

Artigo Original

Perfil Motor de Lactentes Nascidos no Município de Coari/AM

Profile Motor of Infants Born in the Municipality of Coari/AM

Perfil Motor de Lactantes Nacidos en el Municipio de Coari / AM



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i3.4847>

Eric Brasil Gonçalves¹, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça², Michelle Alexandrina dos Santos Furtado^{3*}, Christian Caldeira Santos⁴

RESUMO

Introdução: No primeiro ano de vida infantil, as etapas do desenvolvimento motor (DM) progridem de movimentos simples e desorganizados para movimentos mais complexos e voluntários, estando as crianças suscetíveis aos riscos biológicos e ambientais, o que pode alterar o DM infantil. **Objetivo:** Avaliar o DM de lactentes cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde

(UBS) de Coari, Amazonas, e apresentar os possíveis fatores de risco para o DM atípico.

Método: Estudo descritivo observacional transversal, com amostragem intencional e não probabilística, em que lactentes cadastrados em uma UBS foram avaliados utilizando questionários de variáveis clínicas, socioeconômicas, ambientais e aplicação da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS). **Resultados:** Foram avaliados 42 lactentes, dos quais 92,9% apresentaram desempenho motor normal. A baixa renda familiar e reduzida escolaridade dos pais foram achados predominantes, porém sem interferências no DM. As doenças progressas mais frequentes foram: pneumonia, infecção urinária, diarreia, malária, catapora, infecção intestinal e coqueluche. Nenhuma criança frequentava creches no período da avaliação. **Conclusão:** A maioria dos lactentes, pertencentes da UBS, do bairro Pêra, em Coari/AM, possuíram o DM adequado, segundo avaliação da AIMS, mesmo eles apresentando alguns fatores de risco para o DM, como prematuridade e baixos níveis de renda e escolaridade dos seus pais.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Deficiência do Desenvolvimento; Fatores de Risco.

¹ Fisioterapeuta formado pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Instituto de Saúde e Biotecnologia de Coari/AM.

² Fisioterapeuta, Prof.^a Dra. do Curso de Fisioterapia na Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FFEF.

³ Fisioterapeuta, Prof.^a do Curso de Fisioterapia na Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FFEF.

⁴ Fisioterapeuta, Prof. Me. do Curso de Fisioterapia na Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, Campus Uruguaiana – RS.

* **Autor correspondente:**

Email: alexandrinamichelle@gmail.com

Endereço: Avenida Rodrigo Octávio, 3200 Campos Universitário – Coroado I, CEP: 69077-000, Manaus, AM, Brasil.

Submetido em: 15/06/2018

Aceito em: 21/09/2018

ABSTRACT

Introduction: In the first year of child life, the stages of motor development (MD) progress from simple and disorganized movements to more complex and voluntary movements, and children are susceptible to biological and environmental risks, which may alter childhood DM. **Objective:** To evaluate the DM of infants enrolled in a Basic Health Unit (BHU) of Coari, Amazonas, and present the possible risk factors for atypical MD. **Method:**

A cross-sectional, observational descriptive study with intentional and non-probabilistic sampling, in which infants enrolled in a UBS were evaluated using questionnaires of clinical, socioeconomic, environmental variables and application of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). **Results:** We evaluated 42 infants, where 92.9% presented normal motor performance. Low family income and low parental schooling were found predominant, but without MD interference. The most frequent previous diseases were: pneumonia, urinary infection, diarrhea, malaria, chickenpox, intestinal infection and whooping cough. No child attended day care during the evaluation period. **Conclusion:** Most of the infants belonging to UBS, in the Pêra neighborhood of Coari/AM, had adequate MD, according to AIMS, even though they presented some risk factors for MD, such as prematurity and low levels of income and schooling of their children parents.

Keywords: Child Development; Developmental Disabilities; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é caracterizado pelo crescimento, maturação e aprendizagem de aspectos físicos, fisiológicos e psicossociais. Durante o primeiro ano de vida, as etapas do desenvolvimento motor (DM) são mais perceptíveis, já que a criança progride de movimentos simples e desorganizados para movimentos mais complexos e voluntários¹.

Diversos fatores podem ser responsáveis pelos atrasos ou pelas alterações no desenvolvimento infantil, já que a criança necessita de uma interação de fatores (extrínsecos e intrínsecos) para que haja um desenvolvimento adequado dentro do que é esperado de acordo com sua respectiva idade. Estudos mostram que os principais fatores de risco que contribuem para um desenvolvimento atípico são: prematuridade, baixo peso ao nascer, maior tempo de internação hospitalar, doenças crônicas associadas, baixa renda familiar, baixo grau de instrução dos pais, maior convivência em creches, idade materna avançada e grande número de irmãos²⁻⁴. Nesse sentido, o diagnóstico precoce dos fatores de risco e de possíveis alterações motoras são condições imprescindíveis para a prevenção e/ou minimização

de agravos e atrasos no desenvolvimento motor⁵.

Vários instrumentos padronizados são utilizados para identificar crianças com alterações no DM, os quais facilitam e auxiliam tanto a triagem e o diagnóstico quanto o planejamento e a progressão do tratamento, caso alguma anormalidade seja detectada. Dentre os instrumentos mais utilizados, destacam-se: *Bayley Scales of Infant Development* (Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil - BAYLEY); *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI); o *Test of Infant Motor Performance* (TIMP); a Medida de Função Motora Ampla (GMFM); e a *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS)⁶⁻⁸, em português Escala Motora Infantil de Alberta.

A AIMS foi criada em 1994, com o objetivo de analisar mudanças no DM e identificar comportamentos motores atípicos na primeira infância. Ela é considerada confiável, de fácil aplicabilidade e compressão, validada internacionalmente e nacionalmente, e apresenta ampla utilização no campo da pesquisa e da prática clínica. É uma escala de caráter observacional, que avalia a motricidade ampla do DM e do controle muscular antigravitacional em diferentes posições: prono, supino, sentado e em pé, em crianças pré-termas e termas entre 0 e 18 meses de idade^{9,10}.

O Brasil possui uma extensão territorial considerada continental, já que engloba cinco distintas regiões, com 26 estados e 1 distrito federal, e apresenta uma rica diversidade cultural, a qual é proporcional às suas dimensões¹¹. Nesse sentido, espera-se que o DM e os aspectos relacionados a ele, incluindo fatores de riscos, sejam também variados de acordo com a região, condições socioeconômicas e culturas adotadas.

Sendo assim, a averiguação pela comunidade científica dos aspectos quantitativos, qualitativos e da complexidade de informações que estão envolvidas no DM infantil, sobretudo na primeira infância, em diferentes regiões e comunidades brasileiras, são de extrema importância, a fim de observar como esses diferentes aspectos regionais podem interferir no DM.

Assim, sob o prisma de que o município de Coari, situado no interior do estado do Amazonas (AM), apresenta um Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) baixo (0,297), ou seja, há déficits na oferta de serviços de saúde, na oferta de serviços

de educação e no cuidado e proteção que a família deve proporcionar à criança nos primeiros anos de vida (representados pelo nível de educação do pai e da mãe)¹², surge o questionamento: como se encontra o DM infantil de alguns de seus munícipes?

Para responder esse problema, pretende-se apresentar o perfil de DM de lactentes cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Coari – AM, assim como demonstrar os possíveis fatores de risco para o DM atípico dessas crianças, as quais estão inseridas em um ambiente em que há escassez de informações epidemiológicas e uma cultura particular.

MATERIAIS e MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo observacional de corte transversal com amostragem intencional e não probabilística, no qual participaram da pesquisa os lactentes cadastrados na UBS Enedino Monteiro, situada no bairro do Pêra, no município de Coari – AM.

Na referida UBS, encontravam-se registradas 68 lactentes elegíveis para o estudo, com idade entre 0 e 12 meses. Entretanto, foram contatadas as famílias de 42 deles, e as 26 restantes não foram encontrados nos endereços cadastrados pela UBS.

Os critérios de inclusão implicaram em lactentes de ambos os sexos, com idade cronológica ou corrigida entre 1 e 12 meses de idade e que eram cadastrados na UBS do bairro. Não foi excluída nenhuma criança no processo avaliativo, tendo em vista que nenhuma delas apresentou doenças ou síndromes que poderiam comprometer o DM típico infantil, segundo os critérios de exclusão adotados quando da elaboração do projeto de pesquisa. Portanto, todos os lactentes das famílias contatadas foram incluídos e submetidos à avaliação.

Ressalta-se que o estudo está de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, com aprovação em 06 de junho de 2011, sob o número do CAAE: 0053.0.115.000-11. Participaram da pesquisa apenas os lactentes dos quais os responsáveis consentiram a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa consistiu em duas etapas. A primeira delas comportava a aplicação de um questionário estruturado aberto e estratificado constituído de perguntas aos responsáveis sobre o lactente, abordando os seguintes itens: score do Apgar, prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças crônicas e biológicas existentes, frequente creche, quantidade de irmãos no ambiente doméstico, situação socioeconômica e o nível de escolaridade dos pais. A segunda etapa fundamentou-se na avaliação do DM do lactente, tendo como instrumento de avaliação a AIMS, que se caracteriza por ser um instrumento de baixo custo e de fácil aplicabilidade.

De acordo com Piper et al.¹³, essa escala possibilita analisar a criança em 4 posições: prono (21 itens), supino (9 itens), sentado (12 itens) e em pé (16 itens), totalizando 58 itens. Esses itens devem ser avaliados por meio da movimentação espontânea do lactente e das habilidades motoras adquiridas até o dia da aplicação da avaliação, em um tempo previsto aproximado de 20 minutos. Ao término da avaliação, cada critério observado no repertório das habilidades motoras recebeu escore 01 (um) e cada critério motor não observado recebeu escore 0 (zero). Assim, os itens observados em cada uma das posições foram somados, resultando em quatro subtotais cujo escore total resultou da soma desses valores, o que permitiu determinar o percentil motor da AIMS em correspondência com o escore da idade corrigida, de acordo com o gráfico de classificação da AIMS¹⁴⁻¹⁶.

Assim, esse gráfico apresenta os seguintes percentis: 5%, 10%, 25%, 50%, 75% e 90%. Após a conversão dos percentis de DM, podemos classificá-lo em: desempenho motor normal ou típico (acima de 25% da curva percentilica), desempenho motor suspeito (entre 25 e 6% da curva percentilica) e desempenho motor atípico (igual ou abaixo de 5% da curva percentilica)^{2,17}.

Vale salientar que todas as avaliações foram realizadas na residência da própria criança, sendo utilizado um colchonete para posicionar o lactente, bem como uma boneca, uma bola amarela e um chocalho para a estimulação audiovisual.

Para que não houvesse vieses da avaliação motora, foi adotado que um mesmo examinador realizasse todas as avaliações. Além disso, os responsáveis foram instruídos a despirem a

criança, deixando-a de frauda ou similar para que permitisse a livre movimentação do bebê e facilitasse a observação motora dele.

Por fim, o responsável era informado sobre o desempenho do lactente, ou seja, se o DM motor estava normal, suspeito ou em atraso (atípico), e eram fornecidas, ainda, informações de como proceder diante do exposto e quais serviços procurar no município, caso houvesse o diagnóstico de atraso motor pela AIMS.

Após a coleta dos dados, as informações foram sintetizadas e tabuladas por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

Os dados gerais das 42 crianças avaliadas apontam uma pequena diferença entre os sexos, com predominância do masculino (22 indivíduos). A média da idade corrigida das crianças foi superior a cinco meses ($5,31 \pm 3,06$). Quanto ao escore de “Apgar” no primeiro minuto, todos os lactentes apresentaram ausência de asfixia ao nascimento (média de $9,16 \pm 0,71$ pontos). Com relação ao fator “peso ao nascer”, nenhum deles apresentou baixo peso (média de $3,28 \pm 0,58$ quilos). Já em relação ao número de crianças por residência, a média encontrada foi superior a duas crianças ($2,62 \pm 1,16$).

A Tabela 1 demonstra que a maioria dos lactentes nasceu a termo (92,9%) e apenas três nasceram prematuros. E as doenças progressas mais frequentes encontradas foram: pneumonia, infecção urinária, diarreia, malária, catapora, infecção intestinal e coqueluche. Observou-se que nenhum lactente frequentava creches no período da avaliação. No que diz respeito à escolaridade dos pais, o nível “Ensino Fundamental Incompleto” foi a variável que teve a maior proporção (mãe – 50% e pai – 66,7%), seguida do “Ensino Médio Incompleto” e “Ensino Médio Completo”, respectivamente. Não houve resultados afirmativos para nível superior, e apenas uma mãe e um pai relataram serem analfabetos. Ao avaliar a renda familiar mensal dos responsáveis pelas crianças, a maior proporção foi referente à renda “menos de um salário mínimo”, representado por 38,1% do total analisado, cujo valor do salário mínimo no Brasil em 2011 era de R\$ R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais)¹⁸.

Tabela 1. Características gerais dos 42 lactentes avaliados, em termos de valores absolutos e relativos.

Características	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Prematuridade (<37 semanas)		
Não	39	92,9
Sim	3	7,1
Doença Crônica ou Biológica Atual		
Não	41	97,6
Sim	1	2,4
Doença Crônica ou Biológica Progressa		
Não	13	31
Sim	29	69
Frequência em Creche		
Não	42	100
Sim	–	–
Escolaridade da mãe		
Analfabeto	1	2,4
Ensino Fundamental Incompleto	21	50
Ensino Fundamental Completo	–	–
Ensino Médio Incompleto	10	23,8
Ensino Médio Completo	9	21,4
Escolaridade do pai		
Analfabeto	1	2,4
Ensino Fundamental Incompleto	28	66,7
Ensino Fundamental Completo	–	–
Ensino Médio Incompleto	7	16,7
Ensino Médio Completo	4	9,5
Renda Familiar Mensal		
Sem renda	1	2,4
Menos de 1 salário mínimo	16	38,1
Entre 1 e 2 salários mínimos	12	28,6
Entre 2 e 3 salários mínimos	10	23,8
Entre 3 e 4 salários mínimos	1	2,4
Mais de 4 salários mínimos	2	4,8

(–): Sinal convencional utilizado. Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Fonte: dados dos pesquisadores.

Quanto à avaliação da AIMS, a maioria dos lactentes (97,62%) apresentou escores acima de 25% da curva percentilica, indicando desempenho motor normal ou típico, e somente um lactente apresentou atipicidade, com escore entre 25% e 6% da curva percentilica (desempenho motor suspeito), cuja família foi encaminhada para o setor de fisioterapia da UFAM em Coari, para vigilância e estimulação motora.

Em relação às posições antigravitacionais, em que as crianças foram avaliadas, é possível observar na Figura 1 que a criança que obteve percentil 10 apresentou maior pontuação na subescala supino. Já nas crianças com percentil acima de 75, nota-se a maior pontuação em prono, com escores médios variando entre 7 e 12 pontos.

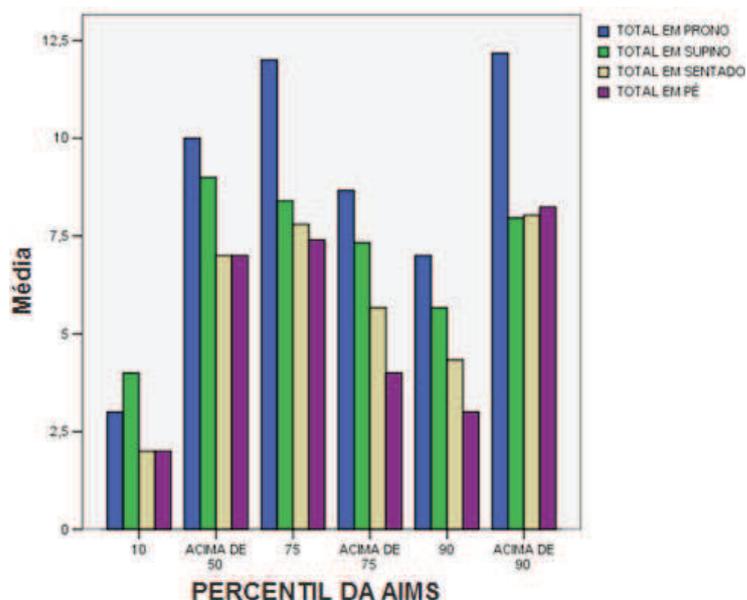


Figura 1. Gráfico de percentil (%) da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) relacionado às posturas antigравitacionais (subescalas). Fonte: dados dos pesquisadores

DISCUSSÃO

O “Apgar” é um teste diagnóstico simples que tem como principal objetivo avaliar a adaptação do recém-nascido (RN) ao mundo extrauterino, sendo um indicador de asfixia e estado geral ao nascimento, variando de 0 a 10 pontos no escore total. Segundo Matsuda et al.¹⁹, o baixo Apgar é um dos principais fatores de risco ao DM, sugerindo que os fatores pré-natais, envolvidos no respectivo teste, sejam também indicativos de atraso no DM ou complicações neurológicas. No presente estudo, todas as crianças avaliadas possuíram pontuações de “Apgar” normais (entre 8 a 10 pontos), o que corrobora para os achados de DM normais encontrados nos padrões da população avaliada.

Entre os fatores de risco biológicos existentes, temos o baixo peso ao nascer (menor que 2.500g) e a prematuridade (idade gestacional inferior a 37 semanas) que, juntamente com os fatores ambientais, pode interferir na aquisição de habilidades motoras e funcionais das crianças e levar a um atraso no DM²⁰. Entretanto, as três crianças prematuras do estudo apresentaram peso adequado ao nascimento e DM satisfatório para o atual momento. Assim, por apresentarem história de prematuridade, essas crianças merecem uma vigilância constante do seu DM. O estudo de Reis et al.²¹ encontrou que crianças nascidas com peso

normal não apresentaram atraso no DM, enquanto a maioria dos lactentes com baixo peso (moderado ou extremo) demonstrou atraso, indicando que as deficiências nutricionais podem influenciar de forma significativa no DM. Maggi et al.²² realizaram um estudo transversal observacional com 124 crianças e também identificaram que lactentes nascidos prematuros e com muito baixo peso apresentam comprometimento motor em relação às crianças nascidas a termo. Nesse contexto, verifica-se que a média do peso ao nascer e a idade gestacional das crianças avaliadas na presente pesquisa estão em ressonância com o adequado padrão de DM apresentado pela maioria da amostra.

Verificou-se também que as doenças biológicas ou crônicas identificadas neste estudo (desnutrição, pneumonia, infecção urinária, diarreia, malária, catapora, infecção intestinal e coqueluche) não foram relevantes ao ponto de gerar déficits no desenvolvimento das crianças, sendo indicativo de maiores estudos para identificação da relação dessas doenças com o DM para a população estudada.

Sobre a investigação acerca da frequência das crianças em creches ou berçários, observou-se que nenhuma das crianças avaliadas frequentavam qualquer instituição de cuidados. No estudo de Machado et al.²³, foram avaliadas 63 crianças com idade entre 6 e 16 meses que frequentavam creches particulares e públicas em turno integral, evidenciando desvantagens nos comportamentos motores dessas crianças, referindo como causas: um grande número de lactentes por cuidador nas creches, a limitação de experiências sensorio-motoras, a falta de oportunidades de exploração do ambiente e a limitada interação com as demais crianças, ou seja, crianças matriculadas em berçários passam por menos estímulos sensorio-motores que as que convivem em casa, sob os cuidados de seus pais e responsáveis. Além disso, foi observado que, em geral, os cuidados às crianças em creches estão direcionados ao assistencialismo básico como higiene e alimentação, e pouca importância é dada às experiências proporcionadas (estímulos), acabando por limitar seu desenvolvimento²⁴.

O estudo de Sacconi et al.²⁵ observou a associação dos fatores biológicos com o desenvolvimento motor de crianças até os 18 meses de idade e identificou maior risco de atraso

em seu desenvolvimento, mediante a presença de um elevado número de irmãos em uma única residência, justificando essa correlação ao fato de a mãe não conseguir oferecer atenção suficiente e, assim, gerar uma diminuição na estimulação adequada para o desenvolvimento das habilidades motoras, ou mesmo por não conseguir fornecer cuidados assistenciais necessários ao bom DM, como higiene e alimentação. Entretanto, o presente estudo encontrou uma média maior que 2 (duas) crianças convivendo por residência, sendo que, em alguns casos, há o convívio de até 5 (cinco) crianças. Contudo, esse fator não foi preponderante para alterar o DM dos lactentes avaliados, o que provavelmente está relacionado à ausência de demais fatores de riscos, os quais, agindo conjuntamente com um número de irmãos elevados, ou crianças na mesma moradia, podem interferir efetivamente para atipicidade do DM.

Além disso, os achados relacionados ao adequado DM de grande parte da amostra avaliada, mediante a um maior número de irmãos convivendo em uma única moradia, podem ser explicados devido às questões culturais do interior do Amazonas, onde existe o costume da ambientação ao solo (chão da casa) das crianças, fazendo com que recebam mais estímulos sensoriais-motores, os quais provavelmente favorecem o DM.

Outro fator de risco para o atraso do DM diz respeito à baixa escolaridade dos pais e à baixa renda familiar, visto que a população condizente a essas condições socioeconômicas acumula maior parcela de fatores de risco (sociais, econômicas e biológicas), o que leva a maior vulnerabilidade infantil e favorece a chance de suspeita ou atraso no desenvolvimento. Santos et al.²⁶ relatam, em seu estudo, que a maioria das crianças avaliadas com atraso no DM também apresentaram baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade paterna (responsável pelo sustento familiar). Já Ribeiro et al.²⁷ afirmam que, apesar da baixa renda familiar e localização das moradias em áreas periféricas, no grupo estudado, as condições de escolaridade dos pais, os quais apresentaram pelo menos o ensino fundamental completo, parecem ser preponderantes, tendo em vista que sua amostra de lactentes apresentou um excelente desenvolvimento motor grosso (100%) e apenas 20% apresentassem algum risco no desenvolvimento motor fino.

No presente estudo, a maioria dos lactentes avaliados apresentou DM adequado, mesmo com níveis baixos de renda familiar e escolaridade dos pais. Nota-se, então, que tais fatores não influenciaram negativamente no desenvolvimento desses lactentes, possivelmente pela reduzida presença de fatores de risco biológicos associados, como encefalopatias ou baixo peso, além das questões culturais e regionais favoráveis, as quais pressupõem o acesso a recursos nutricionais naturais (sem custo financeiro), à cultura do assistencialismo à saúde focada em “remédios caseiros” tradicionais, nas quais as crianças parecem ser estimuladas precocemente a adquirirem independência motora.

Referindo-se à avaliação da AIMS, os resultados apresentados em percentis indicaram que, dos 42 lactentes avaliados, 97,6% demonstraram DM normal, enquanto que somente um apresentou DM suspeito. O estudo de Sacanni¹⁴ retratou que, dos 561 lactentes avaliados, 63,5% foram considerados com o desenvolvimento normal para a idade, sugerindo que os fatores biológicos e culturais são primordiais para o favorecimento do adequado desempenho motor. Tal achado corrobora com os dados encontrados pelo presente estudo, já que, mesmo diante da baixa renda familiar e reduzida escolaridade dos pais, a maioria das crianças apresentou tipicidade de DM.

Quanto às posições antigravitacionais avaliadas pela AIMS (prono, supino, sentado e em pé), destacou-se o bom DM na posição prona, o que pode sugerir, além do fator evolutivo gradual da própria posição, a interferência de fatores culturais, os quais novamente podem estar relacionados às práticas de estímulo motor em solo, em que os lactentes, em geral, são posicionados de prono. Tais inferências são corroboradas pelo estudo de Graciosa et al.²⁸, que identificou uma associação positiva entre o DM e o tempo de permanência (dormindo ou acordado) em prono e sentado. Os mesmos autores também desaconselharam a permanência da posição supina para estimular o DM e afirmam ser favorável a colocação do lactente, sobretudo quando acordado, em diferentes posturas, a fim de estimular a aquisição das habilidades motoras.

De maneira geral, a maioria dos lactentes avaliados no presente estudo apresentaram excelente padrão motor em todas as posições

antigravitacionais, de acordo com a idade corrigida. Tal descoberta deve estar relacionada ao adequado estado de saúde das crianças, as quais nasceram sem complicações no período pré e pós-parto, sem necessidade de tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e com adequado peso ao nascimento, além de idade gestacional dentro da normalidade. Apesar do bom estado geral de saúde dos lactentes avaliados, é importante inferir sobre as condições assistencialistas de saúde no município de Coari – AM, onde o único hospital local parece não possuir suporte para casos graves de gestações de risco ou mesmo suporte intensivo neonatal, já que não possui UTIN ou equipamentos para exames mais complexos, o que pode estar relacionado com casos de óbitos em recém-nascidos que precisam de suporte imediato e não conseguem encaminhamento para outras localidades.

Além disso, os lactentes que nascem em Coari com lesões ou doenças graves e que necessitam de recursos de tratamento mais intensos, incluindo cirurgias, provavelmente foram deslocados para outras localidades do estado, sobretudo para a capital, Manaus, o que pode ter contribuído para os achados do presente estudo. Contudo, como o número de crianças avaliadas não permite a formação de padrão epidemiológico e os aspectos culturais não foram coletados cientificamente, mais estudos deverão ser realizados, visando não só traçar um perfil de DM na população total do interior do Amazonas, como também permitir elucidar as suposições que a cultura e regionalidade próprias e peculiares de Coari possam interferir no desenvolvimento infantil.

CONCLUSÃO

No estudo, a maioria dos lactentes, pertencentes à UBS do bairro Pêra, em Coari – AM, apresentou o DM adequado, segundo a metodologia da AIMS, mesmo sendo identificados alguns fatores de risco para o DM, como prematuridade e baixos níveis de renda e escolaridade dos seus pais. Como o DM infantil sofre influências multifatoriais, a resultante entre os fatores intrínsecos e extrínsecos (positivos e negativos) desses lactentes culminou a uma evolução motora satisfatória. Entende-se que a vigilância do DM infantil deve ser contínua

nas ações de puericultura, principalmente, para aqueles lactentes prematuros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Saccani R, Valentini NC. Cross-cultural analysis of the motor development of Brazilian, Greek and Canadian infants assessed with the Alberta Infant Motor Scale. *Rev Paul Pediatr.* 2013; (31)3: 350-8.
3. Pereira KR, Valentini NC, Saccani, R. Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. *Pediatrics International.* 2016; 58(12): 1297-1306.
4. Saccani R, Valentini NC, Pereira KR. New Brazilian developmental curves and reference values for the Alberta infant motor scale. *Infant Behavior and Development.* 2016; 45 (Pt A): 38-46.
5. Valentini NC, Saccani R. Escala Motora Infantil de Alberta: validação para uma população gaúcha. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(2): 231-8.
6. Mélo TR. Escalas de avaliação do desenvolvimento e habilidades motoras: AIMS, PEDI, GMFM e GMFCS. *Fisioterapia em Neurologia*, 2011.
7. Herrero D, Gonçalves H, Siqueira AAF, Abreu LC. Escalas de desenvolvimento motor em lactentes: test of infant motor performance e a alberta infant motor scale. *Journal of Human Growth and Development.* 2011; 21(1): 122-132.
8. Rodrigues OM. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista.* 2012; 28(43): 81-100.
9. Valentini NC, Saccani R. Brazilian Validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Physical therapy.* 2012; 92(3): 440-7
10. Fuentesfria RD, Silveira RC, Procianoy RS. Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. *Jornal de pediatria.* 2017; 93(4): 328-342.
11. IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010 e Brasil em números. 2018. Disponível em: <https://>

- censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=00&dados=1
12. UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Índice de Desenvolvimento Infantil. In: Situação da infância Brasileira 2006. Brasília, 2005. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm
 13. Piper MC, Darrah J. Motor assessment of the developing infant. *Philadelphia: WB Saunders*; 1994.
 14. Saccani, R. Validação da Alberta Infant Motor Scale para aplicação no Brasil: análise do desenvolvimento motor e fatores de risco para atraso em crianças de 0 a 18 meses. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul; 2009; 123p.
 15. Albuquerque PLD, Guerra MQDF, Lima MDC, Eickmann SH. 2017. Concurrent validity of the Alberta Infant Motor Scale to detect delayed gross motor development in preterm infants: A comparative study with the Bayley III. *Developmental neurorehabilitation*. 2018 Aug; 21(6):408-414
 16. Furtado MA dos S, Mendonça ASGB, Lameira AB da C, Ferreira LF. 2018. Avaliação do desenvolvimento motor de lactentes dependentes de servidores em instituição de ensino superior no Amazonas. *Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2018; 6(1): 29-38.
 17. Saccani R, Valentini NC. Reference curves for the Brazilian Alberta Infant Motor Scale: percentiles for clinical description and follow-up over time. *Jornal de pediatria*. 2012; 88(1): 40-7.
 18. Brasil. Decreto Presidencial de 2011. Legislação planalto (LEI Nº 12.382 DE 25.02.2011) - Valor do salário mínimo em 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12382.htm
 19. Matsuda N, Taki A, Tsuji A, Nakajima K, Takasawa K, Morioka C. Perinatal factors affecting growth and development at age 3 years in extremely low birth weight infants born small for gestational age. *Clin Pediatr Endocrinol*. 2018; 27 (1): 31-38.
 20. Souza ES de, Magalhães L de C. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012; 30(4): 462-470.
 21. Reis, LA dos, Britto IT de, Lessa RS, Freitas SP, Porto TF, Reis LA dos. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 0 a 18 meses de idade com baixo peso. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2012; 33(2): 153-161.
 22. Maggi EF, Magalhães L de C, Campos AF, Bouzada MCF. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. *Jornal de Pediatria*. 2014; 90(4): 377-383.
 23. Machado D, Pereira KRG, Müller AB, Valentini NC. Desenvolvimento motor, cognição e linguagem em lactentes que frequentam creches. *Scientia Medica*. 2017; 27(4): ID27993.
 24. Souza CT, Santos DC, Tolocka RE, Baltieri L, Gibim NC, Habechian FA. Avaliação do desempenho motor global e em habilidades motoras axiais e apendiculares de lactentes frequentadores de creche. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2010 Aug; 14(4), 309-315.
 25. Saccani R, Valentini NC, Pereira KR, Müller AB, Gabbard C. Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatrics International*. 2013; 55(2): 197-203.
 26. Santos DCC, Tolocka RE, Carvalho J, Heringer LRC, Almeida CM, Miquelote AF. Gross motor performance and its association with neonatal and familial. *Revista Bras de Fisioterapia*. 2009; 13(2): 173-179.
 27. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1)215-226.
 28. Graciosa M D, Pacheco, SC da S, Martinello M, Medeiros DL de, Bobbio TG, Ries LGK. Relação entre o tempo de permanência em prono, supino e sentado, e o desenvolvimento motor até seis meses de idade. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2018; 26(1)35-43.