram, se comparadas com a idade cronológica, ocorreram na seguinte ordem: linguagem/comunicação, social, motor (mental), cognição e motora. Portanto, no quesito referente à comunicação, relacionada à linguagem, vocalizações e balbucios, todas as crianças, em algum momento do teste, demonstraram dificuldades e não conseguiram creditar adequadamente nas tarefas relacionadas a essa área.

A Tabela 4.3 apresenta a porcentagem dos eventos *não* observados pelo roteiro de observação sistematizado. Conforme os resultados do roteiro de observação, a criança C2 foi a que demonstrou maior realização de atividades presentes. Outra criança que se saiu muito bem, conforme esse instrumento, foi a C3, que na área motora obteve seu melhor resultado com todas as atividades observadas, porém na área da comunicação e linguagem não conseguiu pontuar nos itens relacionados, atingindo então 100% de atividades não

observadas. Esses resultados estão de acordo com os demonstrados pela escala Bayley II, no qual essas mesmas crianças obtiveram desempenho dentro dos limites normais para o seu desenvolvimento, sendo que a C3 obteve um leve decréscimo na área da linguagem quando avaliada pela escala, enquanto no roteiro esse decréscimo foi mais acentuado. De qualquer forma, para essas duas crianças a BSD-II e o roteiro indicam resultados semelhantes.

Outros resultados indicam que há concordância entre o roteiro e a escala Bayley conforme os índices apresentados pelas crianças C4 e C6. Em relação à área motora, a criança C4 demonstrou dificuldades para realizar tarefas, principalmente as ligadas à coordenação motora ampla. A criança C6 não conseguiu pontuar nas atividades coordenadas pela área mental. Em relação às crianças C1 e C5, estas apresentaram algumas diferenças de avaliação para os dois instrumentos. A C1 demonstrou no roteiro seu maior índice de não realização da atividade para a área ligada à coordenação motora enquanto que na Bayley os índices inferiores foram para a área mental. A criança C5, que no roteiro pontuou negativamente na área motora, já na Bayley demonstrou, tanto na escala mental como na motora, índices dentro dos limites normais para o seu desenvolvimento.

Tabela 4.3 - Porcentagem dos eventos NÃO observados pelo roteiro de observação sistematizado.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Desenvolvimento mental	33,3%	11,1%	33,3%	66,6%	33,3%	87,5%
Desenvolvimento motor	71,42%	12,5%	0%	100%	85,71%	75%
Linguagem	50%	33,3%	100%	50%	50%	66,6%
Desenvolvimento pessoal-social	20%	25%	40%	50%	60%	75%

Os dados coletados permitem ao avaliador comparar a performance da criança com os seus pares de mesma idade, identificar as áreas do desenvolvimento que pareçam responsáveis pelo atraso, direcionar as intervenções e, então, avaliar posteriormente os resultados.

De acordo com as análises dos prontuários das crianças, entre os determinantes que influenciaram sua entrada na instituição, estão o abandono e a negligência acompanhada do abandono. Isso significa que 50% dos casos foram negligenciados em necessidades tidas como primordiais para sobrevivência de uma criança tão pequena, entre as quais pode-se

destacar a ausência de alimentação adequada ou em quantidade insuficiente e a ausência de cuidados responsivos em relação às crianças. Algumas dessas crianças foram encontradas sozinhas ou acompanhadas de irmãos também pequenos, ou foram deixadas sob os cuidados de estranhos.

Outro fator chama a atenção nas informações contidas nos prontuários que é o uso de substâncias psicoativas por cinco mães das seis crianças avaliadas no estudo. Esses dados, junto com a negligência e o abandono, estão de acordo com os últimos índices divulgados pelo relatório de pesquisa da justiça infanto-juvenil, fornecido pelo CNJ e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (CNJ-IPEA, 2012), segundo o qual as principais causas de acolhimento no Brasil ocorrem pelos mesmos motivos. Muitos desses fatores relacionados a maus tratos cometidos pelos responsáveis por essas crianças anteriores ao acolhimento são capazes de causar danos irreparáveis ao desenvolvimento infantil e por isso sempre que detectados devem ser corrigidos da melhor forma possível (MOLINAS, 2011).

O uso de drogas é um dos fatores que merece atenção por figurar como experiência pré-natal que pode afetar negativamente o desenvolvimento do cérebro da criança pequena (NELSON et al., 2011; PAJULO et al., 2012). Um estudo realizado por Bayley (1993), demonstrou que crianças expostas a drogas no período pré-natal apresentaram performance abaixo da média para a escala mental, em relação a outras crianças da mesma idade e que a pontuação total referente a escala de comportamento ficou entre os percentis não ótimo e questionável.

Os fatores qualidade motora e atenção/excitação foram os que receberam maiores índices de classificação não ótimos. Comparando-se os índices encontrados nos seis casos deste estudo, pode-se afirmar que na escala mental as crianças obtiveram os menores valores para o desenvolvimento se comparados à escala motora, na qual o desempenho foi um pouco melhor. Quanto ao resultado da escala de comportamento, 50% das crianças obtiveram perfil não ótimo de desenvolvimento e o fator qualidade motora também recebeu classificação não ótima por metade das crianças avaliadas. Crianças expostas ao uso de qualquer tipo de substância composta de neurotoxinas, durante a gravidez ou parte dela, parecem se desenvolver com algumas limitações, entre as quais as de ordem cognitiva. Porém, para que realmente o desenvolvimento de alguns aspectos ligados a essa área, tais como a atenção e memória, fiquem comprometidos será necessário que a criança não possua uma rede de apoio que a estimule e incentive para a evolução satisfatória da funcionalidade do cérebro (MOLINAS, 2011; MEZZACAPPA; EARLS, 2011).

Nas análises feitas a partir da escala Bayley II foram considerados os resultados de suas escalas mental, motora e de comportamento e, mais ainda, as idades de desenvolvimento fornecidas pelos índices referentes às habilidades presentes nas escalas mental e motora. Quando se considera a quantidade por áreas em risco para o desenvolvimento conforme a classificação de cada escala presente na Bayley, das 6 crianças avaliadas, somente duas estão com desenvolvimento dentro dos limites normais para suas idades, que são a C2 e C3. Já as demais, C1, C4, C5 e C6, deveriam ser melhor investigadas, em pelo menos um aspecto, e encaminhadas, caso necessário, para programas de intervenção mais direcionados.

Para a escala mental, C1 e C6 estão respectivamente com desempenho levemente e significativamente retardados para a sua idade, principalmente em habilidades ligadas aos aspectos da linguagem, pessoal-social e cognição de um modo geral. Melhorar tais índices dessas crianças e manter o desenvolvimento mental das outras, de forma adequada, há muito tem sido associado com cuidados de qualidade administrados por instituições de acolhimento. Esse aspecto é referido por Pinheiro (2011), que discute em suas considerações o quanto é importante a presença de educadores atentos e sensíveis às necessidades e em número proporcional à quantidade de crianças, se não podem ser na proporção de 1:1, que sejam próximos, principalmente, em termos de estabilidade, isto é, que os mesmos educadores permaneçam durante um tempo na vida dessas crianças; presença de brinquedos e outros objetos lúdicos suficientes e adequados para o uso e estimulação das crianças também são tidos como um arsenal de incentivo ao desenvolvimento cognitivo, porém para brincar também é necessário a interação entre os adultos da instituição e suas crianças (BARROS, 2009).

De acordo com as análises das idades de desenvolvimento presentes nos fatores mental e motor, a linguagem e os aspectos ligados à memória e à atenção, que fazem parte da escala mental, figuram como as habilidades em que as crianças do estudo mais demonstraram diminuição se comparados com a idade cronológica. Somente os resultados desse índice não são suficientes para confirmar atrasos ou retardo no desenvolvimento, entretanto, servem de indicativo para que as crianças que já são consideradas de risco, pelos maus tratos que sofreram, possam receber maiores e melhores cuidados nessas áreas tão importantes do desenvolvimento. Desse modo, terão assegurados o desenvolvimento ou minimizados danos referentes à aprendizagem no futuro, pois especula-se o quanto a falta de atenção precoce ligada ao desenvolvimento dessas habilidades da escala mental pode influenciar mais tarde, durante a vida escolar. Alterações dos fatores que se relacionam à linguagem e à memória de

crianças que foram institucionalizadas, abordados pela escala mental da Bayley, são ainda muito discutidas na atualidade.

Desmarais et al. (2012) em pesquisa sobre a compreensão e memória de trabalho em uma amostra de crianças adotadas internacionalmente, pode comprovar em suas análises que danos precoces em áreas principalmente relacionadas à memória e linguagem podem influenciar na dificuldade de aprendizagem durante a fase escolar e que a escola, por sua vez, deve estar atenta ao início das dificuldades e planejar medidas preventivas para que as crianças consigam ter um acompanhamento que deixaram de ter quando institucionalizadas.

Stacks et al. (2011) pesquisou sobre a trajetória de desenvolvimento da habilidade da linguagem em 963 crianças vítimas de maus tratos em três diferentes contextos: em casa com seus pais, em instituição de acolhimento e sob a custódia de parentes não pais. Verificou-se que apesar de algumas crianças serem reconhecidas como vítimas de maus tratos por serviços específicos de atenção à criança no decurso do primeiro ano de vida, dificilmente essas eram colocadas em programas de intervenção antes dos três anos de idade e então não puderam receber estimulação adequada e nem ter o seu desenvolvimento monitorado, o que segundo os autores pode ter colaborado para os índices de alteração da linguagem em idades mais avançadas. Outras conclusões daquele estudo relacionam-se com a importância de um cuidador atento não somente às necessidades físicas das crianças, bem como às emocionais. Isso deve ser notado independente de onde a criança seja colocada (BERUMENT; SONMEZ; EYUPOG˘LU, 2011).

Conforme a criança se desenvolve, é de se esperar que seu comportamento se direcione cada vez mais para interagir com pessoas e objetos, que a cercam e isso é acompanhado e esperado pelos adultos que fazem parte de seu ambiente, esta habilidade é avaliada por Bayley (1993) sob o domínio de área pessoal-social e está presente cada vez que a criança demonstra que seu comportamento está ajustado socialmente ao seu ambiente. Tais habilidades podem ser verificadas tanto dentro da escala de desenvolvimento mental, em alguns itens, tais como o “sorri ao examinador” avaliados aos 2 meses de idade, como também pode fazer parte, mais indiretamente de alguns itens da escala de comportamento, os que envolvem o tipo de interação com o avaliador na hora do teste.

A habilidade pessoal-social obteve índices semelhantes à linguagem na avaliação da idade de desenvolvimento e ficou também, em alguns casos, bem abaixo da idade cronológica em algumas crianças (ver Tabela 4.2). Essa habilidade, assim como as outras avaliadas pelas escala Bayley, tem como grande influenciador no desenvolvimento satisfatório nas

instituições infantis as interações que ocorrem entre as crianças e seus educadores (ENGLE et al., 2011). Não poder contar com um adulto sensível as suas demandas, pode gerar carência emocional nestas crianças e os efeitos danosos deste comportamento influenciarão no desenvolvimento (SPITZ, 1979, 2004). Atualmente, novas pesquisas continuam a relacionar institucionalização à alteração na habilidade pessoal-social, investem na associação entre a variação de fatores genéticos e os resultados individuais de recuperação da privação precoce e o quanto tais aspectos influenciam no desenvolvimento do cérebro e no aparecimento de morbidades posteriores (BOS et al., 2011).

Muitos estudos buscam comprovar os efeitos nocivos, para a criança, de habitar em um local nulo de estimulações e de interações sensíveis. Para quem já carrega consigo uma bagagem de negligências anteriores ao abrigo, precisa urgentemente de incentivos a partir de estímulos e atenção para que o desenvolvimento neuropsicomotor siga superando o que passou, quando possível, e avance no sentido das aquisições esperadas para o bem viver dessas crianças. Porém, de acordo com o trabalho de Nascimento e Piassão (2010) reverter os danos causados por negligência e seus efeitos, inclusive na área social, não é tarefa fácil. Esta autora desenvolveu uma pesquisa com avaliação e estimulação de cinco crianças institucionalizadas em um abrigo. Os seus resultados demonstraram que de acordo com as variáveis pré e pós-intervenção, não houve diferença estatística significativa para os quocientes de desenvolvimento postural e social.

Os resultados da escala de comportamento gerados a partir da qualidade do comportamento durante o teste demonstraram que quatro crianças atingiram perfis não ótimos em, pelo menos, um fator presente nessa escala (ver Tabela 4.1). Essa classificação chama atenção novamente para o nível de qualidade das interações que ocorrem na instituição, pois se os resultados devem ser interpretados considerando-se o contexto em que a criança está inserida, este então deve prover melhor estímulos para tentar reverter tais perfis. O perfil não ótimo assume diferentes conotações dependendo do fator avaliado, porém a maior parte deles relaciona-se à diminuição da capacidade de atender e interagir com estímulos do ambiente. Para o fator atenção e estimulação, esse perfil significa a inabilidade de permanecer atento ao ambiente; orientação participação, que demonstra pouco envolvimento com tarefas com dificuldades de se relacionar socialmente; regulação emocional está associada ao temperamento da criança e o perfil não ótimo significa aspecto emocional irritadiço, adaptabilidade e sociabilidade reduzidos, este último foi característico para 3 crianças do estudo e como o resultado é baseado no comportamento da criança em teste, pode-se inferir

que o temperamento tido como difícil ou mais irritadiço pode ser, em parte, pela falta de interação entre os examinadores e a criança e pelo pouco tempo de conhecimento em relação a criança (PINHEIRO, 2011).

A qualidade motora, fator avaliado pela escala de comportamento, foi um dos responsáveis por perfis não ótimos de 3 crianças acolhidas pela instituição. Isso significa que algumas funções neuromotoras, tais como as que coordenam o controle motor amplo e fino e a qualidade do movimento, estão diminuídas nessas crianças. A Bayley possui a escala motora em que a ênfase está na avaliação de habilidades, tais como sentar, andar ou mudança de posição e, de acordo com os resultados, apenas a criança C4 atingiu perfil levemente retardado para essa área, enquanto que as outras crianças estão dentro dos limites normais para o desenvolvimento. Os índices da qualidade motora dos casos avaliados parecem proporcionar um bom grau de complemento para a avaliação motora de uma forma geral, assim como induzem, junto com os outros históricos das crianças em teste, que seria fundamental o incentivo a intervenções direcionadas para que tal perfil não influencie as possibilidades da criança explorar o ambiente e, conseqüentemente, impedir o desenvolvimento em geral (JANSSEN et al., 2008).

As observações realizadas pelo roteiro sistematizado complementam a avaliação realizada pela escala Bayley II e concordam com os resultados de quatro das seis analisadas entre as duas escalas, que foram as crianças C2, C3, C4 e C6. Torna-se importante considerar tais resultados que reafirmam os índices demonstrados pela Bayley, pois o roteiro foi preenchido em vários momentos durante a rotina diária da criança e não só em um instante de teste. Portanto, para Bayley II, quatro crianças deveriam ser melhor acompanhadas em relação a algumas áreas do desenvolvimento, isso se forem considerados somente os perfis de desenvolvimento de acordo com os fatores. Por outro lado, na análise dos índices dados pela idade de desenvolvimento em cada área da escala mental e motora, todas as crianças seriam envolvidas em atrasos de desenvolvimento em pelo menos uma habilidade e as intervenções deveriam estar contemplar todos envolvidos pelo estudo.

Atualmente, os pesquisadores estão conseguindo demonstrar o quanto é difícil para que as crianças superem os efeitos de um cuidado em que a ênfase está na administração das necessidades físicas e materiais, durante o acolhimento institucional, principalmente aqueles em áreas, como: linguagem, cognição e comportamento social. Tais estudos começam a investigar o que pode ser feito para limitar ou reverter as conseqüências da negligência emocional no início do desenvolvimento de forma a promover maior plasticidade cerebral das

áreas atingidas nas crianças. Associações e descobertas nesse nível da neurociência do desenvolvimento continuam a reafirmar que, independentemente dos componentes ou mecanismos cerebrais envolvidos em torno da negligência emocional, as crianças, de uma forma geral, devem receber o mais cedo possível cuidados consistentes dos adultos que se propõem a ampará-las e protegê-las (SCHECHTER, 2012; BOGDAN; WILLIAMSON; HARIRI, 2012; HART; RUBIA, 2012).

5 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO: UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS ASQ-3 E BAYLEY II

O objetivo deste capítulo é discutir os resultados oriundos do ASQ-3 que foram ratificados ou não pela Bayley II. A comparação entre os instrumentos deve ser realizada com cautela, pois os mesmos fazem parte de categorias avaliativas diferentes, ASQ-3(triagem) e Bayley (diagnóstico) e, portanto, apresentam peculiaridades que impediriam comparações diretas. Durante a discussão serão abordados também os outros aspectos que podem influenciar e alterar negativamente o desenvolvimento de crianças em acolhimento.

Os dados oriundos dos prontuários das crianças em acolhimento (Tabela 3.1) demonstram que os seis casos avaliados foram abandonados por seus familiares e que em relação aos casos C4, C5, C6, antes de serem abandonados, foram também negligenciados, no que diz respeito a privações de necessidades básicas para a sobrevivência de qualquer criança nessa faixa etária, como por exemplo, a escassez de alimentação de qualquer tipo, inclusive leite materno, presença de doenças e condições de higiene insalubres. Constam ainda informações sobre o uso de substâncias psicoativas por parte de cinco genitoras, sobretudo para o caso C6 em que sua mãe vivia nas ruas e fazia uso rotineiro de cocaína. O tempo médio das crianças em acolhimento institucional é de 3 meses e quatro apresentavam algum problema de saúde detectado quando da entrada na instituição, em geral doenças de pele.

O instrumento ASQ-3 forneceu informações sobre o momento atual do desenvolvimento de cada criança do estudo, sumarizados nas Tabela 5.1 e Tabela 5.2. Na primeira Tabela pode-se acompanhar as indicações fornecidas pelo instrumento para as áreas de comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, resolução de problema e pessoal social.

Uma das principais funções dos questionários ASQ-3 é o encaminhamento precoce para as intervenções terapêuticas conforme necessário. De acordo com os resultados apresentados, C1e a C6 estão com indícios de risco em relação ao atraso do desenvolvimento, por isso, conforme as normas presentes do instrumento deveriam ser encaminhadas para avaliações mais apuradas. A C5 encontra-se também nessa situação de atraso para quatro das cinco áreas avaliadas pela ASQ-3. Já a C2 está com seu desenvolvimento adequado até o momento, com desempenho dentro das expectativas. A C3 também foi bem, apresentou somente um decréscimo em seu desempenho para as habilidades de comunicação, para o qual

deveria receber um acompanhamento mais direcionado com a intervenção de atividades complementares para melhorar seu desenvolvimento. A C4 apresentou-se bem para três habilidades, com desenvolvimento adequado dentro do esperado até o momento. Porém, para as áreas de coordenação motora ampla e resolução de problema, pontuou abaixo do limite estabelecido pelo instrumento, ficando, assim como os outros que estão nessa situação, com a necessidade de avaliação mais aprofundada de seu desenvolvimento.

Tabela 5.1 - Caracterização das crianças em função da necessidade de encaminhamento.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Comunicação	A	NA	AA	NA	AA	A
Motora Ampla	A	NA	NA	A	A	A
Motora Fina	A	NA	NA	NA	A	A
Resolução de Problemas	A	NA	NA	A	A	A
Pessoal-Social	A	NA	NA	NA	A	A

Nota: A - Avaliação; AA - Atividades Adicionais; NA - Não Avaliação.

A pontuação limite da Tabela 5.2 foi parâmetro para configurar o desempenho da criança avaliada em cada uma das cinco áreas, foi fornecida pelos questionários deste instrumento. A caracterização final dos resultados foi feita com a comparação das pontuações totais de cada criança em relação ao limite estabelecido. Quanto mais abaixo desse limite fornecido pelo instrumento, maior deve ser a agilidade em reavaliar rigorosamente.

Os resultados dessa pontuação ratificam os encaminhamentos e as áreas mais representativas de baixas pontuações correspondem à coordenação motora ampla e a resolução de problemas, o que indica, segundo o instrumento, a necessidade de uma avaliação mais aprofundada sobre o risco para o seu desenvolvimento. Na sequência, as áreas de coordenação motora fina e pessoal- social, obtiveram, cada uma, 50% das crianças com pontuação abaixo do limite. Por fim, a área da comunicação foi a que gerou as melhores pontuações totais, com apenas 33,3% das crianças com valores abaixo do limite definido pelo instrumento.

Apesar das crianças se saírem melhor no quesito comunicação, esta foi a área que representou a maior quantidade de atividades *não* realizadas, alcançando a pontuação zero

para muitos itens para esta habilidade presentes nos questionários, isto é, 100% de atividades *não* realizadas (Tabela 5.3).

Tabela 5.2 - Resultado da pontuação total das áreas do desenvolvimento avaliados pela ASQ-3.

Área	C1 (9m)	C2 (6m)	C3 (9m)	C4 (8m)	C5 (7m)	C6 (4m)
	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T	P.L-P.T
Comunicação	22.87- 10	29.65- 40	22.87- 25	33.06-45	33.06- 35	34.60-15
Motora Ampla	30.07- 0	22.25-40	30.07-60	30.61- 0	30.61- 10	38.41-20
Motora Fina	37.97- 20	25.14-50	37.97-55	40.15-55	40.15-30	29.62-10
Resolução de Problemas	32.51-10	27.72-40	32.51-50	36.17-20	36.17- 15	34.98-5
Pessoal-Social	27.25- 5	25.34- 45	27.25-40	35.84-50	35.84- 20	33.16- 5

Nota: P. L - Pontuação Limite; P.T - Pontuação Total; m - meses.

Este resultado também esteve presente para a área pessoal-social em que todas as crianças deixaram de pontuar em algum momento da avaliação para esta área. As crianças C1 e C4 apresentaram-se com desempenho preocupante para as áreas motoras, com 100% de atividades ainda *não* realizadas para os seis itens desta habilidade. As demais crianças, todas em algum momento do questionário, deixaram de efetivar atividades importantes em áreas determinantes para seu desenvolvimento e as C1 e C6 foram as que demonstraram maior número de atividades sem execução, recebendo pontuação zero em todos os itens das áreas, 100% ou se aproximando muito deste valor.

Tabela 5.3 - Porcentagem dos itens *não* pontuados (0-zero) para cada criança, por área dos questionários.

Área	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Comunicação	66,6%	33,3%	50%	16,6%	33,3%	66,6%
Motora Ampla	100%	16,6%	P	100%	83,3%	66,6%
Motora Fina	66,6%	16,6%	P	P	50%	83,3%
Resolução de Problemas	83,3%	33,3%	P	50%	50%	83,3%
Pessoal-Social	83,3%	16,6%	33,3%	16,6%	50%	83,3%

Nota - P pontuou.

Os resultados gerados pela escala Bayley II, podem ser conferidos na Tabela 5.4, que apresenta a caracterização da performance da criança de acordo com a pontuação que recebeu para as áreas mental, motora e comportamento, cobertas por este instrumento.

Tabela 5.4 - Performance de acordo com as escalas mental, motora e fatores de comportamento da Bayley II.

Escala	C1 (9m,8d)	C2 (6m)	C3 (9m,12d)	C4 (8m)	C5 (7m,4d)	C6 (4m)
Mental	PLR	DLN	DLN	DLN	DLN	PSR
Motora	DLN.	DLN	DLN	PLR	DLN	DLN
Comportamento						
Atenção/Excitação						NO
Orientação/Participação	Q	DLN	DLN	DLN	DLN	
Regulação emocional	NO	DLN	DLN	NO	NO	
Qualidade Motora	NO	DLN	DLN	NO	DLN	NO
Pontuação Bruta Total	NO	DLN	DLN	NO	DLN	NO

Nota: PLR - Perfil levemente retardado; DLN - Dentro dos limites normais; PSR - Perfil significativamente retardado; Q - Questionável; NO - Não ótimo.

De acordo com os dados fornecidos pela Bayley II, as crianças C1, C4, C5 e C6 apresentam-se com performances de desenvolvimento aquém do esperado para sua idade em pelo menos uma das áreas que fazem parte desta escala. Os casos C1 e C6 apresentaram atrasos em relação à habilidade mental e em todos os fatores de comportamento presentes em seu período de idade avaliados por essa escala. A criança C4 demonstrou atraso nas áreas de coordenação motora ampla e qualidade motora e a C5 em relação à regulação emocional. O desempenho dentro dos limites normais foi atingido em todas as áreas pelas crianças C2 e C3.

A escala Bayley II fornece ainda um parâmetro de desempenho baseado nas idades de desenvolvimento para área motora e em cada faceta presente na área mental, como descrito na Tabela 5.5. As facetas da área mental nas quais as crianças demonstraram menores idades de desenvolvimento, quando comparadas com a suas idades cronológicas, foram: linguagem/comunicação, social, motor (mental) e cognição. Na escala motora, a maior diferença entre a idade de desenvolvimento fornecida pela escala (6m) e a idade cronológica (8m) foi demonstrada por C4.

Tabela 5.5 - Idade de desenvolvimento das crianças conforme avaliação por área das escalas mental e motora da escala Bayley II.

Área/Faceta	C1 (9m)	C2 (6m)	C3 (9m)	C4 (8m)	C5 (7m)	C6 (4m)
Mental						
Cognitivo	6m	6m	9m	6m	7m	3m
Linguagem	5m	5m	8m	7m	6m	2m
Social	6m	5m	8m	7m	6m	2m
Motor	6m	6m	9m	6m	6m	2m
Motor	9m	5m	9m	6m	6m	3m

Nota: m-meses.

Portanto, de acordo com os resultados dos dois instrumentos aplicados, ASQ-3 e Bayley II, pode-se ter um panorama geral das crianças que deveriam receber intervenção mais direcionada e as que, até o momento, se desenvolviam bem para as diversas áreas cobertas pelos instrumentos. Conforme os dados obtidos, tem-se que das seis crianças avaliadas pelo instrumento ASQ-3, cinco tiveram seus resultados, em parte ou totalmente, ratificados pelas escalas mental e motora da Bayley. São elas, as crianças C1, C2, C3 C4 e C6.

A Tabela 5.1 e a Tabela 5.4, com os resultados do ASQ-3 e da Bayley para os 6 casos avaliados, podem ser contrastadas como a seguir. A criança C5 foi o caso em que houve diferenças entre os resultados dos dois instrumentos. O ASQ-3 indica que para este caso havia a necessidade de avaliação mais aprofundada para quase todas as áreas, porém, de acordo com a Bayley, o desenvolvimento desta criança está dentro dos limites normais para as escalas mental e motora. A C1 apresentou indícios de atraso na área mental, que é comparável às seguintes habilidades do instrumento ASQ-3: comunicação, pessoal-social, resolução de problema. As crianças C2 e a C3 apresentaram-se normais para o seu desenvolvimento, até o momento. A C4 demonstrou indícios de atraso na área motora e a C6 apresentou-se com suspeita de atraso na área mental.

Na Tabela 5.6, são mostrados os resultados das avaliações das crianças em acolhimento institucional a partir de outros índices dos dois instrumentos principais utilizados nesta pesquisa que são: As porcentagens de atividades *não* realizadas por área, conforme avaliação das educadoras através do instrumento ASQ-3, e as idades de desenvolvimento apresentadas pelas escala mental (facetas) e motora, presentes na escala Bayley II. As

habilidades demonstradas se relacionam com as áreas cognitiva, comunicação, coordenação motora, pessoal-social e resolução de problema, presentes em ambos os instrumentos ou apenas em um deles. A utilização dessas informações é uma maneira de ampliar e complementar os resultados de forma mais apurada e detalhada e, assim, obter mais uma forma de complementar a avaliação do desenvolvimento da criança.

Tabela 5.6 - Atividades não realizadas por área segundo o ASQ-3 e idades de desenvolvimento conforme a Bayley II.

Áreas	Instrumento	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Cognição	B	RE	N	N	RE	N	N
Comunicação	A/B	RE	N	L/N	N	N	RE
Coordenação Motora	A/B	RE/N	N	N	RE	RE/N	RE
Social	A/B	RE	N	N	N	RE/N	RE
Resolução de problema	A	RE	N	N	RE	RE	RE

Nota: B- Bayley II; A – ASQ-3; RE – Reduzido; N – Normal; L - Limite

Para estes resultados considerou-se que, à medida que a criança pontuava com 50% para atividades não realizadas (ver Tabela 5.3) e estivesse na classificação principal desta escala com percentual que indicasse encaminhamento para avaliação mais aprofundada (Tabela 5.1), a criança receberia indicação de desempenho reduzido (RE), conforme demonstra a Tabela 5.6.

Em relação aos resultados das idades de desenvolvimento, somente se considerava como indício de atraso as crianças com no mínimo 2 meses de diferença entre a idade cronológica e a fornecida pelo instrumento. As três áreas de correspondência entre os dois instrumentos, comunicação, coordenação motora e pessoal-social, sinalizam que as crianças que apresentaram resultados considerados ratificados/confirmados pela Bayley, em pelo menos duas áreas, foram as C1,C2, C3, C4 e C6, isto é, 5 das seis crianças avaliadas, ver Tabela 5.6.

O caso da criança C5 foi o que demonstrou maior diferença entre os resultados em relação às áreas da coordenação motora e pessoal social. No ASQ-3, este caso apresentou-se com desempenho reduzido, com um grande número de itens não respondidos para estas habilidades. No entanto, para a escala Bayley sua idade de desenvolvimento estava em

conformidade com a cronológica, a primeira área com 9 meses e a outra com 6 meses, somente um mês a menos em relação a sua idade real.

Os resultados parecem indicar que o instrumento de triagem para o desenvolvimento foi útil e revelador para a avaliação das crianças acolhidas institucionalmente envolvidas no estudo. Mais ainda, que as educadoras responsáveis pelos cuidados diários dessas crianças podem ser capazes de compreender, utilizar e avaliar o desenvolvimento a partir de um instrumento como o ASQ-3. Concordando com outro estudo realizado por Branson (2009) que dentre os seus achados com o uso de métodos mistos, conseguiu concluir que sim, os educadores são capazes de avaliar adequadamente crianças sob a sua responsabilidade. Porém, os resultados analisados na instituição onde se desenvolveu o estudo, mostraram que os encaminhamentos que deveriam ser feitos logo após as avaliações, em grande parte, não são realizados como deveriam. Um dos fatores que poderia contribuir para o encaminhamento adequado seria também considerar a opinião do educador.

De acordo com a avaliação oriunda dos questionários ASQ-3 e ratificado pela escala Bayley, cinco crianças apresentam resultados que se equiparam nos dois instrumentos e apenas uma criança demonstrou diferença entre as avaliações. Entre as que apresentaram os mesmos resultados, duas desenvolvem-se bem até o momento, dentro das expectativas e três demonstram indícios de atrasos em pelo menos uma das áreas cobertas pela ASQ, a saber: comunicação, coordenação motora e pessoal social. Além desses resultados, outros dados que se destacam e contribuem para ampliar a discussão versam sobre as avaliações da escala de comportamento, em que quatro das seis crianças estavam com perfil não ótimo, na hora do teste, em pelo menos um dos fatores cobertos por esta escala, que são a regulação emocional, atenção/excitação e qualidade motora. A importância em considerar os resultados oriundos da escala de comportamento está em reconhecer que aspectos como as interações que as crianças desenvolvem com objetos e pessoas, assim como o seu temperamento, são premissas importantes que também podem influenciar no curso do desenvolvimento normal nestes contextos (PINHEIRO, 2011).

Indícios de atrasos para as áreas que se relacionam com as funções motoras, cognitivas e comportamentais, que foram as alterações mais evidentes demonstradas por esse estudo, são confirmados em grande parte por autores que desenvolvem pesquisas a cerca dessa temática no mundo todo (JUFFER et al 2011; PINHEIRO, 2011; MILLS et al., 2011). Dentre as áreas destacadas pelas escalas, as habilidades que fazem parte da coordenação motora, principalmente as que coordenam os grandes músculos, são uma das mais

mencionadas em estudos que avaliam o desenvolvimento de crianças em abrigos. O ato de mudar de posição, rastejar, engatinhar, sentar, firmar os pés no chão e andar, são só algumas aquisições que fazem parte dessa área. Para além da aquisição dessas habilidades neuromotoras, a avaliação da qualidade do comportamento relacionado à coordenação motora presentes na Bayley II, que também demonstrou que três crianças estão com perfis indicativos de atrasos para essa área, pode ser útil e complementar às análises, já que avalia também essas mesmas habilidades durante o teste da criança.

Crianças pequenas, principalmente quando bebês, necessitam explorar seu ambiente, interagir com pessoas e objetos de uma forma maior e melhor, carecem de cuidados mais direcionados e responsivos para que o desenvolvimento motor assim como em outras áreas aconteça de uma forma natural e saudável. Quando se considera atrasos nas habilidades para a coordenação motora ampla em crianças tão novas e que estão acolhidas em abrigos infantis, logo se questiona se as atividades de incentivo tais como as de controle postural e mudança de posição acontecem normalmente ou se essas crianças que deveriam contar com um adulto para interagir e acompanhar as atividades e brincadeiras que estimulam o desenvolvimento motor, ao contrário, são mantidas longas horas em alguns locais na mesma posição como em carrinhos de bebê, cercadinhos e berços (MOLINA, 2011). Esses e outros indícios de atrasos devem ser considerados após outros tipos de avaliações, como a história psicossocial da criança anterior à institucionalização.

Medidas para reverter alterações detectadas na coordenação motora, de um modo geral, são beneficiadas com algumas atividades direcionadas para todas as crianças que iniciam o acolhimento e necessitam de um trabalho mais intenso para essa área. Algumas pesquisas demonstram que para isso se efetivar, ações que costumam ser economicamente viáveis e simples de executar, além de serem eficazes em um curto período de tempo, podem ser muito bem vindas em locais que se propõem a ser um ambiente de desenvolvimento, principalmente, quando essas ações são permeadas por interação sensível entre as crianças e seus cuidadores.

Almeida (2010) desenvolveu um estudo sobre a importância de intervenções realizadas pelos próprios cuidadores de crianças em três contextos diferentes, entre eles o abrigo infantil. As atividades englobavam, principalmente, a estimulação das habilidades motoras, mas consideravam também outras questões como a parte afetiva/emocional, cognição e memória do bebê. Todas estas atividades contavam com a participação ativa dos cuidadores e por isso a pesquisadora nomeia tal proposta de programa de intervenção motora

participativa. Os resultados apontaram para a melhora no fortalecimento do vínculo cuidador-criança, além de ter podido proporcionar ao cuidador melhora do conhecimento a cerca do desenvolvimento infantil, percepção sobre a importância de um ambiente estimulante para a criança e as possíveis melhorias que podem ser realizadas, bem como o entendimento sobre as posturas que favorecem o desenvolvimento motor do bebê.

Detectar precocemente possíveis alterações no desenvolvimento de crianças até os dois anos envolve muita cautela, pois é nessa época que o sistema nervoso mais cresce e amadurece, tornando-se mais sujeitos a agravos. Porém, a importância de se avaliar precocemente está na grande capacidade plástica que esse sistema apresenta e assim as crianças incluídas nessa faixa etária respondem melhor aos estímulos do seu ambiente ou a intervenções programadas caso necessário (ENLOW et al., 2012). Caso os agravos não sejam percebidos e nem detectados precocemente, é possível que essas crianças continuem seguindo o curso de seu desenvolvimento, porém falhas em algumas áreas podem permanecer e em anos posteriores serem evidenciadas por meio de atrasos mais sérios ou distúrbios das mais diversas ordens, difíceis de reverter tardiamente (MILLS et al., 2011).

Aspectos que se relacionam com a cognição e comunicação, avaliados pelas escalas ASQ-3 e Bayley II nas crianças que se encontram em acolhimento institucional, são muitas das vezes responsáveis pelos resultados de grande parte de dados indicativos para atraso ou para o limite deste (ver Tabela 5.1, Tabela 5.2 e Tabela 5.5). Alguns fatores que podem influenciar para os resultados encontrados são advindos da história pregressa dessas crianças e que puderam ser encontradas em seus prontuários.

Todos os casos envolvidos no estudo foram abandonadas em algum momento de sua vida, cinco das seis genitoras admitiram ser usuárias de alguma substância psicoativa e, além disso, quatro das seis crianças apresentavam alguns problemas que podem ser indicativos de maus tratos em relação à saúde dessas crianças, tais como: odor fétido, manchas, feridas e descamações na pele, desnutrição e baixo peso. Todos esses aspectos podem ter influência sobre as alterações que ocorrem no desenvolvimento cerebral para algumas aquisições e habilidades, mas o abrigo enquanto contexto de desenvolvimento pode e deve reunir esforços para detectar e intervir o mais cedo possível nas crianças que estão sob sua responsabilidade (GIAGAZOGLU et al., 2012).

As habilidades referentes à cognição e comunicação também são mediadas pelo nível de interação entre a criança e seu ambiente. O componente genético pode ter influência neste e em outros aspectos do desenvolvimento infantil, porém sem a influência saudável de um

adulto emocionalmente estável, calmo e atencioso a promover e direcionar as interações da criança em seu meio, torna-se difícil que o curso de desenvolvimento siga dentro das expectativas, principalmente, para essas áreas tão importantes para o aprendizado humano (MANSO; GARCIA-BAAMONDE; ALONSO, 2011; GROENEVELD et al., 2010).

Um exemplo de pesquisa em que a cognição de crianças institucionalizadas foi um dos objetivos de estudo foi a de Smyke et al. (2007), que comparou e avaliou o desenvolvimento de crianças acolhidas em seis instituições pertencentes a Romênia e crianças que eram criadas fora da instituição, em casa com os seus pais. Os resultados reafirmaram que crianças que se desenvolviam em instituições apresentaram índices de atraso para esta área, maiores do que aquelas que nunca viveram em instituições. Um aspecto dessa pesquisa alerta para algo há muito discutido que é a qualidade do cuidado dispensados as crianças, no qual o elemento que interferirá para agravos no desenvolvimento dessa criança não será tanto o tempo de institucionalização em si, mas o tipo de atenção e interação que a criança recebe individualmente, o que esses autores chamam de “microcuidados”, isto é, a forma como esses cuidados são dispensados a cada criança individualmente parece ser o grande modulador de o quanto esse desenvolvimento será favorecido ou não em idades posteriores. Assim, especula-se que tal aspecto pode ser um dos fatores que pode desencadear comprometimentos cognitivos mais severos em crianças de faixa etária maiores e expostas à privação por mais tempo, até porque, como já mencionado anteriormente, não foram detectadas precocemente quando deveriam.

A comunicação das crianças acolhidas envolvidas no estudo foi outra área apontada pelos instrumentos com indícios de atraso e esta é uma das habilidades em que um grande número de pesquisas sinaliza que agravos nesta área devem ser sempre avaliados com muita cautela, pois se preconiza que tal problema acontece principalmente porque há pouca ou nenhuma estimulação verbal por parte dos educadores que cuidam dessas crianças e estas acabam ficando por longos períodos sem interações importantes para o desenvolvimento da linguagem e comunicação (NÓBREGA; MINERVINO, 2011). Dos seis casos que foram avaliados, somente dois demonstraram valores reduzidos para esta área, a C1 de 9 meses de idade e 3 meses de acolhimento e a C6 com idade e tempo de acolhimento iguais a 4 meses. Assim, como nas outras áreas, atrasos da comunicação não foram demonstradas igualmente por todas as crianças envolvidas no estudo, o que confirma os resultados de outras pesquisas em que a institucionalização parece não afetar da mesma forma as crianças nestes lugares (SMYKE et al., 2007). Agravos para o desenvolvimento infantil parecem persistir em idades

posteriores e causar alguns transtornos como, por exemplo, na vida escolar da criança e a comunicação pode ser considerada como um desses agravos (DELCENSERIE; GENESEE; GAUTHIER, 2012; STACKS et al., 2011).

A forma como a criança estabelece interações e o comportamento que demonstra enquanto realiza as atividades foram avaliados tanto pela ASQ-3 como pela escala de comportamento presente na escala Bayley II. Ambos os instrumentos demonstraram indícios de atrasos para essas habilidades. Alterações precoces ligadas ao comportamento social da criança parecem colaborar para alterações de ordem emocional mais adiante e a maneira pela qual o educador desenvolve sua interação de modo mais ou menos sensível às necessidades individuais de cada criança pode ser considerado como um dos agravantes para sintomas psico-sociais na infância (BARCONS et al., 2012). Oportunizar às crianças um ambiente de segurança em que as educadoras diretamente responsáveis por elas possam interagir e corresponder adequadamente as suas demandas é o grande diferencial para a estabilidade emocional e ausência de sintomas como: irritação, ansiedades, agressividades, tristeza e depressão, com início na infância e que podem evoluir até a idade adulta (MCLAUGHLIN et al., 2012).

No abrigo em que este estudo foi desenvolvido as crianças até um ano de idade contam com cuidados de vários educadores, porém para cada dormitório há um que se pode chamar de fixo ou de referência, pois diariamente cumpre uma carga horária de trabalho que, de certa forma, lhe permite dar exclusividade para o grupo de crianças atendidas por eles. A quantidade de educadores responsáveis pelas crianças acolhidas não significa que terão cuidados direcionados ou atentos as suas necessidades, deveriam, pois segundo alguns estudos desenvolvidos desde o início do século 20, as crianças apresentam alterações de desenvolvimento, inclusive os de ordem emocional, porque não podiam contar com cuidados exclusivos, já que o número destes era infinitamente menor do que o número de crianças. Além disso, outro fator que ultrapassa a questão quantidade é a qualidade e a disponibilidade de quem cuida, que permanece sendo discutida até hoje em todo mundo (SPITZ, 1979, 2004; TIZARD, REES, 1974; SMYKE et al., 2012).

Nesse estudo, assim como em outros, há uma variação entre os resultados positivos e negativos decorrentes de avaliações do desenvolvimento, entre crianças que apresentam semelhanças de suas histórias de vida e que estão em acolhimento por um mesmo período que seus pares com alterações para alguma habilidade. Discutem-se algumas influências que parecem afetar cada criança individualmente e que podem ser responsáveis por uma maior ou

menor aquisição de habilidades de âmbito motor, cognitivo e social, mesmo quando negligenciadas ou mal tratadas e o quanto tais aspectos de ordem pessoal parecem impactar na presença de agravos em idades mais avançadas. As características estruturais da instituição e uma atenção mais direcionada por parte de quem cuida podem ser um desses fatores de influencia a atingir diferentemente cada criança. Além disso, suas características genéticas e de temperamento devem ser consideradas para estas diferenças (VAN IJZENDOORN et al 2011; OATES et al., 2012).

A avaliação de cada uma dessas áreas significa proporcionar às crianças mais um meio de reconhecer e intervir precocemente quando necessário. Assim como a ASQ-3, que é um instrumento extremamente fácil, prático e rápido de aplicar e que costuma despertar um fascínio em quem aplica pela primeira vez, aspecto também referenciado pelas educadoras envolvidas neste estudo, existem outros importantes instrumentos que começam a ser desenvolvidos especialmente para que as pessoas que mais conhecem as crianças possam aplicar e não somente os especialistas em desenvolvimento infantil (FLAMANT et al., 2012; WOODWARD et al., 2011).

Entretanto, considerar os resultados oriundos de uma avaliação realizada por um cuidador ainda é relativamente novo, anteriormente despertava muita discussão sobre se estes eram capazes de usar adequadamente os instrumentos de desenvolvimento infantil (MACY, 2012). Neste estudo, pode-se concluir a partir dos resultados das análises dos dados que os educadores podem e devem realizar avaliações de desenvolvimento do tipo ASQ-3, nas crianças sob a sua responsabilidade e desta forma contribuir para que a detecção de alterações no curso do desenvolvimento sejam realizadas com maior frequência, para que programas de intervenções possam ser empregados favorecendo a parte mais importante de todo esse processo institucional, a criança acolhida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo da avaliação do desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional o objetivo da pesquisa foi aferir e analisar o desenvolvimento de bebês de 1 a 12 meses cuidados no Espaço de Acolhimento Provisório (EAPI). A partir da utilização de duas escalas principais a Bayley II e ASQ-3, assim como do método de observação sistematizada. Desta forma, obteve-se um “instantâneo” de como estava o curso do desenvolvimento dessas crianças.

Os questionários do ASQ-3, utilizados nesta pesquisa, traduzidos para o português do Brasil (LADEIRA- FERNANDES, 2011), demonstraram ser uma ferramenta útil para o que se propõem, que é a triagem e detecção de alterações no desenvolvimento infantil.

Dentre as limitações que o estudo apresenta pode-se considerar o número de amostra reduzido e avaliação em um único momento. Além desses aspectos pode-se ainda inferir a cerca dos pontos limites utilizados e que originalmente foram criados para a população americana, contexto em que a ASQ-3 se desenvolve. A outra escala, a Bayley II, também poderia ser apontada em relação a essa mesma questão, porém considerou-se a partir do levantamento dos resultados em relação a outros trabalhos efetivados sobre a avaliação do desenvolvimento de crianças no Brasil e em outros lugares, com o uso das mesmas escalas, que isso não poderia caracterizar um impedimento para a realização desta atividade, principalmente em se tratando de uma pesquisa acadêmica. Porém, preconiza-se que para estudos futuros, esses pontos limites sejam adequados aos marcos do desenvolvimento para as crianças brasileiras.

O roteiro de observação elaborado para essa pesquisa complementa os resultados obtidos pelo ASQ-3, com resultados equiparáveis entre as áreas dos dois instrumentos. Algumas diferenças foram apontadas, que refletem a forma como o roteiro foi preenchido. As crianças não eram conhecidas do observador, então levou-se um tempo maior para preenchê-lo em comparação com o ASQ-3, o que torna este último instrumento mais atrativo e adequado ao uso de não profissionais/especialistas, responsáveis diretamente pelos cuidados de crianças a utilizá-lo sempre que necessário dentro de um programa voltado para prevenção e estimulação do desenvolvimento infantil.

Porém, enfatiza-se com esses resultados ser possível inferir sobre a necessidade de maiores investimento em pesquisas para detectar precocemente possíveis atrasos no

desenvolvimento de crianças a fim de tornar o acompanhamento e a intervenção efetivos. Pesquisas que contribuem para o estudo do desenvolvimento de crianças em instituições têm servido de referência para grandes mudanças ocorridas nesses locais, ao longo do tempo. Colocar os resultados da ciência como elemento essencial para criação de políticas de planejamento e projetos voltados para o aprimoramento dos cuidados oferecidos nas instituições de acolhimento requer persistência. O esforço coordenado de todos os envolvidos deve ser sempre estimulado a fim de incentivar que as instituições de acolhimento infantil trabalhem sempre no sentido de prevenir e corrigir qualquer dano que possa ocorrer no desenvolvimento saudável das crianças sob a sua responsabilidade.

Os dados gerados por esse estudo não têm a pretensão de generalização dos resultados obtidos para as demais crianças, porém sinaliza para o reconhecimento de que quanto mais cedo as crianças forem retiradas para um local em que possam contar com cuidados mais estáveis espera-se que seja melhor para o seu desenvolvimento (O'NEILL et al., 2012) e isso deve ser um dos fatores pelo qual a nova lei, 12.010 (BRASIL, 2009), incentiva e apoia que as crianças sejam mantidas acolhidas institucionalmente por no máximo dois anos embora se saiba que em muitos casos este aspecto ainda não está sendo cumprido como deveria (OLIVEIRA; PEREIRA, 2011).

O estudo preconiza que se reavalie além da importância de toda a atenção precoce e intervenções que as crianças deveriam usufruir nesse local para que, além disso, se trabalhe em prol da execução da nova lei e que as crianças sejam realmente retiradas até o prazo máximo nela definido para o acolhimento, seja por meio da reinserção aos seus familiares ou através da adoção.

O entendimento dos períodos sensíveis para o cérebro e o que pode ser feito em prol do desenvolvimento de cada uma dessas crianças, a partir de um conjunto de avaliações pode ser de grande auxílio para o estudo de estratégias a serem adotadas pelo poder público em suas instituições a fim de garantir ou, pelo menos, contribuir para que as crianças tenham chance de lutar e avançar em suas aquisições rumo ao desenvolvimento. As crianças, naturalmente, se desenvolvem pela ação das tendências inatas do crescimento, como sinaliza Careta, (2011) e precisam somente que o ambiente seja preparado de forma saudável e preventiva.

Apesar deste estudo, apresentar limitações, relatadas anteriormente e que podem ser revista em pesquisas futuras, tais como o fato das avaliações terem acontecido em um único momento e um número de casos reduzidos, os resultados obtidos são importantes na medida

em que utiliza-se além de uma escala de avaliação diagnóstica, dados relativos a história de vida das crianças anterior a institucionalização e a pesquisas pertinentes sobre acolhimento institucional. Tudo isto corrobora para a confirmação de que as crianças envolvidas nesse estudo, assim como tantas outras nessa situação, requerem ser melhor atendidas em algumas de suas necessidades primordiais para o avanço de algumas performances demonstradas.

Os resultados ainda, salvaguarda suas limitações, contribuem para demonstrar a importância da participação do educador na avaliação do desenvolvimento infantil de crianças vítimas de maus tratos, negligência e abandono e que foram acolhidas em instituição de abrigo. Detectar precocemente agravos que podem vir a se tornar mais graves conforme a idade avança é fundamental na vida de toda criança e apresenta-se como um dos motivos que devem ser considerados para enfatizar que cada criança deve permanecer em acolhimento por no máximo dois anos, pois quanto mais rápido receber estímulos e intervenções mais direcionadas, melhores serão os resultados a curto prazo. Tais cuidados devem ser iniciados ainda na instituição, pois estas ações estão de acordo com o poder que lhe é conferida pelo Estado, uma vez que a instituição é o local que deve primar pela proteção e amparo enquanto a criança estiver sob sua responsabilidade. Assim, os aspectos referentes ao desenvolvimento saudável deverão ser assegurados.

Sabe-se que todo resultado de avaliação é mais preditivo quanto maior for sua replicação ao longo do tempo de acompanhamento de cada criança envolvida e a somatória de várias outras fontes de informação para um resultado mais robusto a cerca do desenvolvimento infantil, afinal, cada criança é única e não se pode generalizar. Acredita-se que este estudo tem sua importância, pois além de ratificar o que outras pesquisas estão demonstrando sobre a importância de considerar o educador no processo de detecção e avaliação precoce do desenvolvimento infantil, também sinaliza, alerta e informa sobre o momento atual do desenvolvimento de seis crianças em acolhimento institucional (no momento da pesquisa havia 12) e o que poderá acontecer se nenhuma medida para reverter tal situação for realizada, o que engloba as crianças do estudo, as outras não participantes diretamente, bem como o contexto em que estão inseridas. Sugere-se assim, ampliar o contato das educadoras com os instrumentos, fazendo com que possam aplica-lo para balizar as intervenções com as crianças.

Torna-se importante ressaltar, que a adoção por parte da instituição, de educadoras de referência nos dormitórios, mostrou-se uma política coerente. Pois, as educadoras

participantes do estudo demonstraram conhecer as particularidades das crianças sobre seus cuidados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. M. DE A. Avaliação do Desenvolvimento Trajetórias de Socialização e o ASQ-3. In: 7º Congresso norte nordeste de Psicologia, Bahia. 2011. **Anais...** Disponível em <<http://www.conpsi7.ufba.br/>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

ALEXANDRE, D. P. A. **A importância do holding na reorganização afetivo-social de crianças que manifestam tendência anti-social**. 2006. 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. 2006.

ALMEIDA, C. S. de. **O impacto de um programa de intervenção motora participativa ampliando oportunidades de desenvolvimento em bebês de até dezoito meses em três contextos diferentes**. 2010. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano). Programa de Pós-graduação em Ciência do Movimento Humano, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2010.

American Academy of Pediatrics. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee Pediatrics **pediatrics**. 2006, v. 118, p.405-420. DOI: 10.1542/peds.2006-1231 from <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.html>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

AVANCINE, M. Revista educação, edição 179 - março 2012 reportagem in seção políticas públicas: medida para infância. São Paulo: Segmento. Disponível em: <www.editorasegmento.com.br>. Acesso em: 24 abr. 2012.

BARCONS, N. et al. Social relationships in children from intercountry adoption. **Children and Youth Services Review**, V. 34, n.5, p. 955–961. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.028>>. Acesso em: 28 mai. 2012.

BARROS, A. C. B. G. **“João e Maria”:** uma observação psicanalítica sobre a experiência de crianças em situação de abrigo. 2009. 101f. Dissertação (mestrado em psicologia) - Universidade Federal do Pará. Belém. 2009.

BARROS, R.C.; FIAMENGHI, J. G. Interações afetivas de crianças abrigadas: um estudo etnográfico. **Ciência: saúde coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1267-1276, 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63012523.pdf>> Acesso em: 10 de mar. 2010.

BAYLEY N. **Bayley Scale of Infants Development**. 2nd ed. San Antonio. Psychological Corporation. 1993.

BERUMENT, S. K.; SONMEZ, D.; EYUPOĞLU, H. 2011. Supporting language and cognitive development of infants and young children living in children’s homes in Turkey. **Child: care, health and development**. v. 38, n. 5, p.743–752, 2011. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2011.01314.x/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BIAN, X. et al. Translation and use of parent-completed developmental screening test in Shanghai. **Journal of Early Childhood Research**, v. 10, n. 2, p. 162-175, 2012, Disponível em: <ecr.sagepub.com/content/early/2012/03/27/1476718X11430071>. Acesso em: 23 mai. 2012.

BOGDAN, R.; WILLIAMSON, D. E.; HARIRI, A. R. Mineralocorticoid Receptor Iso/Val (rs5522) Genotype Moderates the Association Between Previous Childhood Emotional Neglect and Amygdala Reactivity. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 5, p.515-522. 2012. Disponível em: <<http://www.neuro.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=1130557&RelatedWidgetArticles=true>>. Acesso em: 30 mai. 2012.

BOS, K.; et al. Psychiatric Outcomes in Young Children with a History of Institutionalization. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 15-24, 2011. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10673229.2011.549773>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRANSON, D. M. **Effect of Using the Ages and Stages Questionnaires on Childcare Providers' Developmental Assessment Ability**. Thesis (Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno. May 2009. Disponível em: <<http://gradworks.umi.com/3355643.pdf>> Acesso em: jan. 2010.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente. Brasília, 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 15 mai. 2011.

BRASIL. Lei Nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm>. Acesso em: 12 jun. 2011.

BRICKER, D.; SQUIRES, J.; CLIFFORD, J. Developmental Screening Measures: Stretching the Use of the ASQ for Other Assessment Purposes. **Infants & Young Children**. v. 23, n. 1, p. 14–22, 2010. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181c816cc. Disponível: em <<http://journals.lww.com/iyjournal/toc/2010/01000>>. Acesso em: 5 mai. 2012.

BRITO, C. V. de; SOUZA, J. C. Qualidade de vida dos educadores sociais em abrigos de proteção a crianças e adolescentes. **Psicol. teor. prat.** 2011, v. 13, n.1, p. 89-100. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 05 de jan. 2012.

BROWNE, K. The risk of harm to young children in institutional care. **Save the Children**. United Kingdom, 2009. Disponível em: <http://www.savethechildren.org.uk/en/54_9896.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BUHLER, K. E. C. B. **Desenvolvimento cognitivo e de linguagem expressiva em bebês pré-termo muito baixo peso em seus estágios iniciais**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008, Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-05082008-141011>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

CARDONA, J. F. et al. Potentials consequences of abandonment in preschool-age: neuropsychological findings in institutionalized children. **Behavioural Neurology**, v. 25 p.

1–11, 2012. Disponível em: <<http://iospress.metapress.com/content/b4590w27581g2182/>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

CARETA, S. D. **Quando o ambiente é o abrigo: Cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional.** São Paulo. 2011. 241f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo. 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-14062011-161730/pt-br.php>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

CAVALCANTE, L. I. C. **Ecologia do Cuidado: interações entre a criança, o ambiente, os adultos e seus pares em instituição de abrigo.** 2008. 514f. Tese (Doutorado em teoria e pesquisa de comportamento) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHÃES, C.M.C.; PONTES, F. A. R. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 615-625, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200030&script=sci_arttext> Acesso em: 29 jan. 2011.

COHEN N. et al. A prospective study of their growth and development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 49:4, p. 458–468, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18221351> >. Acesso em: 29 mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA CNJ. Instituto de pesquisa econômica aplicada IPEA; Justiça Infante juvenil. **Situação atual e critérios de aprimoramento.** (Relatório); Brasília, 2012; Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/relatorio_pesquisa_infantoJuvenil.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2012.

CONTI, et. al. Primate evidence on the late health effects of early-life adversity . **Proceedings of the national academy of sciences of the united states of America**, v. 109, n. 23, p. 8866-8871, 2012.

CORRÊA, L. S. **Concepções de Desenvolvimento e Práticas de Cuidado à Criança em Ambiente de Abrigo na Perspectiva do Nicho Desenvolvimental.** 2011, 172f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

DELCENSERIE, A.; GENESEE, F.; GAUTHIER, K. Language abilities of internationally adopted children from China during the early school years: Evidence for early age effects? **Applied Psycholinguistics**, p. 1-28, 2012.

DESMARAIS, C. et al. Sentence Comprehension in Postinstitutionalized School-Age Children. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 55, p. 45–54, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288705/pdf/nihms353311.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

DESSEN, M. A.; MURTA, S. G. A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: uma visão crítica. **Cadernos de Psicologia**, v.1 , p. 47-60. 1997.

DIAMOND G. et al. Pre-placement screening in international adoption. **Israel Medical Association Journal**. v. 5, p. 763-766, 2003. Disponível em: < <http://www.ima.org.il/imag/ar03nov-1.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

DORE, F.; FATTAHI, B.G.A. Evaluation of children's development (4-60mo) with history of NICU admission based on ASQ in Amir kabir Hospital, Arak. **J Ardabil Univ Med Sci**, v.

11, n. 2, p. 143-150, 2011. Disponível em: <<http://www.magiran.com/magtoc.asp?mgID=3172&Number=40&Appendix=0&l=en>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

DOZIER, M. et al. Institutional Care for Young Children: Review of Literature and Policy Implications. **Social Issues and Policy Review**, v. 6, n. 1, p. 1–25, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-2409.2011.01033.x/pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

DUBOWITZ, H.; POOLE, G. **Child neglect: An overview**. MacMillan H, topic ed. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012, p. 1-6. Disponível em: <<http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/Dubowitz-PoolANGxp1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

DUNCOMBE, M. Psychometric evaluation of a brief parent- and teacher-rated screen for children at risk of conduct disorder. **Australian Journal of Educational & Developmental Psychology**, v. 12, p. 1-11, 2012. ISSN 1446-5442. Disponível em: www.newcastle.edu.au/journal/ajedp/. Acesso em: 5 mai. 2012.

ENGLE, P. L. et al. VIII. The situation for children without parental care and strategies for policy change. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v. 76, n. 4, p. 190–222, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-5834.2011.00633.x/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

ENLOW, M. B. et al. Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. **J Epidemiol Community Health**. 2012 Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/early/2012/03/22/jech-2011-200727.full.pdf+html>> Acesso em: 15 mai. 2012.

FERRARI, M.A.E. **Interações entre fatores biológicos e psicológicos no comportamento e no desenvolvimento**, In: Moura-Ribeiro, M. V. L.; Gonçalves, V. M. G. (Org). Neurologia do Desenvolvimento da Criança, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

FIGUEIRAS et al. **Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI** (Atenção Integrada as doenças Prevalentes da Infância). Organização Pan Americana de Saúde. Washington. 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2011.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1691-1699, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a13v19n6.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

FILGUEIRAS, A. **Adaptação transcultural e avaliação psicométrica do Ages and Stages Questionnaires (ASQ) em creches públicas da cidade do Rio de Janeiro**. 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://busca.ibict.br/SearchBDTD/search.do?command=search&q=+assunto:%22PSYCHOMETRIC%22>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

FILGUEIRAS, A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Validação Ages & Stages Questionnaire 3rd. ed., em uma amostra do Rio de Janeiro. 7º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia.

Anais..., 2011. Bahia. Disponível em: <<http://www.conpsi7.ufba.br/>>. Acesso em: 22 Abr. 2012.

FLAMANT, C. et al. Parent-Completed Developmental Screening in Premature Children: A Valid Tool for Follow-Up Programs. **PLoS ONE**, v. 6, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0020004>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

FONSECA, R. P.; SALLES, J. F. de PARENTE, M. A. de M. P. Ferramenta útil na pesquisa e clínica de neuropsicologia: um compêndio de testes neuropsicológicos. **Interam. j. psychol.**, v. 41, n. 3, 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902007000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mar. 2010

GABBARD, C.; RODRIGUES, L. P. **Testes contemporâneos de avaliação do comportamento motor infantil**. In: Moura-Ribeiro M. V. L; Gonçalves, V. M. G. (Org.). *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2010, p. 243-257.

GIAGAZOGLU, P. et al. The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. **Research in Developmental Disabilities**. v. 33, n. 3, p 964-970, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422211004549>> Acesso em: 12 mai. 2012.

GOLIN, G. **A interação entre a criança abrigada e seu cuidador: o vínculo na institucionalização**. Dissertação mestrado em psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2010. Disponível em: <http://bdtd.unisinos.br/tde_arquivos/14/TDE-2010-09-27T151144Z-1180/Publico/GabrielaGolinPsicologia.pdf> Acesso em: 13 mai. 2011.

GOMEZ, E., et al. Centro Crecer en Comunidad: Despertando la Resiliencia Familiar. **Perspectivas**. Pontifícia Universidade Católica do Chile CEES - UC; n.11, ISSN 0718-4468. 2011. Disponível em <www.cees.cl>. Acesso em: 13 fev. 2012.

GOULD, et al. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 4, p. 500-506, 2012. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3956%2812%2900006-4>>. Acesso em: 11 mai. 2012.

GROENEVELD, M. G. et al. Stress, cortisol and well-being of caregivers and children in home-based child care: a case for differential susceptibility. **Child: Care, Health and Development**. v. 38, n. 2 p. 251-260, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2010.01194.x/pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

HART, H.; RUBIA, K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 6, n. 52, Mar, 2012. Disponível em: <http://www.frontiersin.org/Human_Neuroscience/10.3389/fnhum.2012.00052/full>. Acesso em: 5 abr. 2012.

JANSSEN, A. J. W. M. et al. Influence of behaviour and risk factors on motor performance in preterm infants at age 2 to 3 years. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 50, n. 12, p. 926-931. 2008, Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2008.03108.x/pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

JOHNSON, R.; BROWNE, K.; HAMILTON-GIACHRITSIS, C. Young children in institutional care at risk of harm. **Trauma Violence Abuse**, v. 7, n. 1, p. 34-60, 2006. doi: 10.1177/1524838005283696. Disponível em: <<http://tva.sagepub.com/content/7/1/34.full.pdf>> Acesso em: 2 fev. 2012.

JUFFER, F. et al. II Development of adopted children with histories of early adversity. **Monographs of the Society for Research in Child Development**. v. 76, n. 4, p. 31-61, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-5834.2011.00627.x/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

JUNEJA, M. et al. Ages and Stages Questionnaire as a Screening Tool for Developmental Delay in Indian Children. **Indian Pediatr**, v. 49, n. 6, p. 457-61 pii: S097475591100339-1., 2012. Disponível em: <<http://www.indianpediatrics.net/june2012/457.pdf>>. Acesso 12 jun. 2012.

KEDDE, M., et al. **Het Kind Ontwikkelt Vanzelf, Of Niet?** Faculty of Social and Behavioural Theses Universiteit Utrecht, Nederland, 2011 Disponível em: <<http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2011-1021-200236/UUindex.html>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

LIMBOS, M. M.; JOYCE, D. P. Comparison of the ASQ and PEDS in Screening for Developmental Delay in Children Presenting for Primary Care. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**. v. 32, n. 7, p. 499-511, 2011. Disponível em: <<http://www.bcpeds.ca/physicians/ComparisonoftheASQandPEDS.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

LOPES, M. M. C. O. **Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança de risco aplicando Harris Infant Neuromotor Test (HINT)**. 2011. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

MAC, L. K. The impact of institutionalization on child development. **Development and Psychopathology**, v. 15, p. 853-884. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14984130>>. Acesso em: 25 out. 2009.

MACHADO, V. R. M. A atual política de acolhimento institucional à luz do estatuto da criança e do adolescente. **Serv. Soc. Rev.**, v. 13, n.2, p. 143-169, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10431/9121>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

MACY, M., The Evidence Behind Developmental Screening Instruments. **Infants & Young Children**, v. 25, n. 1, p. 19-51, 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/ijcjournal/Abstract/2012/01000/The_Evidence_Behind_Developmental_Screening.3.aspx>. Acesso em: 13 de mai. 2012.

MAGALHÃES, C. M. C.; COSTA, L. N.; CAVALCANTE, L. I. C. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 21, n. 3, p. 818-831, 2011. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822011000300008&script=sci_arttext>. ISSN 0104-1282. Acesso em: 13 mai. 2012.

MANSO, J. M. M.; GARCIA-BAAMONDE, M. E.; ALONSO, M. B. Design of a language stimulation program for children suffering abuse. **Children and Youth Services Review**, v.

33, n. 7, p. 1325–1331, 2011. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.003>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MARE, L. Le; AUDET, K. A longitudinal study of the physical growth and health of postinstitutionalized Romanian adoptees. **Pediatr Child Health**, v. 11, n. 2, p.85-91, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2435332/pdf/pch11085.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

MARGOLIN, G.; VICKERMAN, A.K. Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues. **Couple and Family Psychology: Research and Practice**, v. 1(S), 63–73, 2011. Doi: <10.1037/2160-4096.1.S.63>. Acesso em: 14 fev. 2012.

MAZZA, M. B.; SCHMIED, N. V. **Desinstitucionalização de crianças e adolescentes: Estratégias para garantir o direito à convivência familiar**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MCCALL, R. B. et al. A socioemotional intervention in a Latin American orphanage. **Infant Ment. Health J.**, v. 31, n. 5, p. 521–542, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.20270/pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2011.

MCLAUGHLIN, K. A. et al. Adverse Rearing Environments and Neural Development in Children: The Development of Frontal Electroencephalogram Asymmetry. **Biological Psychiatry**, v. 70, n. 11, p. 1008–1015, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.08.006>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

MEZZACAPPA, E., BUCKNER, J. C.; EARLS, F. Prenatal cigarette exposure and infant learning stimulation as predictors of cognitive control in childhood. **Developmental Science**, v.14, n. 4, p. 881–891. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-7687.2011.01038.x/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MILLER, L.C. et al. Health of Children Adopted from Ethiopia. **Maternal and child Health Journal**, v. 12, n. 5, p. 599-605, 2008. Disponível em: <www.springerlink.com/index/G4G21H78M2210VM2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.

MILLS, R. et al. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. **Pediatrics**, v. 127, n. 1,

MINISTERIO DA SAUDE (MS). **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**. 24 maio de 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>> . Acesso em: 5 jun. 2012.

MIRANDA, L. P., RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria (Supl.1)**, p. 33-42. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a05.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

MOLINAS, J. O. C. **Bebês institucionalizados: as interfaces da constituição do sujeito e possíveis riscos no desenvolvimento**. 2011. Monografia (graduação) - Faculdade de Educação, Pedagogia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em:

<http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/3287/1/2011_JessykaOhannaCostaMolinas.pdf>.
Acesso em: 20 jan. 2012.

MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Avaliação neurológica do recém-nascido a termo.** In: **Moura-Ribeiro M. V. L.; Gonçalves, V. M. G.** (Orgs.). *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2010, p. 203-223.

MUSHTAQ, A. et al. Psychiatric disorders among children living in orphanages-experience from Kashmir. *Traumatic stress. JK-Practitioner*, v.13 (Suppl 1):S53-S55, 2006. Disponível em: <<http://medind.nic.in/jab/t06/s1/jabt06s1p53.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

NASCIMENTO, R.; PIASSÃO, C. Avaliação e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes institucionalizados. *Rev Neurocienc*, v. 18, n. 4, p. 469-78, 2010.

NELSON, C. A., et al. V. The neurobiological tool of early human deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, n. 4, p.127–146, 2011.

NÓBREGA, J. DAS N.; MINERVINO, C. A. DA S. M. Análise do nível de desenvolvimento da linguagem em crianças abrigadas. *Psicol. Argum.*, v. 29, n. 65, p. 219-226, 2011. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4601&dd99=view>>. Acesso em: 3 fev. 2012.

O' NEILL, M. et al. Placement stability in the context of child development. *Children and Youth Services Review*. v. 34, n. 7, p. 1251-1258, 2012.

OATES, J. et al. Developing Brains. *Early Childhood in Focus*, 7. Milton Keynes: The Open University. 2012. Disponível em: <http://oro.open.ac.uk/33493/1/Developing_Brains.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2012.

OLIVEIRA, C. A. de O.; PEREIRA, E. G. Estudo sobre a Lei Nacional de Adoção: institucionalização, acolhimento familiar e cadastros. *Contextos Clínicos*, v.4, n.2, p. 113-122, 2011. Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2011.42.05. Disponível em <<http://www.contextosclnicos.unisinos.br/pdf/96.pdf>> . Acesso em: 5 mai. 2012.

OSOFSKY, J. D.; LIEBERMAN, A. F. A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *American Psychologist*, v. 66, n. 2, p. 120-128, 2011.

p. 4-10, 2011. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/1/4.long>>
Acesso em: 15 nov. 2011.

PAJULO, M. et al. Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Ment. Health J.* v.33, n. 1, p. 70–81, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.20342/pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2012.

PEDIATRICS is the official journal of the American Academy of Pediatrics Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children Committee on Children With Disabilities, *Pediatrics* 2001;108;192, DOI: 10.1542/peds.108.1.192 from <<http://pediatrics.aappublications.org/content/108/1/192.full.html>>

PEREIRA, M. M. de A. **Desenvolvimento de crianças em centros de acolhimento temporário e relação com os seus cuidadores.** 2008. Dissertação de Mestrado em Psicologia

Clínica. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8078>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

PINHEIRO, A. M. F. P. **O Crescimento Físico e o Desenvolvimento Mental de Crianças Institucionalizadas: O Impacto do Temperamento e da Qualidade dos Cuidados numa Perspectiva Longitudinal.** 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) universidade do Minho-Portugal. 2011. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18613/1/Ana%20Manuela%20Fonseca%20Pires%20Pinheiro.pdf>> Acesso em: 21 fev. de 2012.

PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; Vieira, R. M. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: Padronização de uma escala para avaliação e o acompanhamento.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

POOL, J. L.; HOURCADE, J. J. Developmental Screening: A Review of Contemporary Practice. **Education and Training in Autism and Developmental Disabilities**, v. 46, n. 2, p. 267–275, 2011. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=15788&clave_busqueda=280441>. Acesso em: 3 mar. 2012.

REIS, A. B. R., et al. Desempenho mental de bebês pré-termo de muito baixo peso ao nascer: avaliação da estabilidade nos dois primeiros anos de vida e fatores associados ao desempenho mental. **Rev bras epidemiol**, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100002&script=sci_arttext> Acesso em: 5 mai. 2012.

ROANE, B. M.; VALLELEY, R. J.; ALLEN, K. D. Impact of Ages and Stages Questionnaire Scores on Pediatrician Referral Patterns. **Infants & Young Children**, v. 25, n. 2, p. 149–157, 2012.

ROEBER, B. J. et al. Gross motor development in children adopted from orphanage settings. **Dev Med Child Neurol**, v. 54, n. 6, p. 527–531, 2012.

RUIVO, J. M. do V. SÁ. **Rastreo de desenvolvimento realizado pelos pais: a utilização do Ages & Stages Questionnaires 3ª edição (ASQ) em crianças dos 48 aos 60 meses.** 2011. Monografia (Licenciada em Terapêutica da Fala). Universidade Fernando Pessoa, Porto-Portugal. 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10284/2793>>. Acessado em: 18 jan. 2012.

SANTOS C, C, D.; CAMPOS, D. **Desenvolvimento motor: Fundamentos para Diagnóstico e intervenção.** In: Moura-Ribeiro, M. V. L. & Gonçalves, V. M. G. (Orgs.). Neurologia do Desenvolvimento da Criança, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010, p. 288-307.

SCHECHTER, D. S. The Developmental Neuroscience of Emotional Neglect, Its Consequences, and the Psychosocial Interventions That Can Reverse Them. **Am J Psychiatry**. v. 169, n. 5, p.452-454. 2012. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?eqid=26046&articleid=1109037>>. Acesso em: 25 mai 2012.

SCHLESIGER, C.; et al. From birth to early child care. **Zeitschrift für Erziehungswissenschaft**. V. 14, Supplement 2, p. 187-202, 2011. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/174n0w56rq741627/>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

SCHONHAUT, L. et al. Comparación de la Evaluación Tradicional del Desarrollo Psicomotor versus una Prueba Autoadministrada. **Rev. chil. Pediatr**, v.81, n.6, p. 498-505, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062010000600003&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 mai. 2012.

SIQUEIRA, A. C.; DELL' AGLIO, D. D. Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 n. 3, p. 407-415, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a03v26n3.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

SIQUEIRA, A. C.; DELL' AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicol Soc.**, v. 18, n.1, p. 71-80, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SIQUEIRA, A. C.; DELL' AGLIO, D. D. Retornando para a Família de Origem: Fatores de risco e proteção no Processo de Reinserção de uma Adolescente Institucionalizada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, v. 17, n. 3, p. 134-146, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SMIKE, A. et. al. The Caregiving Context in Institution-Reared and Family-Reared Infants and Toddlers in Romania. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.48, n. 2, p. 210–218, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17300560>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

SMYKE, A. T. et al. A Randomized Controlled Trial Comparing Foster Care and Institutional Care for Children with Signs of Reactive Attachment Disorder. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 5, p. 508-514. 2012. Disponível em: <<http://www.psychnews.psychiatryonline.org/issue.aspx?journalid=13&issueid=22620>> Acesso em: 5 jun. 2012.

SMYKE, A. T. et al. The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 48, n. 2, p. 210-218, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x/pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

SOEJIMA, C. S.; BOLSANELLO, M. A. Programa de intervenção e atenção precoce com bebês na educação infantil. **Educar em Revista**, v. 43, p. 65-79, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/educar/article/viewArticle/26404>>. Acesso em: 5 mai. 2012.

SPITZ, R. A (1979). **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 3. ed. bras. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SQUIRES, J.; BRICKER, D.; TWONBY, E.; POTTER, L. **Ages e Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3)**: User's Guide. San Antonio, TX: Paul H. Brookes Publishing. 2009.

STACKS, A. M. et al. Effects of Placement Type on the Language Developmental Trajectories of Maltreated Children From Infancy to Early Childhood. **Child Maltreat**, v. 16, n. 4, p. 287-299, 2011. Disponível em: <<http://cmx.sagepub.com/content/16/4/287.full.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2012.

TABORDA, L.N.C. **Interações entre irmãos em acolhimento institucional: reflexões acerca das condições contextuais**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia).

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. 2011. Belém-Pa: Universidade Federal do Pará, 2011.

TANEJA, V. et al. Not by bread alone: impact of a structured 90-minute play session on development of children in an orphanage. **Child Care Health Dev**, v. 28, p. 95-100, 2002.

TIZARD, B.; JOSEPH A. Cognitive Development of Young Children in Residential Care: A study of children aged 24 months. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 11, n. 3, pp. 177–186. 1970. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1970.tb01024.x/pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

TIZARD, B.; REES, J. A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children. **Child Dev.** v. 45, n.1, p. 92-9, 1974. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1127754?uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101225959107>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

TIZARD, J.; TIZARD, B. The Social Development of Two Year Old Children in Residential Nurseries. **Education Resources Information Center (ERIC)**. p. 30, 1967. Disponível em: <<http://eric.ed.gov/PDFS/ED054854.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

TROUD, P. et al. Ages and stages questionnaires: Feasibility of postal surveys for child follow-up. **Early Human Development**, v. 87, n. 10, p. 671-676, 2011.

VAN IJZENDOORN M. H, MAARTJE P. C. M. L., JUFFER F. IQ of Children Growing Up in Children's Homes: A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. **Merrill-Palmer Quarterly**, v. 54, n. 3, pp. 341–366. 2008, Detroit. Disponível em: <<http://muse.jhu.edu/journals/mpq/summary/v054/54.3.van-ijzendoorn.html>>. Acesso em: 29 mar. 2009.

VAN IJZENDOORN, M. H. et al. I. children in institutional care: delayed development and resilience. 2011. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v. 76, n. 4, pp.: 8–30. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x/abstract>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

VAN LONDEN M. ,JUFFER F.,VAN IJZENDOORN M. H.; Attachment, cognitive, and motor development in adopted children : Short- term outcomes after international adoption. **Journal of Pediatric Psychology**. V. 32, n. 10, p. 1249–1258, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17709336>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

VAN WYK L. et al. Effects on (neuro) developmental and behavioral outcome at 2 years of age of induced labor compared with expectant management in intrauterine growth-restricted infants: long-term outcomes of the DIGITAT trial. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 206, n. 5, p. 406.e1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2812%2900138-X/abstract>>. Acesso em: mai. 2012.

WALKER, P. S. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **The Lancet**, v. 378, n. 9799, p. 1325 - 1338, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60555-2. Acesso em: 13 fev. 2012.

WILRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev Neurocienc**, v. 17,

n. 1, p. 51-56. ISSN 1984-4905, 2009. Disponível em: <www.revistaneurociencias.com.br>. Acesso em: 21 fev. 2012.

WILSON, S. L. et al. A preliminary study of the cognitive and motor skills acquisition of young international adoptees. **Children and Youth Services Review**, v. 30, n. 5, p. 585–596, 2008.

ZEANAH, C.H.; SMIKE, A.T.; SETTLES, L. **Orphanages as a developmental context for early childhood**. In: K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development*. New York: Blackwell, 2006, p. 424–454.

ZORTEA, L. E.; KREUTZ, C. M.; JOHANN, R. L. V. O. Imagem corporal em crianças institucionalizadas e em crianças não institucionalizadas. **Aletheia**, n. 27 p.111-125, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>>. Acesso em: 3 jul. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Observação Sistematizado

Roteiro de observação para bebês em instituições de acolhimento:

Observador/ nome: _____

Data da observação: _____

Local/is da observação: _____

Nome do bebê: _____

Idade do bebê: _____ Sexo: M () F ()

Bebês de 1 a 3 meses

Desenvolvimento Mental:

- | | | |
|----------------------------------------------|-------|------|
| 1- Se Aquieta Quando Carregado | S() | N() |
| 2- Olhos Seguem o Movimento da Pessoa | S () | N() |
| 3- Excita-se em Antecipação | S() | N() |
| 4- Ajusta-se na Antecipação de Ser Carregado | S() | N() |
| 5- Reconhece Visualmente o Responsável | S() | N() |
| 6- Olhos Seguem um objeto em varias direções | S() | N() |
| 7- Reage ao Desaparecimento do Rosto | S() | N() |
| 8- Observa um objeto por Três Segundos | S() | N() |
| 9- Demonstra Preferência Visual | S() | N() |

Desenvolvimento motor

- | | | |
|---------------------------------------------------------|------|------|
| 10- Balança os braços brincando | S() | N() |
| 11- Estica as Pernas Brincando | S() | N() |
| 12- Mantém a Cabeça Levantada por 3 Segundos se erguido | S() | N() |
| 13- Faz Movimentos de Engatinhar | S() | N() |
| 14- Vira de Costas | S() | N() |
| 15- Tenta Levar a Mão à Boca | S() | N() |

16- Mantém a Cabeça Firme Quando Carregado	S()	N()
--------------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento linguagem

17-Reage ao som	S()	N()
-----------------	-----	-----

18- emite sons vocálicos	S()	N()
--------------------------	-----	-----

19-responde a voz	S()	N()
-------------------	-----	-----

20-sorri	S()	N()
----------	-----	-----

21-procura localizar o som	S()	N()
----------------------------	-----	-----

22- Vocaliza Dois Sons de Vogais Diferentes (oo,aa)	S()	N()
-----------------------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento pessoal-social

23-Observa um rosto	S()	N()
---------------------	-----	-----

24- sorri em resposta	S()	N()
-----------------------	-----	-----

25-sorri espontaneamente	S()	N()
--------------------------	-----	-----

26-se aquieta quando carregada	S()	N()
--------------------------------	-----	-----

27- inspeciona em volta	S()	N()
-------------------------	-----	-----

28- reconhece visualmente o responsável	S()	N()
-----------------------------------------	-----	-----

29-tem reação de esquiva frente a estranhos	S()	N()
---------------------------------------------	-----	-----

Bebês de 4 a 6 meses

Desenvolvimento Mental

30- Chocalha brinquedo	S()	N()
------------------------	-----	-----

31- Consegue manipular um brinquedo	S()	N()
-------------------------------------	-----	-----

32- Tenta alcançar um objeto suspenso	S()	N()
---------------------------------------	-----	-----

33- Segura o objeto suspenso	S()	N()
------------------------------	-----	-----

34- Leva o objeto à Boca	S()	N()
--------------------------	-----	-----

35- Demonstra Reação com Novidades em Volta de Si	S()	N()
---------------------------------------------------	-----	-----

36- Responde Alegrementemente para a Imagem no Espelho	S()	N()
--------------------------------------------------------	-----	-----

37- Martelar com algum objeto duro	S()	N()
------------------------------------	-----	-----

38- Tenta alcançar um segundo objeto	S()	N()
--------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento motor

39- deitado mantém a cabeça na posição mediana	S()	N()
------------------------------------------------	-----	-----

40- fica de pé quando segurado pela cintura	S()	N()
---------------------------------------------	-----	-----

41- Senta-se com Sustentação	S()	N()
------------------------------	-----	-----

42- Mantém as Mãos Abertas	S()	N()
----------------------------	-----	-----

43- Vira de Lado	S()	N()
------------------	-----	-----

44- Senta Sozinho Momentaneamente	S()	N()
-----------------------------------	-----	-----

45- Usa Toda a Mão para Pegar um objeto	S()	N()
-----------------------------------------	-----	-----

46- Tenta Segurar um objeto pequeno	S()	N()
-------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento linguagem

47- grita	S()	N()
-----------	-----	-----

48- repete os sons feitos por outra pessoa	S()	N()
--------------------------------------------	-----	-----

49- vira-se quando chamado pelo nome	S()	N()
--------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento pessoal-social

50- inspeciona a(s) própria(s) mão(s)	S()	N()
---------------------------------------	-----	-----

51- demonstra reação com novidades em volta de si	S()	N()
---------------------------------------------------	-----	-----

52- brinca de esconde-achou	S()	N()
-----------------------------	-----	-----

53- come sozinho	S()	N()
------------------	-----	-----

Bebês de 7 a 9 meses

Desenvolvimento mental

54- Transfere Objeto de Uma Mão para Outra	S()	N()
--------------------------------------------	-----	-----

55- Retém dois objetos por três segundos	S()	N()
------------------------------------------	-----	-----

56- Manipula brinquedo e demonstra interesse nos detalhes	S()	N()
-----------------------------------------------------------	-----	-----

Desenvolvimento motor

57- Senta Sozinho Enquanto Brinca	S()	N()
-----------------------------------	-----	-----

58- Vira de Bruços	S()	N()
59- De pé faz os primeiros movimentos para caminhar	S()	N()
60- puxa para senta-se	S()	N()
61-Mantém-se em pé com o mínimo apoio	S()	N()
62-puxa para levantar-se	S()	N()
63- Gira o Tronco Quando Sentado Sozinho	S()	N()

Desenvolvimento linguagem

64- repete os proprios sons	S()	N()
65- combina silabas na imitação (mama, tatá, papa, etc.)	S()	N()

Desenvolvimento pessoal-social

66- bate palmas	S()	N()
67- mostra o que quer	S()	N()
68-dá tchau	S()	N()
69-responde a ‘vem’ estendendo os braços	S()	N()
70-para a atividade quando lhe dizem não	S()	N()

Bebês de 10 a 12 meses

Desenvolvimento mental

71- Coopera em Jogos	S()	N()
72- Mexe no copo com a mão	S()	N()
73- Usa Gestos para Dizer o que Quer	S()	N()
77- Responde a um Pedido Oral	S()	N()
75- Encontra um Objeto escondido	S()	N()
76- Rabisca Espontaneamente	S()	N()

Desenvolvimento motor

77- Muda de Sentado para Rastejando	S()	N()
78-Engatinha	S()	N()
79-caminha com auxílio	S()	N()

80- dá alguns passos sem apoio	S()	N()
81-sentado, se levanta	S()	N()
82- Anda Sozinho com Boa Coordenação	S()	N()
83- Agacha-se Brevemente	S()	N()
Desenvolvimento linguagem		
84- usa intencionalmente até uma palavra com significado	S()	N()
85- fala até 3 palavras balbuciando-as	S()	N()
Desenvolvimento pessoal-social		
86-imita a ação de uma pessoa	S()	N()
87-Bebe em um copo ou caneco	S()	N()
88-executa gestos simples a pedido	S()	N()
89-usa colher ou garfo para se alimentar	S()	N()
90- faz carinhos	S()	N()

COMENTÁRIOS:

ANEXOS

ANEXO A – Autorização judicial

ESTADO DO PARÁ
PODER JUDICIÁRIO
1ª VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE
COMARCA DA CAPITAL

Ofício nº 304/2007/JIJ–Gabinete

Belém, 12 de dezembro de 2007

Sra. Gerente,

Autorizo o ingresso dos Professores **Celina Maria Colino Magalhães, Janari da Silva Pedroso e Lilia Iêda Chaves Cavalcante**, bem como seus orientandos de Mestrado ou Doutorado para coletar dados, imagens e fontes documentais que desenvolverão trabalho vinculado ao Projeto de Pesquisa do desenvolvimento mental e motor de bebês cuidados em abrigo.

Outrossim, esclareço a V.Sa., que a visita deverá ser de acordo com as normas administrativas e horário fixado por essa gerência, assim, como, obedecidas as cautelas legais.

Atenciosamente,


José Maria Teixeira do Rosário
Juiz Titular

Ao Ilma. Sra.
Helena Lucia Rosário de Macedo
Gerente do Espaço de Acolhimento Infantil EAP-I
NESTA

ANEXO B – Carta de Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 216/11 CEP-ICS/UFPA

Belém, 02 de dezembro de 2011.

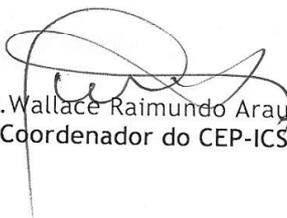
Prof^a. Greicyani Brarymi Dias

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL.” CAEE 0148.0.073.073-11 e parecer nº159/11 CEP-ICS/UFPA foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano CEP-ICS/UFPA, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 09 de novembro de 2011.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 de maio de 2012, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA



Questionário para 8 Meses

De 7 meses e 0 dia
até 8 meses e 30 dias

Nas páginas seguintes você encontrará perguntas sobre atividades que um bebê pode realizar. O bebê pode já ter feito algumas dessas atividades e outras ainda não. Marque **SIM** se o bebê realiza a atividade regularmente, **ÀS VEZES** se realiza eventualmente e **AINDA NÃO** caso não tenha começado a realizar a atividade.

Lembretes importantes:

- Tente cada atividade com o bebê antes de dar uma resposta.
- Faça do preenchimento deste questionário uma diversão para você e o bebê.
- Tenha certeza de que o bebê está descansado e alimentado.
- Por favor, devolva este questionário até _____

Notas:

COMUNICAÇÃO

	SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	
1. Quando você está fora da vista do bebê e o chama, ele olha na direção de onde vem a sua voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Quando ocorre um barulho alto , o bebê se vira para ver de onde veio o som?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Se você imita os sons que o bebê costuma fazer, ele repete os mesmos sons para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. O bebê produz sons parecidos com "dá", "gá", "cá" e "bã"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Quando você diz "Não, não" para o bebê, ele responde ao seu tom de voz e interrompe o que estiver fazendo, pelo menos por alguns instantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. O bebê produz dois sons repetidos como "ba-ba", "da-da" ou "ga-ga"? <i>(Esses sons não precisam ter significado.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

COMUNICAÇÃO: TOTAL ___

COORDENAÇÃO MOTORA AMPLA

	SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	
1. Quando você coloca o bebê no chão, ele se apoia nas mãos enquanto está sentado? <i>(Se ele já fica sentado sem se apoiar nas mãos, marque "sim" para esta questão.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Quando deitado de barriga para cima, o bebê rola e fica de barriga para baixo (bruços), sem deixar os braços debaixo do corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



COORDENAÇÃO MOTORA AMPLA

(continuação)

	SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	
3. O bebê se coloca na posição de engatinhar, se apoiando sobre as mãos e os joelhos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Se você segura as duas mãos do bebê apenas para equilibrá-lo, ele sustenta o próprio peso enquanto está de pé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. Quando está sentado no chão, o bebê fica ereto por vários minutos, sem usar as mãos como apoio?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—*
				
6. Quando você coloca o bebê de pé, perto de um móvel ou grade do berço, ele se segura sem se apoiar com o peito na mobília?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
COORDENAÇÃO MOTORA AMPLA: TOTAL				—

*Se no item 5 de Coordenação Motora Ampla a resposta for "sim" ou "às vezes", marque "sim" no item 1.

COORDENAÇÃO MOTORA FINA

	SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	
1. O bebê estende o braço para alcançar um pedacinho de pão ou biscoito e o toca com o dedo ou a mão? (Se ele já pega um objeto pequeno do tamanho de um grão de milho, marque "sim" para esta questão.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. O bebê pega um brinquedo pequeno, segurando-o na palma da mão e fechando a mão em torno do brinquedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
3. O bebê tenta pegar um pedacinho de pão ou biscoito arrastando todos os dedos sobre uma mesa ou outra superfície, mesmo que ele não consiga apanhá-lo? (Se ele já pega pedacinhos de pão ou biscoito, marque "sim" para esta questão.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. O bebê pega um brinquedo pequeno com apenas uma das mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				



COORDENAÇÃO MOTORA FINA

(continuação)

5. O bebê **já pega** um pedacinho de pão ou biscoito arrastando todos os dedos sobre uma mesa ou outra superfície? *(Se ele já pega pedacinhos de pão ou biscoito sem precisar arrastar com os dedos, marque "sim" para esta questão.)*



6. O bebê pega um brinquedo pequeno com as **pontas** dos dedos? *(Deve haver um espaço entre o brinquedo e a palma da mão.)**



SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COORDENAÇÃO MOTORA FINA: TOTAL ___

**Se no item 6 de Coordenação Motora Fina a resposta for "sim" ou "às vezes", marque "sim" no item 2.*

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1. O bebê pega um brinquedo e o **coloca** na boca?



2. Quando o bebê está deitado de barriga para cima e consegue ver o brinquedo que deixou cair, **ele tenta** pegá-lo?

3. O bebê brinca batendo um brinquedo no chão ou na mesa?



4. O bebê passa e repassa um brinquedo de uma mão para a outra?



5. O bebê pega dois brinquedos pequenos, **um em cada mão**, e os segura por cerca de um minuto?



6. Quando segura um brinquedo na mão, o bebê bate com **ele** contra outro brinquedo que está sobre a mesa ou outra superfície **plana**?



SIM	ÀS VEZES	AINDA NÃO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: TOTAL ___



PESSOAL/SOCIAL

- | | | SIM | ÀS VEZES | AINDA NÃO | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Quando está deitado de barriga para cima, o bebê brinca de pegar o pé? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Quando está na frente de um grande espelho, o bebê estende os braços para tocar a própria imagem? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. O bebê tenta pegar um brinquedo que esteja fora de seu alcance? (Ele pode rolar, arrastar-se sobre a barriga ou engatinhar para pegar o brinquedo.) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Quando está deitado de barriga para cima, o bebê coloca o pé na boca? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. O bebê toma água, suco ou leite em uma caneca enquanto você segura a caneca? (não use caneca com tampa nem bico.) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. O bebê come sozinho um biscoito? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

PESSOAL/SOCIAL: TOTAL —

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Usar os espaços abaixo para comentários adicionais.

1. O bebê movimenta os dois braços e as duas pernas igualmente bem? Se não, explique: SIM NÃO

2. Quando o bebê está de pé, ele põe os pés completamente na superfície na maioria das vezes? Se não, explique: SIM NÃO

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS** (continuação)

3. O bebê é quieto demais ou não emite sons como os outros bebês a ponto de preocupar você? SIM NÃO
Se sim, explique:

4. Algum dos pais do bebê tem histórico familiar na infância de surdez ou deficiência auditiva? SIM NÃO
Se sim, explique:

5. Você tem preocupações com a visão do bebê? Se sim, explique: SIM NÃO

6. O bebê teve problemas médicos nos últimos meses? Se sim, explique: SIM NÃO

7. Você tem preocupações com o comportamento do bebê? Se sim, explique: SIM NÃO

8. Algo mais a respeito do bebê preocupa você? Se sim, explique: SIM NÃO

ANEXO D – Questionário Bayley (Escala de Comportamento)
Formulário de Registro da
Escala do Comportamento

	Ano	Mês	Dia
Dia do Teste			
Dia do Nascimento			
Idade Cronológica			
Ajuste para Prematuridade			
Idade Corrigida			

Nome da Criança: _____ | Sexo: _____

Nome do Responsável: _____

Escola/Creche: _____

Professor(a): _____

Examinador(a): _____

Razão do Encaminhamento: _____

		Avaliação		
		1-5 Meses	6-12 Meses	13-42 Meses
Fator Atenção/Excitação	3. Estado Predominante			
	4. Duração do Estado de Alerta			
	5. Afetação Positiva			
	6. Afetação Negativa			
	7. Relaxamento quando Assustado			
	9. Energia			
	11. Interesse nos Materiais de Teste e Estímulos			
	13. Exploração dos Objetos e/ou Ambiente em Volta			
	19. Orientação para com o Examinador			
	Total do Fator Atenção/Excitação			
Fator Orientação/Participação	3. Estado Predominante			
	4. Duração do Estado de Alerta			
	5. Afetação Positiva			
	9. Energia			
	11. Interesse nos Materiais de Teste e Estímulos			
	12. Iniciativa com Tarefas			
	13. Exploração dos Objetos e/ou Ambiente em Volta			
	15. Persistência em Tentar Completar Tarefas			
	16. Entusiasmo para com Tarefas			
	17. Medo			
	19. Orientação para com o Examinador			
20. Participação Social				
Total do Fator Orientação/Participação				
Fator Regulação Emocional	6. Afetação Negativa			
	8. Hipersensibilidade aos Materiais de Teste e Estímulos			
	10. Adaptação às Mudanças nos Materiais de Teste			
	14. Atenção às Tarefas			
	15. Persistência em Tentar Completar Tarefas			
	18. Frustração com a Inabilidade para Completar Tarefas			
	19. Orientação para com o Examinador			
	21. Cooperação			
	29. Movimentos Frenéticos			
	30. Hiperatividade			
Total do Fator Regulação Emocional				
Fator Qualidade Motora	22. Movimento Motor Geral Necessário para Tarefas			
	23. Movimento Motor Específico Necessário para Tarefas			
	24. Controle do Movimento			
	25. Hipotonicidade			
	26. Hipertonicidade			
	27. Tremores			
	28. Movimentos Lentos e Retardados			
	29. Movimentos Frenéticos (Não adicione na Pontuação Bruta Total as Idades de 13-42 Meses)			
Total do Fator Qualidade Motora				
Itens Adicionais	7. Relaxamento quando Assustado			
	8. Hipersensibilidade aos Materiais de Teste e Estímulos			
	10. Adaptação às Mudanças nos Materiais de Teste			
	27. Tremores			
Total de Itens Adicionais				
Pontuação Bruta Total				
		1-5 Meses	6-12 Meses	13-42 Meses

Você deve obter informações para os itens 1 e 2 do responsável da criança para completar a avaliação.

7 Item **Avaliação (Circule)**

1. Avaliação Parental da Sessão de Testes

Pergunte ao Responsável: “O quão típico foi o comportamento de sua criança? O (a) (Nome da criança) brincou da forma que ele (a) normalmente brinca? Ele(a) estava alegre ou triste como quando costuma ficar? Estava alerta e ativo como quando costuma ficar?”

Muito incomum: o responsável nunca viu este tipo de comportamento	1
Na maior parte incomum	2
Um pouco típico: o responsável vê este tipo de comportamento em algumas ocasiões	3
Típico	4
Muito típico; o responsável sempre vê este tipo de comportamento	5

2. Avaliação Parental da Adequação dos Testes

Pergunte ao responsável: “Você acha que o (a) (nome da criança) fez o melhor que pôde? Você já viu o (a) (nome da criança) se sair melhor ou pior no tipo de coisa que fizemos aqui?”

Indicador pobre de performance ótima da criança; a criança sempre faz melhor	1
Pouco adequado	2
Adequado; a criança se sai bem, em média	3
Bom	4
Excelente; a criança jamais fará melhor	5

3. Estado Predominante

1-12 Meses

Sonolento ou dormindo	1
Tipicamente sonolento; uns poucos momentos acordado	2
Sonolento na metade do tempo; acordado e alerta na metade do tempo	3
Tipicamente acordado e alerta; uns poucos momentos de sonolência	4
Acordado e alerta	5

4. Duração do Estado de Alerta

1-12 Meses

Mudanças constantes do estado de sonolência ou de dormência para o estado de alerta	1
Mudanças frequentes do estado de sonolência ou dormência para o estado de alerta	2
Algumas mudanças do estado de sonolência ou dormência para o estado de alerta	3
Uma ou duas mudanças do estado de sonolência ou dormência para o estado de alerta	4
Estado constante de sonolência ou de alerta	5

5. Afetação Positiva

1-42 Meses

Nenhuma afetação positiva demonstrada	1
Uma ou duas breves demonstrações de afetação positiva	2
Três ou mais breves demonstrações de afetação positiva	3
Uma ou duas demonstrações de afetação positiva forte, intensa ou prolongada	4
Três ou mais demonstrações de afetação positiva forte, intensa ou prolongada	5

6. Afetação Negativa

1-42 Meses

Três ou mais demonstrações de afetação negativa forte, intensa ou prolongada	1
Uma ou duas demonstrações de afetação negativa forte, intensa ou prolongada	2
Três ou mais breves demonstrações de afetação negativa	3

Uma ou duas breves demonstrações de afetação negativa	4
Nenhuma afetação negativa demonstrada	5

7. Relaxamento quando Assustado

1-42 Meses

Não pode ser acalmado	1
Acalmado somente quando fisicamente reconfortado (carregado, tapinhas)	2
Acalmado somente quando lhe entregue um brinquedo ou objeto desejado	3
Acalmado quando lhe falam	4
Não necessita de auxílio externo para se acalmar	5

8. Hipersensibilidade aos Materiais de Teste e Estímulos

1-42 Meses

Constantemente hipersensível; a hipersensibilidade atrapalha o teste	1
Tipicamente hipersensível; volta à atividade do teste uma ou duas vezes	2
Ocasionalmente hipersensível	3
Tipicamente reage de forma apropriada; hipersensível em algumas ocasiões	4
Constantemente responde de forma apropriada	5

9. Energia

1-42 Meses

Falta consistentemente de animação ou energia; cansado ou fadigado	1
Tipicamente cansado ou fadigado; um ou dois períodos de animação ou energia	2
Metade do tempo animado ou com energia; metade do tempo cansado ou fadigado	3
Tipicamente animado ou com energia; um ou dois períodos cansado ou fadigado	4
Consistentemente animado ou com energia	5

10. Adaptação às Mudanças nos Materiais de Teste

1-42 Meses

Consistentemente resiste em entregar materiais e/ou recusa a aceitar novos materiais	1
Tipicamente resiste em entregar materiais e/ou recusa a aceitar novos materiais; faz uma ou duas transições facilmente	2
Faz fracas transições metade do tempo; faz boas transições metade do tempo	3
Tipicamente entrega materiais e aceita novos materiais; um ou duas transições fracas	4
Consistentemente entrega materiais e aceita novos materiais	5

11. Interesse nos Materiais de Teste e Estímulos

1-42 Meses

Nenhum interesse	1
Uma ou duas demonstrações de interesse	2
Interesse moderado	3
Muito interesse	4
Interesse constante	5

12. Iniciativa com Tarefas

6-42 Meses

Não mostra iniciativa de forma consistente	1
Tipicamente não mostra iniciativa; uma ou duas ocasiões de iniciativa	2
Mostra iniciativa na metade do tempo	3

Tipicamente mostra iniciativa; uma ou duas ocasiões de nenhuma iniciativa	4
Mostra iniciativa de forma consistente	5

13. Exploração dos Objetos e/ou Ambiente em Volta

1-42 Meses

Sem exploração	1
Uma ou duas ocasiões de exploração	2
Exploração moderada	3
Muita exploração	4
Exploração constante	5

14. Atenção às Tarefas

6-42 Meses

Constantemente “desligado” das tarefas; não corresponde	1
Tipicamente “desligado” das tarefas; responde em uma ou duas ocasiões	2
“Desligado” metade do tempo	3
Tipicamente corresponde; a atenção vagueia em uma ou duas ocasiões	4
Corresponde constantemente	5

15. Persistência em Tentar Completar Tarefas

6-42 Meses

Consistentemente falta persistência	1
Tipicamente não persistente; uma ou duas ocasiões de persistência	2
Falta de persistência na metade do tempo	3
Tipicamente persistente; falta persistência em uma ou duas ocasiões	4
Persistente de forma consistente	5

16. Entusiasmo para com Tarefas

6-42 Meses

Consistentemente não entusiasmado; nenhum interesse além de atender às tarefas	1
Tipicamente não entusiasmado; entusiasta em uma ou duas ocasiões	2
Não entusiasmado na metade do tempo	3
Tipicamente entusiasmado; não entusiasmado em uma ou duas ocasiões	4
Consistentemente entusiasmado	5

17. Medo

6-42 Meses

Constantemente com medo; nunca confiante	1
Tipicamente com medo; uma ou duas ocasiões de confiança	2
Medroso metade do tempo; confiante metade do tempo	3
Tipicamente confiante; uma ou duas ocasiões de medo	4
Constantemente confiante; nunca com medo	5

18. Frustração com a Inabilidade para Completar Tarefas

6-42 Meses

Consistentemente fica frustrado	1
Tipicamente fica frustrado	2
Ocasionalmente fica frustrado	3
Raramente fica frustrado	4
Nunca fica frustrado	5

19. Orientação para com o Examinador

1-42 Meses

Consistentemente evita ou resiste; nunca responde	1
Tipicamente evita ou resiste; uma ou duas ocasiões de responsividade	2
Evita ou resiste metade do tempo; responde metade do tempo	3
Tipicamente responde; uma ou duas ocasiões de resistência	4
Consistentemente responde; nunca evita ou resiste	5

20. Participação Social

6-42 Meses

Nenhuma tentativa para interagir socialmente	1
Uma ou duas tentativas para interagir socialmente	2
Algumas tentativas de interagir socialmente	3
Muitas tentativas de interagir socialmente	4
Constantes tentativas de interagir socialmente	5

21. Cooperação

6-42 Meses

Consistentemente resiste à sugestões ou pedidos	1
Tipicamente resiste à sugestões ou pedidos; uma ou duas ocasiões de cooperação	2
Resiste à sugestões ou pedidos na metade do tempo; coopera na metade do tempo	3
Tipicamente coopera; uma ou duas ocasiões de resistência	4
Consistentemente coopera	5

22. Movimento Motor Geral Necessário para Tarefas

1-42 Meses

Consistentemente inapropriado	1
Tipicamente inapropriado; uma ou duas ocasiões de movimento motor geral apropriado	2
Inapropriado na metade do tempo; apropriado na metade do tempo	3
Tipicamente apropriado; uma ou duas ocasiões de movimento motor geral inapropriado	4
Consistentemente apropriado	5

23. Movimento Motor Específico Necessário para Tarefas

6-42 Meses

Consistentemente inapropriado	1
Tipic. inapropriado; uma ou duas ocasiões de movimento motor específico apropriado	2
Inapropriado na metade do tempo; apropriado na metade do tempo	3
Tipic. apropriado; uma ou duas ocasiões de movimento motor específico inapropriado	4
Consistentemente apropriado	5

24. Controle do Movimento

1-42 Meses

Consistentemente desajeito ou desengonçado	1
Tipicamente desajeitado ou desengonçado	2
Desajeitado e desengonçado metade do tempo; suave ou coordenado metade do tempo	3
Tipicamente suave ou coordenado	4
Consistentemente suave ou coordenado	5

25. Hipotonicidade

1-42 Meses

Consistentemente hipotônico, como um boneco de pano	1
Tipicamente hipotônico; uma ou duas ocasiões de tônus muscular normal	2
Hipotônico metade do tempo; tônus muscular normal meta de do tempo	3
Tipicamente com tônus muscular normal; uma ou duas ocasiões de hipotonicidade	4
Ausência de hipotonicidade	5

26. Hipertonicidade**1-42 Meses**

Consistentemente hipertônico, músculo rijos e contraídos	1
Tipicamente hipertônico; uma ou duas ocasiões de tônus muscular normal	2
Hipertônico metade do tempo; tônus muscular normal meta de do tempo	3
Tipicamente com tônus muscular normal; uma ou duas ocasiões de hipertonicidade	4
Ausência de hipertonicidade	5

27. Tremores**1-42 Meses**

Constante	1
Freqüente	2
Ocasional	3
Não freqüente	4
Nenhum	5

28. Movimentos Lentos e Retardados**1-42 Meses**

Consistentemente lento e retardado	1
Tipicamente lento e retardado; uma ou duas ocasiões de movimentos com ritmo e cadência apropriados	2
Lento e retardado metade do tempo; movimentos com ritmo e cadência apropriados metade do tempo	3
Tipicamente com cadência e ritmo apropriados; uma ou duas ocasiões de movimento lento e retardado	4
Consistentemente com cadência e ritmo apropriados	5

29. Movimentos Frenéticos**1-42 Meses**

Consistentemente frenético	1
Tipicamente frenético; com uma ou duas ocasiões de movimentos com cadência e ritmo apropriados	2
Frenético metade do tempo; com ritmo e cadência apropriados metade do tempo	3
Tipicamente com ritmo e cadência apropriados; com uma ou duas ocasiões de movimentos frenéticos	4
Consistentemente com cadência e ritmo apropriados	5

30. Hiperatividade**6-42 Meses**

Consistentemente hiperativo; inquietação ou agitação nos movimentos	1
Tipicamente hiperativo; uma ou duas ocasiões de nível apropriado de atividade	2
Hiperativo metade do tempo; nível apropriado de atividade metade do tempo	3
Tipicamente não hiperativo; uma ou duas ocasiões de hiperatividade	4
Consistentemente não hiperativo; nunca inquieto ou agitado nos movimentos	5

ANEXO E – Questionário Bayley (Escala Mental)

Início 1 & 2 meses								
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
1 Mês	1. Repara Momentaneamente na Pessoa	Supino		14,19, 21				
	2. Se Aquece Quando Carregada	Supino						
	3. Responde à Voz	Supino						
	4. Inspecciona em Volta							
	5. Olhos Seguem o Movimento da Pessoa	Supino						
	6. Repara na Argola por 3 Segundos	Supino	Argola c/ Cordinha		15			
	7. Habitua-se ao Chocalho	Supino	Chocalho		8		Tentativa <input type="checkbox"/> 1 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	
	8. Discrimina entre o Sino e o Chocalho	Supino	Sino			7		
	9. Procura com os Olhos pelo Som	Sup, Cabeça Escorada	Sino & Chocalho			8		
	10. Vocaliza Quatro Vezes							
	11. Excita-se em Antecipação	Supino		12		2		
	12. Ajusta-se na Antecipação de Ser Carregado	Supino				11		
2 Meses	13. Reconhece Visualmente o Responsável	Supino		20	20			
	14. Sorri Quando o Examinador Fala	Supino		19,21, 33		1		

15. Olhos Seguem a Argola (Percurso Horizontal)	Supino	Argola c/ Cordinha		16	6		
16. Olhos Seguem a Argola (Percurso Vertical)	Supino	Argola c/ Cordinha		17	15		
17. Olhos Seguem a Argola (Movimento Circular)	Supino	Argola c/ Cordinha		18	16		
18. Olhos Seguem a Argola (ARCO)	Sup, Cabeça Escorada	Argola c/ Cordinha		37	17		
19. Sorri Quando o Examinador Sorri	Supino		21,33		14		
Observações Incidentais	Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página						

Início 3 & 4 meses				Término 1 & 2 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
3 Meses	20. Reage ao Desaparecimento do Rosto	Supino				13		
	21. Vocaliza Quando o Examinador Fala	Supino		33		19		
	1 mês 22. Vocaliza Dois Sons de Vogais Diferentes					10		
	23. Olha Rapidamente do Sino para o Chocalho	Sup. Cabeça Escorada	Sino & Chocalho		35	9	Critério de Pontuação: 2 de 3	
	24. A Cabeça Segue a Argola	Sentado	Argola c/ Cordinha			18		
	25. Observa o Cubo por Três Segundos	Sentado	1 Cubo					
	26. Habitua-se ao Estímulo Visual 30 Segundos	Sentado	Cartão 26, Suporte e Cronômetro		27			
	27. Discrimina Padrões Visuais Novos 10 S. p Cartão	Sentado	Cartão 27 A-B, Suporte e Cronômetro		28	26	C. Pt: 2 de 2 Cartão 27A_ 27B_	
	28. Demonstra Preferência Visual 15 S. por Cartão	Sentado	Cartão 28 A-B, Suporte e Cronômetro		29	27	Critér P.: 2 de 2 Cartão 28A_ 28B_	
29. Prefere Novidade A: 20 Seg. B: 10 Seg. C: 10 Seg.	Sentado	Cartão 29 A-C, Suporte e Cronômetro			28	Critério de Pontuação: 2 de 2 Cartão29A <input type="checkbox"/> Cartão29B <input type="checkbox"/> Cartão29C <input type="checkbox"/>		
4 Meses	30. Vira a Cabeça para o Som	Sentado	Sino & Chocalho			23		
	31. Vocaliza Atitude						Prazer _____ Desprazer _____ Birra _____ Satisfação _____ Outros _____	
	32. Olhos Seguem a Bola Rolando pela Mesa	Sentado	Bola					
	33. Vocaliza Quando o Examinador Sorri	Supino				21		
	34. Inspecciona a(s) Própria(s) Mão(s)							
	35. Brinca com o Chocalho	Supino	Chocalho					
	36. Olhos Seguem o Bastão	Supino	Vara					
2 meses 37. Manipula a Argola	Supino	Argola c/ Cordinha	40	38				
Observações Incidentais								Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 5, 6 & 7 meses				Término 3 & 4 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
	38. Tenta Alcançar a Argola Suspensa	Supino	Argola c/ Cordinha	39		37		
	39. Segura a Argola Suspensa	Supino	Argola c/ Cordinha			38		
	3 meses 40. Leva a Argola à Boca		Argola c/ Cordinha			39		
	41. Aproxima da Imagem no Espelho	Sentado	Espelho	49,50				
5 Meses	42. Tenta Alcançar o Cubo	Sentado	3 Cubos	44,45,53,57,58,65				
	43. Alcança com Persistência	Sentado	Cubo, Coelhoinho ou Outro Brinquedo Pequeno					
	44. Usa Coordenação Olho (e) -Mão para alcançar	Sentado	3 Cubos	45,53,57,58,65		42		
	45. Pega o Cubo	Sentado	3 Cubos	53,57,58,65,(M)31		44		
	46. Fixa o Desaparecimento da Bola por 2 Segundos	Supino	Anteparo e Bola					
	47. Demonstra Reação com Novidades em Volta de Si							
	48. Brinca com a Cordinha	Sentado	Argola c/ Cordinha	62	62			
6 Meses	49. Sorri para a Imagem no Espelho	Sentado	Espelho	50		41		
	50. Responde Alegrementemente para a Imagem no Espelho	Sentado	Espelho			49		
	51. Olha as Bolinhas	Sentado	Bolinhas de Açúcar	(M)41,(M)32				
	4 meses 52. Martelar na Brincadeira	Sentado	Colher ou Outro Objeto Duro					
7 Meses	53. Tenta Alcançar o Segundo Cubo	Sentado	3 Cubos	57,58,65		45		
	54. Transfere Objeto de Uma Mão para Outra		Chocalho, Argola c/ Cordi. Colhe ou Outro Obj.Duro					
	55. Mexe na Xícara Virada	Sentado	Xícara, Cubo, Coelhoinho ou Outro Brinquedo Peq.	67				
	38. Tenta Alcançar a Argola Suspensa	Supino	Espelho e Colher					
	Observações Incidentais	Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página						

Início 13 & 14-16 meses				Término 8, 9, 10 & 11 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
13 Meses	75. Tentar Segurar Três Cubos	Sentado	3 Cubos			65		
	76. Balbucia Expressivamente					71		
	77. Empurra o Carrinho	Sentado	Carrinho					
	78. Vocaliza Quatro Combinações Vogal-Consoante Diferentes					76	Combinação(ões) Vogal-Consoante:	
	79. Coloca os Dedos na Tábua de Pinos	Sentado	Tábua de Pinos (sem os pinos)					
	80. Remove a Tampa da Caixa	Sentado	Caixa, Tampa Sólida, Cubo ou Outro Brinquedo Pequeno			72	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1__2__3__	
	81. Responde a um Pedido Oral					70		
	8 meses 82. Suspende a Argola pela Cordinha	Sentado	Argola c/ Cordinha			62		
	83. Bate no Brinquedo em Imitação	Sentado	Brinquedo de Apertar					
	84. Encontra um Objeto	Sentado	Coelhinho e 2 Xícaras		96	67	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1__2__3__	
85. Remove a Bolinha da Garrafa	Sentado	Bolinhas de Açúcar e Garrafinha						
9 meses 86. Põe Três Cubos na Xícara	Sentado	Xícara e 9 Cubos		95	74	Número de Cubos na Xícara ____		
14-16 Meses	10 meses 87. Coloca um pino repetidamente 70 Segundo	Sentado	Tábua de Pinos, 6 Pinos Amarelos e Cronômetro	98		79	Número de Pinos: Tentativa 1__2__3__ Tempo: Tentativa 1__2__3__	
	88. Recupera o Brinquedo (CAIXA TRANSPARENTE I)	Sentado	Caixa Transparente, Coelhinho ou Outro Brinquedo Pequeno		105			
	89. Coloca Seis Cubinhos Perfurados na Caixa	Sentado	Caixa, Tampa com Buraco e 8 Cubinhos Perfurados				Critério de Pontuação: 6 de 8 Número de Cubinhos ____	
	90. Coloca Uma Peça (TABULEIRO AZUL) 150 Segundo	Sentado	Tabuleiro Azul; 4 Peças Redondas e 5 Quadradas (Conjunto Azul) e Cronômetro				Número de Peças ____ Tempo ____	
	91. Rabisca Espontaneamente	Sentado	Giz-de-Cera & Papel		103	60		
11 meses 92. Fecha o Pote Redondo	Sentado	Pote Redondo						

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 17-19 meses				Término 12 & 13 meses																											
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O																							
				Pont.	Aplic.																										
17-19 Meses	93. Coloca a Peça Redonda 180 Segundos	Sentado	Tabuleiro rosa; peças quadradas, triangulares e redondas (conj. vermelho) e Cronômetro																												
	94. Imita Palavra					63																									
	95. Bota Nove Cubos na Xícara	Sentado	Xícara e 9 Cubos			86	Número de Cubos na Xícara _____																								
	96. Encontra o Brinquedo Embaixo das Xícaras Viradas	Sentado	2 Xícaras e Coelhoinho			102	84	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1__2__3__																							
	97. Constrói Torre de Dois Cubos	Sentado	12 Cubos	123			Número de Cubos: Tentativa 1__2__3__																								
	98. Coloca os Pinos em 70 Segundos	Sentado	Tábua de Pinos, 6 Pinos Amarelos e Cronômetro	119			87	Número de Pinos: Tentativa 1__2__3__ Tempo: Tentativa 1__2__3__																							
	99. Aponta para Duas Figuras	Sentado	Livreto de Estímulos	109,122,133				Critério de Pontuação: 2 de 10 <table border="1"> <tr> <td>Nomeia</td> <td>Aponta para</td> </tr> <tr> <td>Sapato</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Xícara</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Casa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relógio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Livro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peixe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estrela</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Folha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Carro</td> <td></td> </tr> </table>	Nomeia	Aponta para	Sapato		Cão		Xícara		Casa		Relógio		Livro		Peixe		Estrela		Folha		Carro		
	Nomeia	Aponta para																													
	Sapato																														
	Cão																														
	Xícara																														
	Casa																														
	Relógio																														
	Livro																														
	Peixe																														
	Estrela																														
Folha																															
Carro																															
12 meses 🍷 100. Usa Apropriadamente Duas Vogais Diferentes						94	Palavras:																								
101. Mostra os Sapatos, Outra Vestimenta ou Objeto						81	Roupa/Objeto:																								
102. Recupera o Brinquedo	Sentado	2 Xícaras e Coelhoinho				96	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1__2__3__																								
103. Imita a Linha do Giz de Cera	Sentado	2 Gizes-de-Cera & Papel			116	91																									
104. Usa a Vara para Fisgar o Brinquedo	Sentado	Coelhoinho & Vara																													
13 meses 🍷 105. Recupera o Brinquedo	Sentado	Caixa Transparente e Coelhoinho ou Outro Brinquedo Pequeno				88	Critério de Pontuação: 2 de 2 Tentativa 1__2__																								
106. Usa Palavra(s) Para Dizer O Que Quer						100	Palavras:																								

Início 20-22 & 23-25 meses		Término 14-16 meses		Próximo Item Pont.	Item Anterior na Série		Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais		Aplic.			
20-22 Meses	107. Segue Instruções (BONECA)	Sentado	Boneca, Colher, Pente e Lenço Facial			101	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1__2__3__	
	108. Aponta para Três Partes do Corpo da Boneca	Sentado	Boneca			107	Critério de Pontuação: 3 de 7 Cabelo__Boca__Ouvido__ Mãos__Olhos__Pés__ Nariz__	
	109. Nomeia Uma Figura	Sentado	Livreto de Estímulos	122,133		99	Critério de Pontuação: 1 de 10 Nomeia Aponta para Sapato _____ Cão _____ Xícara _____ Casa _____ Relógio _____ Livro _____ Peixe _____ Estrela _____ Folha _____ Carro _____	
	110. Nomeia um Objeto	Sentado	Bola, Livro de Figuras, Lápis, Colher e Xícara	126			Critério de Pontuação: 1 de 5 Bola__Livro__Xícara__ Colher__Lápis__	
	14-16 meses ♡ 111. Combina Palavra e Gesto					106		
	112. Coloca Quatro Peças em 150 Segundos (TABULEIRO AZUL)	Sentado	Tabuleiro Azul; 4 Peças Redondas e 5 Quadradas (Conjunto Azul) e Cronômetro	130		90	Número de Peças____ Tempo____	
23-25 Meses	113. Diz Oito Palavras Diferentes					111	Palavras:	
	114. Usa Uma Frase de Duas Palavras					113	Orações:	
	115. Completa o Tabuleiro Cor-de-Rosa 180 Segundos	Sentado	Tabuleiro Rosa; Peças Quadradas, Redondas e Triangulares (Conjunto vermelho) e Cronômetro		120	93		
	116. Diferencia Rabiscos das Linhas	Sentado	2 Gizes-de-Cera & Papel	139		103		
	117. Imita uma Sentença de Duas Palavras					113		
118. Identifica Objetos na Fotografia	Sentado	Object Tray, Coelhoinho, Sino, Cubo, Carrinho, Peça Triangular (Conjunto vermelho), Anteparo e Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 2 de 5 Coelhoinho__Sino__Cubo__ Carro__Triângulo__		
	Observações Incidentais	Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página						

Início 26-28 meses				Término 17-19 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
	119. Coloca Pinos em 25 Segundos	Sentado	Tábua de Pinos, 6 Pinos Amarelos e Cronômetros			98	Número de Pinos: Tentativa 1__2__3__ Tempo: Tentativa 1__2__3__	
	120. Completa o Tabuleiro Cor-de-rosa Invertido	Sentado	Tabuleiro Rosa, Peças Quadradas, Redondas e Triangulares (Conjunto Vermelho)			115		
	121. Usa Pronome(s)						Pronomes:	
	122. Aponta para Cinco Figuras	Sentado	Livreto de Estímulos	133		109	Critério de Pontuação: 5 de 10 Nomeia Aponta para Sapato _____ Cão _____ Xícara _____ Casa _____ Relógio _____ Livro _____ Peixe _____ Estrela _____ Folha _____ Carro _____	
26-28 Meses	123. Constrói Torre de Seis Cubos	Sentado	12 Cubos	135		97	Número de Cubos: Tentativa 1__2__3__	
	124. Discrimina Livro, Cubo e Chave	Sentado	Livro de Figuras, Cubo e Chave				Critério de Pontuação: 3 de 3 Cubo__Chave__Livro__	
	125. Correlaciona as Figuras	Sentado	Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 3 de 4 Avião__Triciclo__Árvore__ Telefone__	
	126. Nomeia Três Objetos	Sentado	Bola, Livro de Figuras, Lápis, Colher e Xícara			110	Critério de Pontuação: 3 de 4 Bola__Livro de Figura__ Xícara__Colher__Lápis__	
	17-19 meses 127. Usa uma sentença de 3 Palavras					117	Sentenças:	
	128. Correlaciona Três Cores	Sentado	Livreto de Estímulos, Discos Vermelhos, Amarelos e Azuis		137		Vermelho__Amarelo__Azul__	
	129. Faz uma Frase Subordinada					127	Oração:_____	
Observações Incidentais			Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página					

Início 29-31, 32-34 & 35-37 meses		Término 20-22 meses		Próximo Item	Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O	
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Pont.	Aplic.			
	130. Completa o Tabuleiro Azul em 75 Segundos	Sentado	Tabuleiro Azul; 4 Peças Redondas e 5 Quadradas (Conjunto Azul) e Cronômetro		112	Número de Peças _____ Tempo _____		
29-31 Meses	131. Presta Atenção na História	Sentado	Livro de Figuras	142	73			
	132. Coloca Contas no Tubo em 120 Segundos	Sentado	Tubo, Colar de Contas e Cronômetro					
	133. Nomeia Cinco Figuras	Sentado	Livreto de Estímulos		122	Critério de Pontuação: 5 de 10 Nomeia Aponta para Sapato _____ Cão _____ Xícara _____ Casa _____ Relógio _____ Livro _____ Peixe _____ Estrela _____ Folha _____ Carro _____		
	134. Demonstra Compreensão Verbal	Sentado	Livreto de Estímulos			Critério de Pontuação: 3 de 6 Tentativa 1__2__3__4__5__6__		
	20-22 meses 135. Constrói Torre de Oito Cubos	Sentado	12 Cubos		138	123	Número de Cubos: Tentativa 1__2__3__	
32-34 Meses	136. Faz Pergunta(s)					129	Questão(ões):	
	137. Correlaciona Quatro Cores	Sentado	Livreto de Estímulos, Discos Vermelho, Amarelo, Azul, Preto e Verde			128	Critério de Pontuação: 4 de 5 Vermelho__Amarelo__Azul__ _ Preto__Verde__	
	138. Constrói Trenzinho de Cubos	Sentado	10 Cubos			135		
	139. Imita Linha Vertical e Horizontal	Sentado	2 Gizes-de-Cera & Papel			116	Vertical__Horizontal__	
35-37 Meses	140. Entende Duas Preposições	Sentado	2 Xícaras e Coelhoinho	153			Critério de Pontuação: 2 de 6 Sobre__Em__Sob__ Entre__Atrás de__ Na Frente de__	
	141. Entende o Conceito de Um	Sentado	3 Cubos					
	142. Produz Frases de Múltiplas Palavras em Resposta ao Livro de Figuras	Sentado	Livro de Figuras			131	Orações:	
Observações Incidentais		Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página						

Início 38-42 meses		Término 23-25, 26-28 & 29-31 meses							
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/Critérios de Pontuação/Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O	
				Pont.	Aplic.				
38-42 Meses	143. Reconhece Formas Geométricas	Sentado	Peças Redondas, Quadradas e Triangulares (Conjunto Vermelho) e Anteparo				Critério de Pontuação: 2 de 3 Círculo___Quadrado___ Triângulo___		
	144. Discrimina Figuras I	Sentado	Livreto de Estímulos		151		Critério de Pontuação: 2 de 2 Maçã___Girafa___		
	145. Compara Tamanhos	Sentado	Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 2 de 2 Grande Árvore___Pequena Árvore___		
	146. Conta (NOMES DE NÚMEROS)	Sentado				164	Número Contado até:___		
	147. Compara Massas	Sentado	2 Caixas (Fechadas)				Critério de Pontuação: 2 de 2 Tentativa 1___2___		
	23-25 meses 148. Usa o Tempo Passado						Uso do Passado:		
	149. Constrói Ponte	Sentado	6 Cubos			150	138		
	150. Constrói Parede	Sentado	8Cubos				149		
	151. Discrimina Figuras II	Sentado	Livreto de Estímulos				144	Critério de Pontuação: 2 de 2 Bezerro___Macaco___	
	152. Repete Seqüência de Três Números	Sentado						Critério de Pontuação: 3 de 4 A___B___C___D___	
	153. Entende Quatro Preposições	Sentado	2 Xícaras e Coelho				140	Critério de Pontuação: 4 de 6 Sobre___Em___Sob___ Entre___Atrás de___ Na Frente de___	
	26-28 meses 154. Identifica o Gênero	Sentado						Critério de Pontuação: Tentativa 1 e resposta correta no 2 ou 3 Tentativa 1___2___3___	
	155. Nomeia Quatro Cores	Sentado	Livreto de Estímulos				137	Critério de Pontuação: 4 de 5 Vermelho___Amarelo___Azul___ Preto___Verde___	
	156. Entende o Conceito de Mais	Sentado	8 Cubos				141	Critério de Pontuação: 2 de 2 Tentativa 1___2___	
	157. Conta (correspondência de um para um)	Sentado	5 Cubos				146		
	29-31 meses 158. Entende a perspectiva de outrem I	Sentado	Caixa (Fechada) & Coelho				172		
159. Conta (ordem numérica estável)	Sentado					157			
160. Lembra Seqüência	Sentado						Critério de Pontuação: Sucesso em Triscar/Tocar/Palmas___ Triscar___Tocar/Palmas___		
161. Discrimina Padrões	Sentado	Livreto de Estímulos					Critério de Pontuação: 2 de 3 Quadrado___Triângulo___E___		

🕒 Término 32-34, 35-37 & 38-42 meses								
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item	Item Anterior na Série		Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
	162. Selecciona Pinos pela Cor	Sentado	4 Pinos Vermelhos, 4 Amarelos e 4 Azuis & 3 Sacos Plásticos					
	163. Discrimina Tamanhos	Sentado	Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 2 de 3 Cesto _____ Maior _____ Tampa Média _____ Sapato Menor _____	
	164. Conta (CARDINAIS)	Sentado	5 Cubos	157	175	159	Critério de Pontuação: 2 de 2 Respostas: Tentativa 1 ____ 2 ____	
	165. Completa Tabuleiro Azul em 30 Segundos	Sentado	Tabuleiro Azul; 4 Peças Redondas e 5 Quadradas (Conjunto Azul) e Cronômetro			130	Número de Peças: _____ Tempo: _____	
	32-34 meses 🕒 166. Identifica Três Figuras Incompletas	Sentado	Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 3 de 3 (pela segunda página na tentativa) Tentativa 1 ____ 2 ____ 3 ____	
	167. Relaciona Sequência Temporal de Eventos	Sentado					Eventos:	
	35-37 meses 🕒 168. Completa Padrões	Sentado	Tábua de Pinos, 4 Pinos Vermelho, 3 Azuis e 2 Amarelos			162	Critério de Pontuação: 2 de 2 Tentativa 1 ____ 2 ____	
	169. Acha o Caminho Mais Rápido no Mapa	Sentado	Mapa e Carrinho		170		Critério de Pontuação: Crédito na Primeira Tentativa Tentativa 1 ____ 2 ____	
	170. Acha o Caminho Alternativo no Mapa	Sentado	Mapa, Carrinho e Palito		171	169		
	171. Pega Dois Amigos no Mapa	Sentado	Mapa & Carrinho			170		
	172. Entende a Perspectiva de Outrem II	Sentado	Caixa (Fechada) e Coelhoinho			158		
	173. Constrói um T	Sentado	10 Cubos		176	150		
	174. Classifica Objetos	Sentado	Livreto de Estímulos				Critério de Pontuação: 2 de 3 Trem _____ Lâmpada _____ Banana _____	
	175. Conta (SEM VARIAÇÃO NA ORDEM)	Sentado	5 Cubos			164	Resposta:	
	176. Constrói Degraus	Sentado	12 Cubos			173		
	177. Compreende Tarefas Congruentes e Incongruentes	De Pé						
	38-42 meses 🕒 178. Resolve Problema da Construção de Ponte	Sentado	Livreto de Estímulos e 3 Palitos					
Observações Incidentais		Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página						

Id. Dês.	COGNITIVO	Id. Des.		LINGUAGEM	Id. Des.		SOCIAL	Id. Des.		MOTOR	Id. Des.		Id. Des.	
	Mental			Motor			Mental			Motor				Mental
42	155,156,157,158,159,160 161,162,163,164,165,166,167 168,169,170,171,172,173 174,175,176,177,178	104,105, 111		155,156,159 164,166,167,172,177			158	98		165,169			98,99,100,101 102,103,104 105,106,107 108,109,110 111	42
41	154			154										41
40													97	40
39				153										39
38	152			148,152										38
37														37
36	151	96											96	36
35	149			142										35
34	146,147,150			146										34
33													95	33
32	145	92											92,93,94	32
31														31
30	141,143			141				91					91	30
29														29
28														28
27	144	88											88	27
26	137,138,139			140						139			86,89,90	26
25													87	25
24	135			136						135				24
23													83,84,85	23
22	130			134						130				22
21	132			129,133						132			80,82	21
20	128			126,127										20
19	112,123,124,125,131			121,124,131						112,123			79,81	19
18	119,120,122			117						119,120				18
17	115,116,118			114,118,122						115,116			75	17
16				113									74,78	16
15		76		111									76,77	15
14	99			99,106,108,109,110									73	14
13	90,102,103,104,105			107						90,103			71,72	13
12	87,93,96,97,98			100,101						87,93,97,98			65,67,68,68,70	12
11	91,92,95			94						91,92			66	11
10	88,89									89			63,64	10
9	82,83,84,85,86			76			83			82			58,59,61,62	9
8	73,75,77,79,80			71,78,81						73,75,77,79			60	8

7	72,74	70		74	49,50,51,52,53 54,55,56,57	7
6	62,64,65,66,67,69	68	64	62,65,66,67	42,43,44,45 46,47,48	6
5	53,54,56,57,58,59,60	61,63		53,54,57,58,59	34,36,37,38,39 40,41	5
4	34,44,45,46,48 49,50,51,52,55	32	49,50	43,44,45,48,52,55	28,30,31,32 33,35	4
3	29,34,35,36,37 38,39,40,41,42,47		41	38,39,40,42	19,21,22,23,24 25,26,27,29	3
2	17,18,20,23,24,25 26,27,28,30,32	21,22,31,33	19,20,33	30	7,11,12,13,15 16,17,18,20	2
1	4,5,6,7,8,9,11,12,15,16	3,10	1,2,3,5,11,12,13,14		1,2,3,4,5 6,8,9,10,14	1

ANEXO F – Questionário Bayley (Escala Motora)

Formulário de Registro da Escala Motora

	Ano	Mês	Dia
Dia do Teste			
Dia do Nascimento			
Idade Cronológica			
Ajuste para Prematuridade			
Idade Corrigida			

Nome da Criança:

Sexo:

Nome do Responsável:

Escola/Creche:

Professor(a):

Examinador(a):

Razão do Encaminhamento:

Início 1, 2 & 3 meses								
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
1 Mês	1. Balança os Braços Brincando	Supino						
	2. Estica as Pernas Brincando	Supino						
	3. Levanta a Cabeça Quando Descansa no Ombro	Supino		4,5,7	15			
	4. Mantém a Cabeça Levantada por 3 Segundos	Erguido à Altura dos Ombros		5,7	3			
	5. Ajusta a Postura Quando Descansa no Ombro	Erguido à Altura dos Ombros		7	4			
	6. Mãos Cerradas							
2 Meses	7. Mantém a Cabeça Levantada e Firme por 15 Segundos	Erguido à Altura dos Ombros				5		
	8. Levanta a Cabeça (SUSPENSÃO DORSAL)	Erguido						
	9. Levanta as Pernas por 2 Segundos	Supino						
	10. Faz Movimentos de Engatinhar	Pronação						
3 Meses	11. Vira de Costas	Supino						
	12. Tenta Levar a Mão à Boca							
	13. Retém a Argola	Supino	Argola com Cordinha					
	14. Ajusta a Cabeça ao Ser Suspenso (VENTRE PARA BAIXO)	Pronação				8		
	15. Mantém a Cabeça Firme Quando Carregado	Erguido à Altura dos Ombros				7		
	16. Demonstra Movimentos Assimétricos	Supino						

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 4, 5 & 6 meses				Término 1, 2 & 3 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
4 Meses	17. Mantém a Cabeça na Posição Mediana	Supino						
	1 mês 18. Eleva-se pelos Braços	Pronação						
	19. Balança a Cabeça	Erguido				15		
	20. Mantém a Cabeça a 45° e Abaixa Controladamente	Pronação		24				
	2 meses 21. Senta-se com Sustentação	Sentado		22,28,34				
	22. Senta-se com Leve Sustentação por 10 Segundos	Sentado		28,34,36		21		
	23. Mantém as Mãos Abertas					6		
5 Meses	24. Mantém a Cabeça a 90° e Abaixa Controladamente	Pronação				20		
	25. Muda o Braço de Apoio	Pronação				18		
	26. Vira de Lado	Supino	Chocalho ou Sino	38		11		
6 Meses	27. Gira o Pulso		Cubo, Chocalho, Sino ou Outro Brinquedo Pequeno					
	28. Senta Sozinho Momentaneamente	Sentado		34,36		22		
	3 meses 29. Usa Toda a Mão para Pegar a Vara	Sentado	Vara				Tipo de Pegada:	
	30. Tenta Alcançar Unilateralmente						Mão _____	
	31. Usa a Oponibilidade Parcial do Polegar para Pegar o Cubo	Sentado	Cubo	37				
	32. Tenta Segurar a Bolinha de Açúcar	Sentado	Bolinhas de Açúcar	41				

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 7 & 8 meses		Término 4, 5 & 6 meses						
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
	33. Força para uma Posição de Sentar	Supino		45				
	34. Senta Sozinho por 30 Segundos🕒	Sentado	🕒	36		28		
7 Meses	4 meses 🖐️ 35. Senta Sozinho Enquanto Brinca	Sentado	Coelho, Sino, Chocalho ou Outro Brinquedo Pequeno			34		
	36. Senta Sozinho Firmemente	Sentado				35		
	37. Usa a Ponta dos Dedos para Pegar o Cubo	Sentado	Cubo			31		
	38. Vira de Bruços	Supino	Sino ou Chocalho			26		
	39. Agarra o Pé com as Mãos	Supino	Lenço Facial					
	40. Faz os Primeiros Movimentos de Passadas	De Pé			44			
	5 meses 🖐️ 41. Usa Toda a Mão para Pegar a Bolinha de Açúcar	Sentado	Bolinha de Açúcar	49,56		32		
8 Meses	42. Tenta Erguer-se para Sentar	Supino	Sino ou Chocalho					
	43. Move-se para a Frente usando Métodos de Deslocamento	Sentado	Sino ou Chocalho			25		
	44. Suporta o Peso Momentaneamente	De Pé		46,53		40		
	45. Puxa a Si Mesmo para se Levantar	Supino				33		
	46. Muda o Pé de Apoio	De Pé		53		44		
	47. Ergue-se para Sentar	Supino	Sino ou Chocalho			42		
	5 meses 🖐️ 48. Traz as Colheres ou os Cubos para uma Posição Mediana	Sentado	2 Colheres ou Cubos					

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 9, 10, 11, 12, 13 & 14-16 meses				Término 7, 8, 9 & 10 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
9 Meses	49. Usa a Oponibilidade Parcial do Polegar para Agarrar a Bolinha de Açúcar	Sentado	Bolinhas de Açúcar	56		41		
	50. Gira o Tronco Quando Sentado Sozinho	Sentado	Sino			36	Critério de Pontuação: 1 de 2 Tentativa 1 _____ 2 _____	
10 Meses	7 meses 🖐️ 51. Muda de Sentado para Rastejando	Sentado	Sino			50		
	52. Ergue-se para Ficar em Pé	Supino	Sino ou Chocalho			47		
	53. Tenta Andar	De Pé		60,61		46		
11 Meses	54. Anda de Lado Enquanto se Apóia na Móvel	De Pé				53		
	55. Senta	De Pé						
	56. Usa a Ponta dos Dedos para Pegar a Bolinha de Açúcar	Sentado	Bolinhas de Açúcar			49		
	57. Usa a Oponibilidade Parcial do Polegar para Agarrar a Vara	Sentado	Vara			29		
12 Meses	58. Agarra o Lápis pela Extremidade mais Distante	Sentado	Lápis & Papel	70				
	59. Se Levanta I	Sentado		68		52		
	8 meses 🖐️ 60. Anda com Auxílio	De Pé		61,62,63		54		
13 Meses	61. Fica de Pé Sozinho	De Pé		62,63		60		
	9 meses 🖐️ 62. Anda Sozinho	De Pé		63		61	Número de Passos: _____	
14-16 Meses	63. Anda Sozinho com Boa Coordenação	De Pé	Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança			62	Número de Passos: _____	
	10 meses 🖐️ 64. Arremessa a Bola	De Pé	Bola					

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 17-19, 20-22, 23-25 & 26-28 meses				Término 11, 12, 13 & 14-16 meses				
Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Anterior na Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pont.	Aplic.			
17-19 Meses	65. Agacha-se Brevemente	De Pé				55		
	66. Sobe a Escada com Auxílio	De Pé	Escadas e Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança	79	69			
	67. Anda de Costas	De Pé	Brinquedo de Puxar			63	Número de Passos_____	
	68. Se Levanta II	De Pé				59		
	11 meses 🖐️ 69. Desce a Escada com Auxílio	De Pé	Escadas e Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança	80		66		
20-22 Meses	70. Agarra o Lápis pelo Meio	Sentado	Lápis & Papel	74,75,90		58		
	71. Anda de Lado	De Pé	Brinquedo de Puxar			67		
	12 meses 🖐️ 72. Fica em Pé sobre a Perna Direita com Auxílio	De Pé			82			
	73. Fica em Pé sobre a Perna Esquerda com Auxílio	De Pé			83	72		
23-25 Meses	74. Usa as Pontas dos Dedos para Segurar o Lápis	Sentado	Lápis & Papel	75,90		70		
	75. Usa a Mão para Segurar o Papel no Lugar	Sentado	Lápis & Papel	90				
	13 meses 🖐️ 76. Coloca 10 Bolinhas de Açúcar na Garrafa em 60 Segundos ⌚	Sentado	12 Bolinhas de Açúcar, Garrafa e ⌚			56	Número de Passos_____	
26-28 Meses	77. Corre com Coordenação	De Pé	Bola			71		
	78. Pula (AMBOS OS PÉS)	De Pé	Corda de Pular					
	14-16 meses 🖐️ 79. Sobe Escada Sozinho, Colocando Ambos os Pés em Cada Degrau	De Pé	Escadas e Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança	95	80	69		
	80. Desce Escada Sozinho, Colocando Ambos os Pés em Cada Degrau	De Pé	Escadas e Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança		81	79		

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página

Início 29-31, 32-34, 35-37 & 38-42 meses			Término 17-19, 20-22, 23-25 & 26-28 meses					
Grup de Idade	Item	P.	Materiais	Próximo Item		Item Ant. Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pt.	Ap.			
	81. Pula do 1º Degrau	Pé	Escadas			78		
	17-19 meses 82. Em Pé sobre a Perna Dir. Sozinho	Pé				73		
	83. Em Pé sobre a Perna Esquerda Sozinho	Pé				82		
29-31 Meses	84. Pra Frente sobre a Linha	Pé	Fita Métrica		85	77		
	85. De Costas Próximo à Linha	Pé	Fita Métrica			84		
	20-22 meses 86. Levanta a Perna para Chutar a Bola	Pé	Bola			83		
	87. Pula uma Distância de 4 Polegadas	Pé	Fita Métrica			78	Critério de Pontuação: 1 de 3 Tentativas ≥ 4" Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
32-34 Meses	88. Enfia 3 Contas no Colar	S	2 Cadarços & 8 Cubinhos Perfurados				Número de Cubinhos _____	
	89. Dá Quatro Passos na Ponta dos Dedos	Pé	Fita Métrica	99		85	Critério de Pontuação: 4 Etapas Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
	90. Agarra o Lápis pela Extr. Mais Próxima	S	Lápis & Papel	93		74		
35-37 Meses	91. Imita os Movimentos da Mão	S			98		Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
	92. Discrimina Formas pelo Tato	S	Dois Pinos, Dois Cubos, Duas Peças Quadradas do Conjunto de Peças Azuis & Anteparo				Critério de Pontuação: 2 de 3 Pino _____ Cubo _____ Quadrado _____	
	23-25 meses 93. Man. Lápis com a Mão	S	Lápis & Papel			90		
	94. Se Levanta III	Pé				68		
	95. Sobe Escada, Alternando os Pés	Pé	Escadas e Qualquer Brinquedo que Interesse à Criança			108	80	
38-42 Meses	26-28 meses 96. Cópia o Círculo	S	Lápis & Papel			104		
	97. Usa a Coord. Olho-Mão para Atirar a Argola	Pé	Vara, Tábua de Pinos & Argola (sem a cordinha)					
Observações Incidentais				Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página				

👉 Término 29-31, 32-34, 35-37 & 38-42 meses

Grupo de Idade	Item	Posição	Materiais	Próximo Item		Item Ant. Série	Comentários/ Critérios de Pontuação/ Informação de Tentativa e Contagem	Pontuação C, NC, RF, RPT, O
				Pt.	Ap.			
	98. Imita Posturas	De Pé				91	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
	99. Na Ponta dos Pés por 9 Pés	De Pé	Fita Métrica			89		
	100. Pára Depois de uma Corrida	De Pé	Fita Métrica				Critério de Pontuação: 2 de 3 ≤ 2 passos Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
	29-31 meses 👉 101. Abot Botão	Sentado	Fecho de Abotoar					
	102. Fica em Pé Sobre a Perna Esquerda Sozinho por 4 Segs.	De Pé			103	83		
	103. Fica em Pé Sobre a Perna Direita Sozinho por 4 Segundos	De Pé				102		
	104. Copia o Sinal de Mais	Sentado	Lápis & Papel		111	96		
	105. Desenha Traços	Sentado	Folha de Desenho de Traços & Lápis			104	Critério de Pontuação: 2 de 3 Tentativa Quadrado _____ Círculo _____ Diamante _____	
	106. Pula a Corda	De Pé	Corda de Pular			87	Critério de Pontuação: 8 polegadas 2 polegadas:Tentativa 1 _____ 2 _____ 4 polegadas:Tentativa 1 _____ 2 _____ 6 polegadas:Tentativa 1 _____ 2 _____ 8 polegadas:Tentativa 1 _____ 2 _____	
	32-34 meses 👉 107. Pula Duas Vezes num Pé Só	De Pé	Fita Métrica	110		103	Número de Pulos _____	
	108. Desce Escada, Alternando os Pés	De Pé	Escadas e Qq. Brinquedo que Interesse à Criança			95		
	109. Pula uma Distância de 24 Polegadas	De Pé	Fita Métrica			106	Critério de Pontuação: 1 de 3 ≥ 24 " Polegadas _____ Tentativa 1 _____ 2 _____ 3 _____	
	110. Pula num Pé Só por 5 Pés	De Pé	Fita Métrica			107	Distância: _____	
	35-37 & 38-42 meses 👉 111. Copia o Quadrado	Sentado	Lápis & Papel			105		

Observações Incidentais

Número de Itens em que a Criança Recebeu Pontuação/Crédito (C) para esta Página



Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
Post Office Box 10624, Baltimore, Maryland 21285-0624

March 8, 2012

TO: Greicyani Brarymi Dias
Department of Psychology
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Rua Ant nio Falcão, no. 504, apartamento 1101
Edifício Chateau D'Argent, Boa Viagem, Recife
Pernambuco, BRASIL 51.020-240

FROM: Heather Lengyel
Senior Subsidiary Rights & Contracts Manager
Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
P.O. Box 10624
Baltimore, Maryland, 21285 U.S.A

RE: Use and distribution of selected ASQ-3 questionnaires
in the Portuguese language for Brazil

TRACKING #: PB12052

LETTER OF AGREEMENT

This Letter of Agreement (hereinafter called the "Agreement") is made this 8th day of March, 2012, by and between Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., a body corporate, incorporated under the laws of the State of Maryland, U.S.A. (hereinafter called "Brookes"), of the one part, and Greicyani Brarymi Dias (hereinafter called "You"), of the other part.

Thank you for Your request to photocopy, use, and distribute the Portuguese language for Brazil translation of the 4-, 6-, 8-, 10-, and 60-month questionnaires (hereinafter called the "Translation") from

**Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ-3™):
A Parent-Completed Child Monitoring System
(hereinafter called the "Work")**

by Jane Squires, Ph.D., and Diane Bricker, Ph.D.,
with assistance from Elizabeth Twombly, M.S., Robert Nickel, M.D.,
Jantina Clifford, Ph.D., Kimberly Murphy, Robert Hoselton, LaWanda Potter, M.S.,
Linda Mounts, M.A., and Jane Farrell, M.S.

Brookes is pleased to grant You limited, non-exclusive, non-transferable permission to photocopy, use, and distribute the Translation as detailed below, if You agree to the following:

GBD
Initial

19/03/2012
Date

410-337-9580 FAX 410-337-8539 www.brookespublishing.com

1. Before Your use and distribution of the Translation may begin, You must own at least one original English or Spanish-language edition of the Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ-3™) and an original English-language edition of the ASQ-3™ *User's Guide* for the single site participating in Your research. It is understood by both You and Brookes that, as of the date of this Agreement, You own one (1) set of the Spanish-language Questionnaires and one (1) English-language *User's Guide*.
2. Brookes gives You permission to photocopy, use, and distribute the Translation only as a part of Your M.Sc. dissertation research study, "Evaluation of Child Development in Shelter Institution," (hereinafter called the "Study"), to the one (1) shelter institution site in Belém, Pará, Brazil through June 30, 2012.
 - a. You will make approximately one (1) copy each of the 4- and 6-month questionnaires, two (2) copies each of the 8- and 10-month questionnaires, and four (4) copies of the 60-month questionnaires that make up the Translation.
 - b. You will be using the Translation with a total normative sample of approximately ten (10) children.
 - c. You will distribute the copies of the Translation free of charge.
 - d. You shall use the Translation in accordance with the Photocopying Release for the Work (see attached).
 - e. You will provide Brookes with any de-identified data (at a minimum to include, for each questionnaire completed: gender; score; answers to the overall questions; ethnicity; parent education level; and adjusted age or corrected date of birth (for children under two (2) years of age), collected with the Translation upon conclusion of the study so that the data can be shared with the Authors. This report is due by October 31, 2012, to rights@brookespublishing.com.
 - f. You may not alter, adjust, or make any additions, deletions, or changes to the Translation provided to you for the purposes of Your Study without first obtaining the written consent of Brookes.

If You need additional time (in other words, beyond June 30, 2012) and/or copies (in other words, more than the ten (10) copies mentioned above) of the Translation to complete the Study, You shall write to Brookes at least thirty (30) days prior to June 30, 2012, to request additional time and/or copies. Both You and Brookes shall agree upon the extension needed.

3. The permission granted by this Agreement is only for the single research Study detailed herein, and ends with the completion of the same on or by June 30, 2012, unless extended as described in Paragraph 2 above.

You will need to contact Brookes for more permission to copy, distribute, or for use of the Translation in another study or studies, for publication, or for other purposes.

The permission granted by this Agreement is for use of the abovementioned translated ASQ-3 questionnaires only and does not apply to the ASQ-3 *User's Guide*, ASQ-3 Quick Start Guide, or any other component of the ASQ product line. You must request and receive permission from Brookes to translate and/or adapt any other portion or product of ASQ-3 or ASQ:SE.

4. This permission is only for You, and You may not give this permission to another person or entity to perform unless You asks Brookes and Brookes provides that approval in writing.
5. The permission fee has been waived. In exchange for the complimentary permission, You shall provide the de-identified data detailed above in Paragraph 2e.

G.S.B.
Initial

19/03/2012
Date

6. The intellectual property associated with the Work and the Translation is held by Brookes. All rights not explicitly expressed in this Agreement are retained by Brookes.

If You agree to the terms as outlined above, please sign below and return one copy of this Agreement to Brookes's Subsidiary Rights Department.

Catherine Lengyel for
Heather Lengyel, Senior Subsidiary Rights & Contracts Manager
rights@brookespublishing.com

March 22, 2012

I agree to the terms outlined above for the use and distribution of the Portuguese language for Brazil translation of the 4-, 6-, 8-, 10-, and 60-month questionnaires from the *Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ-3™): A Parent-Completed Child Monitoring System*.

Greicyani Brarymi Dias
Greicyani Brarymi Dias

19/03/2012
Date