

Percepção das mães acerca do desenvolvimento do bebê prematuro no ambiente domiciliar.

Perception about the development of mothers of premature baby in house hold environment.

Percepción sobre el desarrollo de las madres de bebé prematuro en entorno familiar.

Janna Alves Britto PEIXOTO¹

Sumaya Medeiros BOTELHO²

Diana Andrade de OLIVEIRA³

Thamires Guedes SANTOS⁴

RESUMO: Objetivou-se descrever o perfil biosociodemográfico de mães de filhos a termo e prematuros, conhecer a percepção das mães com relação às diferenças de filhos a termo e prematuros em domicílio e averiguar se existem dificuldades encontradas pelas mães durante desenvolvimento dos filhos prematuros no domicílio, bem como conhecer a percepção das mães de bebês prematuros acerca da importância do tratamento fisioterapêutico no desenvolvimento motor e cognitivo dos seus filhos. Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com uso da entrevista semiestruturada para coleta de dados, desenvolvida nas clínicas de fisioterapia, no município de Jequié-BA. Participaram oito mães de filhos prematuros e a termo. Para análise dos dados utilizou-se a análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram para 03 categorias: As diferenças existentes acerca da evolução motora dos dois filhos; Empecilhos domiciliares para o desenvolvimento motor; e Evoluções do desenvolvimento motor com base no tratamento fisioterapêutico dos filhos prematuros. O estudo evidenciou que algumas mães diferenciam seus filhos com base no desenvolvimento motor e cognitivo e que a preparação da casa no que diz respeito a orientação do grupo familiar acerca das necessidades do bebê prematuro e a adaptação física de cômodos que proporcionem o bem-estar da criança de acordo com suas necessidades, não é feita de forma adequada. Além disso, aponta uma percepção positiva quanto à importância do tratamento fisioterapêutico, em especial a estimulação precoce, como um colaborador no processo de desenvolvimento de bebês prematuros. **Palavras-chave:** Prematuro, Cuidado da Criança, Fisioterapia;

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. E-mail: jannapeixoto@hotmail.com

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. E-mail: sumayamedeiros@hotmail.com

3 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. E-mail: d.andrade.oliveira@gmail.com

4 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. E-mail: t.guedes.santos@gmail.com

ABSTRACT: This study aimed to describe the biosociodemographic profile of mothers of children to term and preterm, knowing the perception of mothers with respect to differences in children to term and preterm infants at home and see if there are difficulties encountered by mothers during development of premature children at home as well to know the perception of premature babies of mothers about the importance of physical therapy in motor and cognitive development of their children. qualitative, exploratory and descriptive research, using semi-structured interviews for data collection, developed in physical therapy clinics in the city of Jequié-BA. Participants were eight mothers of premature children and terms. Data analysis used the Bardin content analysis. The results showed 03 categories: Differences on the motor development of two children; home impediments for motor development; Evolutions and motor development based on physical therapy treatment of premature children. The study showed that some mothers differentiate their children based on motor and cognitive development and the preparation of the house regarding the guidance of family group about the needs of the premature baby and the physical adaptation of rooms that provide the welfare of the child according to your needs, it is not done properly. In addition, it points to a positive perception of the importance of physical therapy, especially early stimulation, as a collaborator in the development of premature babies process.

Keywords: Premature, Child care, Physiotherapy.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo describir el perfil biosociodemográfico de las madres de los niños a término y pretérmino, conociendo la percepción de las madres con respecto a las diferencias en los niños a los recién nacidos a término y prematuros en casa y ver si hay dificultades encontradas por las madres durante el desarrollo de los niños prematuros en casa también conocer la percepción de los bebés prematuros de las madres sobre la importancia de la terapia física en el desarrollo motor y cognitivo de sus hijos. investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, a través de entrevistas semiestructuradas para la recopilación de datos, desarrollados en clínicas de terapia física en la ciudad de Jequié-BA. Los participantes fueron ocho madres de niños prematuros y los términos. Análisis de los datos utilizó el análisis de contenido de Bardin. Los resultados mostraron 03 categorías: Diferencias en el desarrollo motor de dos hijos; impedimentos caseros para el desarrollo motor; Evoluciones y el desarrollo motor basado en el tratamiento de terapia física de los niños prematuros. El estudio mostró que algunas madres se diferencian sus hijos basado en el desarrollo motor y cognitivo y la preparación de la casa con respecto a la orientación del grupo de la familia sobre las necesidades del bebé prematuro y la adaptación física de las habitaciones que proporcionan el bienestar del niño de acuerdo a sus necesidades, no se realiza correctamente. Además, apunta a una percepción positiva de la importancia de la fisioterapia, estimulación temprana, especialmente, como colaborador en el proceso de desarrollo de los bebés prematuros.

Palabras clave: Prematuro, Cuidado de niños, Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Denomina-se recém-nascido (RN) o indivíduo com até 28 dias de nascido. O RN é classificado de acordo com seu peso ao nascer e com sua idade gestacional (IG)¹. De acordo o peso ele é classificado embaixo peso (RNBP), inferior a 2.500g; de muito baixo peso (RNMBP), inferior a 1.500g; e de extremo baixo peso (RNEBP) quando for inferior a 1.000g².

De acordo a IG o RN pode ser considerado a termo, que é aquele com IG entre 37 e 41 semanas; o RN pode ser considerado como pré-termo ou prematuro, que é o RN com IG menor que 37 semanas, ou seja, até 36 semanas e seis dias - tem o caracterizado como prematuroextremo, que possui IG menor que 32 semanas, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias e o RN prematuro tardio, com IG entre 32 e 36 semanas de gestação; e o RN pós-termo com a IG maior ou igual a 42 semanas².

No Brasil, o número de partos prematuros no ano é ainda muito grande, equivalendo a 279,3 mil. Já em relação ao quantitativo mundial por ano chega a 15 milhões de prematuros nascidos. Quando comparado aos países desenvolvidos a taxa do Brasil é igual à da Alemanha e inferior aos Estados Unidos¹.

Ao nascerem, os RN's, sejam eles a termos, prematuros ou pós-termos, enfrentam várias modificações em seu corpo, pois muitas funções e sistemas não estão completamente formados. Durante os dois primeiros anos, devido ao processo de amadurecimento do Sistema Nervoso Central (SNC), são muitas as aquisições motoras da criança, e essas permitem uma independência cada vez maior para explorar o mundo que a rodeia, o que é fundamental para o seu desenvolvimento psíquico, sensorial e cognitivo.

A necessidade de se estudar sobre o RN prematuro implica a importância de prever possíveis deficiências que este pode vir a apresentar. Nos primeiros anos de vida, cerca de 20-30% dos prematuros de extremo baixo peso apresenta algum grau de prejuízo em suas habilidades motoras, no entanto, o comprometimento cognitivo é uma característica marcante neste grupo populacional apresentando um índice de 50%³.

Ao nascerem, os RN's prematuros considerados menos graves são tratados em uma unidade neonatal, e nos casos mais graves em uma unidade de terapia intensiva, a fim de minimizar condições respiratórias anormais e outras que podem surgir ao nascer. Durante o período que o RN prematuro fica no hospital, poucas vezes a mãe tem contato com seu filho, de modo que em domicílio estas apresentam receio no cuidado de seus bebês.

Devido as especificidades necessárias ao cuidado do bebê prematuro, é importante uma assistência adequada tanto no internamento quanto no domicílio, exigindo da equipe de multidisciplinar um trabalho continuado principalmente no que diz respeito aos pais, afinal, para que a criança se

desenvolva adequadamente, é indispensável um cuidado intenso das mães para com seu bebê e que o ambiente domiciliar, muitas vezes, seja adaptado para a necessidade deste^{4,5}. Diante desse cuidado diário intenso pode-se destacar que as mães são as pessoas que possuem maior capacidade de identificar os principais problemas encontrados no desenvolvimento dos seus filhos prematuros.

Portanto, a partir destas reflexões, a presente pesquisa objetivou conhecer a percepção das mães com relação às diferenças de filhos a termo e prematuros em domicílio, averiguar se existem dificuldades encontradas pelas mães durante desenvolvimento dos filhos prematuros no domicílio, bem como conhecer a percepção das mães de bebês prematuros acerca da importância do tratamento fisioterapêutico no desenvolvimento motor e cognitivo dos seus filhos.

Sob esta ótica, as pesquisadoras optaram por este tema, visando que este estudo possa servir de norteio para os profissionais de saúde, para que estes possam - a partir da percepção das mães - orientá-las de forma mais clara e realista, entendendo o meio em que vivem e as limitações destas, assim como seu pouco conhecimento diante do quadro clínico de um bebê prematuro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com mães de bebês nascidos prematuros. A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, que oferece entre outros o serviço de estimulação precoce. Como critérios de inclusão do estudo preconizou-se que a mãe tivesse mais de 18 anos e que possuísse no mínimo dois filhos: o mais velho proveniente de gestação a termo e o seguinte prematuro, e que este último estivesse em tratamento fisioterapêutico há pelo menos 03 meses.

A escolha dos participantes deu-se inicialmente através da triagem dos prontuários no local conveniado para a pesquisa, após análise dos critérios de inclusão. No primeiro momento, foram selecionadas 10 mães, entretanto, 02 não foram localizadas, pois mudaram de endereço e telefone não atualizando a ficha cadastral da unidade de referência. Desta forma, a amostra final foi composta por 8 (oito) mães. Efetuou-se um primeiro contato com as mães por telefone, no qual a autora se identificou e explicou os objetivos do estudo em questão, sendo efetuado o convite para participar da pesquisa. No segundo momento foi firmado um encontro da pesquisadora com a mãe na CEF onde seus filhos prematuros eram atendidos.

Após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deu-se início as entrevistas. Ressalta-se que as conversas foram gravadas e posteriormente transcritas de maneira literal. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, composta por duas partes: a primeira, com dados biosociodemográficos e a segunda com três questões norteadoras, relativas à temática do estudo: Quais as diferenças que a senhora percebe entre seu filho nascido a termo e o prematuro? Existe alguma dificuldade que a senhora encontra em seu domicílio, relacionada ao desenvolvimento de seus dois filhos? Seu filho prematuro apresenta alguma limitação comparado

ao filho nascido a termo? Se sim, qual?

Os relatos das mães foram submetidos à Técnica da Análise do Conteúdo de Bardin, que “visa esclarecer os dados coletados e organizados, através de deduções, para isso, ela atribui sentido as características de cada resultado encontrado”⁶.

A Técnica da Análise de Conteúdo é dividida em três partes: fase de pré-análise, onde se organiza todo material coletado, realiza leituras flutuantes e seleciona o tipo de documento para delimitar o universo do estudo; fase de exploração do material, na qual há o manejo organizado do material que irá ser analisado; e a fase de inferência, tratamento e interpretação dos dados, onde ocorre o manuseio dos dados de forma a serem descritos tanto pelo modo quantitativo quanto pelo modo qualitativo.

Por fim os resultados foram elaborados a partir de temas que abrangiam os sentidos dos textos, inserindo fragmentos das entrevistas e associando-os aos conceitos teóricos existentes, respaldados pela literatura e outras pesquisas científicas.

O estudo foi realizado de acordo com normas propostas pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não entra em desacordo com os termos da resolução 466 de 12 de outubro de 2012, obtendo aprovação pelo parecer 358.612, atendendo desta forma, aos fundamentos éticos e científicos da resolução supracitada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico possibilitou uma aproximação com o objeto de estudo, identificando como as mães visualizam o desenvolvimento do seu filho prematuro no domicílio associado às dificuldades que surgem ao conviver com o RN prematuro após a alta hospitalar. Entretanto, antes de apresentar os resultados da entrevista, serão descritos os dados biosociodemográficos.

Em relação aos dados supracitados pôde-se observar que a maioria das mães entrevistadas possuía entre 30 e 34 anos de idade durante a gestação, cinco delas eram pardas, 3 (três) possuíam o 2º grau completo, 7 (sete) tinham um companheiro e dois filhos, 5 (cinco) possuíam uma renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, quatro eram consideradas “do lar”, 6 (seis) possuíam 4 ou 5 pessoas no domicílio.

No que diz respeito às características maternas e gestacionais pôde-se destacar que todas (oito mães) não eram etilistas nem tabagistas, não possuíam nenhuma doença preexistente à gestação, não utilizaram nenhum medicamento durante o período gestacional; e tiveram parto normal. 7 (sete) faziam uso de algum medicamento, 7 (sete) passaram por alguma intercorrência no parto, e, dentre essas, 3 (três) tiveram perda de líquido amniótico, 5 (cinco) engravidaram 2 vezes, e 7 (sete) não tiveram parto prematuro de outro(s) filho(s).

Após descrição dos dados biosociodemográficos serão apresentados os resultados das entrevistas, das quais emergiram três categorias, que foram divididas em subcategorias: As diferenças existentes acerca da evolução motora dos dois filhos (As diferenças mais observadas); Empecilhos domiciliares para o desenvolvimento motor (Entraves encontrados); e Evoluções do desenvolvimento motor com base no tratamento fisioterapêutico dos filhos prematuros (Evoluções). Para melhor compreensão, as mães foram identificadas com a abreviatura “E” de entrevistada e a numeração conforme a ordem de entrevista de cada uma.

Categoria 1: As diferenças existentes acerca da evolução motora dos dois filhos

Existe uma diferença entre o desenvolvimento motor das crianças prematuras em relação às crianças a termo, sendo de fundamental importância uma avaliação minuciosa da função motora para a melhor compreensão e intervenção no processo. Essa conduta guiará os profissionais numa melhor possibilidade terapêutica que minimizará os atrasos e as perdas funcionais e cognitivas da criança⁷.

A Prematuridade e baixo peso, são condições que afetam o desenvolvimento tanto motor quanto cognitivo, neste sentido, quando comparados a crianças a termos e com pesos dentro da normalidade (igual ou superior a 2500g), podem apresentar dificuldades a nível escolar e comportamental. Assim, essa categoria vem traduzir as principais diferenças que as mães observaram no desenvolvimento dos seus filhos⁸.

Subcategoria 1.1: As diferenças mais observadas

Ao nascerem, os RN's, sejam eles a termos, prematuros ou pós-termos, enfrentam várias modificações em seu corpo, muitas funções e sistemas não estão completamente formados. Durante os dois primeiros anos, o SNC da criança está em contínuo desenvolvimento e os seus aprendizados vão ocorrendo na medida em que ela explora o meio, favorecendo neste sentido, uma integridade psíquica, sensorial e cognitiva na maturação. Sendo assim, alguns relatos maternos mostram as principais diferenças observadas pelas mães no desenvolvimento dos seus filhos.

A comparação de corpo né? Molinho, nove meses é bem mais durinho e prematuro é um pouco mole, a criança tá em formação [...]E3

[...] meu primeiro filho com 03 para 04 meses já falava mamãe e já falava papai, já gaiava muito e falava muitas coisas que não davam pra entender, mas falava e já sustentava bem o pescoço e já sentava [...] e meu prematuro tem um atraso [...]E4

[...] É, por ela ser prematura, ela tá com desenvolvimento um pouco mais lento [...] “mas ela é bem ativa” [...]E6

[...] Tem diferenças sim, tem a questão da percepção dele das coisas. Tem o sentar dela (filha a

termo) que é diferente do meu filho prematuro[...]E8

Percebe-se nos depoimentos das mães que as consequências da prematuridade estão descritas através do atraso observado pelas mesmas no desenvolvimento cognitivo, sensorial e motor dos filhos prematuros. A todo o momento, as mães elucidam as diferenças percebidas por elas em relação ao desenvolvimento do filho prematuro e do filho a termo.

A classificação do RN em pré-termo, a termo ou prematuro busca alguns objetivos como a investigação de antecipação de problemas clínicos, o prognóstico de crescimento do desenvolvimento, à investigação de anomalia congênita inaparente e à qualificação do risco de morbimortalidade.

Muitas vezes a prematuridade tem como consequência algumas patologias que indiretamente influenciam no crescimento da criança. Dificuldades respiratórias, no processo digestório, incapacidade em sugar, retardam o crescimento adequado da criança e dificultam a sua adaptação ao meio⁹. Neste sentido, iniciar precocemente intervenções principalmente a estimulação do desenvolvimento motor, auxilia a minimizar atrasos e sequelas decorrentes da prematuridade.

Categoria 2: Empecilhos domiciliares para o desenvolvimento motor

O meio ambiente exerce influência contínua na criança, pois é nele que as relações com o mundo, com a pessoa e com ela mesma, são estabelecidas, afetando desta forma, seu desenvolvimento infantil e possibilitando interações sociais e funcionais¹⁰. Sendo assim, essa categoria descreve as barreiras encontradas nos domicílios para o desenvolvimento do bebê prematuro.

Subcategoria 2.1: Entraves encontrados

A passagem do processo de internação hospitalar para a chegada do bebê no domicílio, traz consigo novas experiências e situações regadas de muita ansiedade, medo, alegria, tranquilidade. É também o momento para perceber as dificuldades e adaptá-las tanto no que se diz respeito a estrutura física da casa, quanto ao planejamento familiar de modo geral, como podemos analisar nas falas a seguir:

[...] Espaço [...] O quarto que eu deixei pra ele era um banheiro, era o único cômodo da casa vazio que a gente tinha [...] o lugar que seria só dele é apertado [...] aqui é alto e não tem proteção [...]E1

[...]É a questão da casa ser muito fechada, aí tem que limpar toda hora, senão ele dá problema na respiração [...] por que ele já nasceu com uma intupiçãozinha por conta da fragilidade [...]E2

[...] eu tive que ficar aqui em Jequié quando ele saiu do hospital, numa casa de aluguel, num lugar que realmente não era pra receber uma criança prematura [...] não tinha nada [...] ele chorava muito, por causa do calor [...] a casa é muito abafada, não tem ventilação [...] aqui é

muito diferente lá da roça, lá é aberto e tem lugar pra ele brincar [...]E4

[...]a única complicação é por que o piso é grosso, aí no caso pra engatinhar [...] E7

Durante a entrevista com as mães, estas elucidaram as dificuldades encontradas no domicílio, que impedem o desenvolvimento motor e cognitivo de seus filhos; revelando assim os entraves encontrados neste ambiente. Na maioria das falas nota-se que a preparação da casa não é feita para a chegada de um filho, principalmente se este for prematuro.

O ambiente familiar necessita de preparo de toda a família e uma compreensão mínima sobre os cuidados, como pegar, como alimentar, as expectativas no desenvolvimento devem ser controladas ao mesmo tempo estimuladas no sentido de realizar acompanhamento especializado. Além disso, a estrutura financeira é modificada, e a família na maioria das vezes não tem reservas financeiras para financiar tratamento e realizar adaptações arquitetônicas na residência. Essas demandas relativas a preparação da família gera ainda mais insegurança e medo no cuidado deste ser tão frágil. Porém as mães entendem que estes devem ser apropriados para o desenvolvimento de um bebê.

A preparação do ambiente familiar no que diz respeito a arquitetura e adaptação física da casa é uma preocupação constante entre os achados, afinal sabe-se que o bebê prematuro está mais susceptível a doenças por conta da formação do sistema imunológico, neste sentido propiciar um espaço físico com boas condições de segurança, ventilação e principalmente higiene, condizente com cada etapa de desenvolvimento motor da criança, é um desafio continuado.

O nascimento de um prematuro é marcado por uma grande ansiedade e apreensão, já que as famílias entendem que a criança não estava preparada para nascer, dando a ideia de seres inacabados e incompletos. Esses sentimentos geram insegurança e medo aos pais que tem suas expectativas frustradas na espera do bebê ideal e planejado ¹¹.

De acordo com alguns autores, para que a criança se desenvolva adequadamente, é necessário um cuidado intenso por parte das suas mães e que o ambiente onde ela esteja inserida seja apropriado às suas necessidades⁵. As condições do meio ambiente em que a criança vive especialmente no domicílio é um dos fatores fundamentais que interfere diretamente no seu desenvolvimento motor. Assim, pode-se considerar a importância da presença materna junto ao filho e do ambiente domiciliar favorável para o desenvolvimento das crianças, considerando que este é um dos locais onde permanecem durante um longo período de tempo ¹².

A gestação e a concepção são sem dúvidas um momento de fundamental importância para a família, que se modifica e reestrutura para receber a nova vida. A mulher principalmente começa a perceber-se como mãe e paralelo as mudanças físicas despertam os sentimentos de cuidado e proteção¹¹.

Desta forma, nesse período de transformações a família está susceptível à conflitos emocionais,

incertezas, medo, necessitando que os vínculos sejam fortalecidos, para que o ambiente familiar se mostre acolhedor aos novos pais e a criança que chegará. Na prematuridade, principalmente, esse cenário se fragiliza pela antecipação da chegada da criança, o que requer muitas vezes o acompanhamento profissional para que as experiências do cuidado aconteçam de forma satisfatórias¹¹.

Categoria 3: Evoluções do desenvolvimento motor com base no tratamento fisioterapêutico dos filhos prematuros.

O desenvolvimento motor é parte do processo fisiológico e biológico da criança, está relacionado à idade que permite a organização de habilidades motoras, inicialmente de formas mais simples e posteriormente habilidades mais planejadas e organizadas¹³. Assim, essa categoria elucida as evoluções observadas pelas mães no decorrer do desenvolvimento dos seus filhos.

Subcategoria 3.1: Evoluções

Relatos de algumas mães podem descrever alguns progressos no desenvolvimento dos seus filhos prematuros:

[...] ele já está se esforçando pra poder arrastar e eu tô vendo o avanço, ele já está querendo engatinhar [...]E1

[...] ele está espertinho demais [...] ele tá rolando bem, toda posição que a fisioterapeuta coloca, ele tá fazendo [...]E3

[...] O sentar dele já melhorou, quando ele fica em pé, cruza muito as pernas e isso tá melhorando, tá ficando menos cruzada [...] ele consegue pegar os brinquedos...pra este lado ele é ativo [...] E4

[...] ela já tá começando a se levantar [...] Ela está bem ativa e o lado físico tá bom, o lado motor tá maravilhoso [...]E6

Durante as falas foi possível perceber as aquisições motoras alcançadas por seus filhos prematuros, retratadas em algumas etapas do desenvolvimento motor como, o engatinhar, o rolar, o sentar e o levantar. Dessa forma, a satisfação das mães é constatada tendo em vista que cada conquista de uma das aquisições é sinônimo de melhoria no desenvolvimento do seu filho.

Acreditava-se a princípio que o comportamento motor era fruto da maturação ou não do sistema nervoso central, no entanto, o pensamento em questão passou por modificações, sendo hoje possível a compreensão de que o desenvolvimento é dinâmico e influenciado por estímulos externos e pelas interações que o indivíduo realiza em cada etapa do desenvolvimento¹⁴. Neste sentido, a medida que o indivíduo interage com o ambiente, que compreende e realiza tarefas suas habilidades motoras vão sendo aperfeiçoadas e refinadas¹³.

Entretanto, o desenvolvimento normal de uma criança pode ser afetado por alguns fatores de riscos, sendo definidos como um conjunto de condições biológicas ou ambientais que aumentam a probabilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor variando desde a prematuridade, baixo peso, e baixas condições socioeconômicas. Assim, a quantidade de fatores de riscos associados é proporcional ao aumento da possibilidade de comprometimento no desenvolvimento motor de crianças^{15; 16}.

A avaliação do comportamento infantil, baseada nas etapas do desenvolvimento, é importante para a assistência preventiva de crianças normais, para identificar precocemente um déficit neuromotor ou sensorial, além de patologias cerebrais. Neste sentido, as triagens realizadas por profissionais são fundamentais na identificação de riscos e na antecipação de possíveis complicações no desenvolvimento¹⁷.

De 0 a 2 meses, existe um predomínio de reflexos primitivos, uma postura com tendência a padrões flexores, a partir do terceiro mês a criança já traz a mão a linha média, fixando o olhar e acompanhando sons, por vezes erguendo a cabeça. Aos quatro meses segura objetos, sustenta a cabeça, iniciando o processo de rolar. No quinto mês consegue rolar apesar de não consegue manter o equilíbrio quando colocada sentada¹⁸.

Entre 05 e 06 meses, a criança já consegue ficar sentada com a ajuda de um apoio. Entre 07 e 08 meses o desenvolvimento do sistema locomotor e neurológico já permitem que a criança fique sentada sem apoio. Os primeiros esforços para sair do lugar são observados entre 08 e 09 meses, quando a criança tenta alcançar algum objeto que lhe seja interessante^{18; 19}.

Dos 09 aos 11 meses, espera-se que a criança já consiga engatinhar sozinha e que possa andar com a ajuda de um adulto. Ao final do primeiro ano de vida, entre 11 e 14 meses, a maioria das crianças já consegue andar sem a ajuda de outra pessoa. Inicialmente, com apoio e auxílio de terceiros e, posteriormente, com independência^{18; 19}.

A fisioterapia integra a equipe multidisciplinar do cuidado da criança prematura, colaborando principalmente na abordagem funcional, realizando desde a avaliação das habilidades, o estabelecimento de metas relacionada à função, além de trabalhar o ganho muscular e amplitude de movimento. Tais atividades são adaptadas e inseridas durante todo tratamento, sendo a participação da família importante para os ganhos funcionais.

Para os bebês que não apresentam o desenvolvimento motor no tempo certo, é realizada a estimulação sensorial por parte do profissional fisioterapeuta. E mesmo com todas as dificuldades evidenciadas pelas mães acerca do desenvolvimento do bebê prematuro no domicílio e da sua insegurança diante deste cuidado, percebe-se que estas possuem a sensibilidade de entender seu filho e observar o que este precisa.

Isso é ressaltado pela continuidade do atendimento em que todos os filhos prematuros estavam

sendo atendidos pelo profissional fisioterapeuta, a fim de estimular o desenvolvimento motor para novas e melhores aquisições motoras. As falas a seguir demonstram a percepção das mães acerca da importância do tratamento fisioterapêutico:

[...] depois a gente foi percebendo que com 04 meses já, ele não rolava, ele não ia pegar as coisas, aí a gente foi percebendo o atraso nas coisas né, nos movimentos... Foi daí que eu falei que realmente ele precisava de fisioterapia, foi quando ele começou a fazer direitinho. E.1

[...] já melhorou bastante com a fisioterapia. O sentar dele já melhorou, quando ele fica em pé, cruza muito as pernas e isso tá melhorando, tá ficando menos cruzada e aprendi a fazer uns gestos com ele. E.4

[...] Como ela tá fazendo fisioterapia, ela já tá começando a se levantar, já tá com os sinais tudo, não tá em desordem não. E.6

[...] Tô vendo melhora com a fisioterapia, com certeza... ele não conseguia pegar as coisas, não conseguia ficar em pezinho, o pescocinho tá diferente. E.8

Além da responsabilidade de procurar um profissional fisioterapeuta, as mães ainda tentam levar os conhecimentos apreendidos com este para o ambiente domiciliar, muitas evidenciam que estimulam seus filhos.

[...] Já tem algumas coisas que eu faço, eu estimulo ele do jeito que eu vejo as meninas fazendo aqui, tudo que elas fazem aqui, eu faço lá; eu só não tenho a faixa, que elas usam na perna dele, de dentro pra fora pra tentar abrir que as pernas dele é um pouco dura [...] E quando eu tenho um brinquedinho, eu uso com ele. E.4

[...] Estimulo, eu coloco ele sentado, pego os brinquedinhos dele coloco junto pra ver se ele consegue pegar. Faço exercício nas pernas dele, pra tentar levar até a mãozinha. E.8

Assim, a partir desse tratamento contínuo do profissional fisioterapeuta concomitante à estimulação no ambiente domiciliar por parte da mãe pode-se afirmar que essa criança a cada dia tende a conquistar suas aquisições motoras e, conseqüentemente, aprimorar cada vez mais seu desenvolvimento motor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto pelas mães percebeu-se a dificuldade que as estas sentem ao cuidar de seus filhos prematuros quando estão em domicílio, e ainda a percepção acerca das diferenças entre o filho prematuro e o filho a termo, a citar o andar, engatinhar e falar.

Para algumas famílias, o planejamento da casa no que se refere à preparação no cuidado de um bebê prematuro em domicílio, bem como a adaptação da arquitetura para suprir as necessidades

do desenvolvimento e minimizar riscos de adoecimento é uma preocupação, e muitas vezes uma realidade não alcançada apesar dos pais estarem conscientes da real necessidade da criança.

O atendimento fisioterapêutico foi apontado como importante no auxílio ao desenvolvimento dos bebês prematuros, sendo a orientação em saúde fundamental para a continuidade do estímulo em domicílio e para minimizar as dúvidas das mães acerca da prematuridade e suas repercussões no desenvolvimento motor, cognitivo ou sensorial da criança.

Quanto as limitações podemos evidenciar um número reduzido de participantes, e ainda a impossibilidade de realizar análises que comparem a percepções de mães atendidas em serviços diferenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Ministério da Saúde [homepage internet]. Rede Cegonha busca reduzir índice de prematuros [acesso em 11 de abr, 2016]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/>

2- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, DF, 2009.

3- Rugolo, L MS de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria* 2005;81 (supl 1).

4- Moraes, AC; Quirino, M D; Almeida, M S. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paul Enferm* 2008; 22(1): 24-30.

5- Krebs, R J.; Carniel, J D.; Machado, Z. Contexto de desenvolvimento e a percepção espacial de crianças. *Revista Movimento* 2011; 17 (1): 195-211.

6- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 5º Ed.. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009, 280p.

7- Caçola, P; Bobbio, T G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento: a realidade atual. *Rev Paul Pediatr* 2010; 28(1):70-6.

8- Almeida, C G M. de; Rodrigues, O M P R; Salgado, M H. Diferenças no desenvolvimento de meninos e meninas em condições de risco. *Bol. Psicol.* 2012; 136 (62): 1-14.

9- JOHN P; CLOHERTY, A R; STARK, E C; E. *MANUAL DE NEONATOLOGIA*. 6ª ED.. GUANABARA, 2009, 668P.

10- Zick, G S N. Os fatores ambientais no desenvolvimento infantil. *Rev de Educ do IDEAU* 2010; 11(5): 1-18.

11-Ribeiro, C V; Soares, M C; Torres, A A P; Rosa, S V da; Meincke, S M K. Significado de prematuridade para as mães de bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(9):3106-11.

12- Ferreira, A C de M; Bim, R H; Pereira, V R. Influência do tipo de ambiente domiciliar na coordenação motora de crianças. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte. 2012; 11 (2): 140-150.

13- Nascimento, E M F do. O desenvolvimento motor de escolares com e sem indicativo de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade-tdah. Santa Catarina. Dissertação [Ciência do Movimento Humano]-Universidade do Estado de Santa Catarina, 2011. Disponível em <http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2436>

14- Gonçalves, D C et al. Avaliação do desenvolvimento da motricidade global em crianças. Colloquium Vitae, jul/dez 2011 3(2): 21-26.

15- Willrich, A; Azevedo, C C F de; Fernandes, J O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc 2008. Disponível em http://services.epm.br/dneuro/neurociencias/226_revisao.pdf

16- Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. Jornal Pediatra2000;76(6):421-8.

17- Sigolo, A R L. Avaliação do desenvolvimento infantil em Programas de Saúde da Família. São Carlos. Dissertação [Mestrado em Educação Especial] - Universidade Federal de São Carlos, 2011. Disponível em http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4466

18 - Carvalho, M V P de O desenvolvimento motor normal da criança de 0 à 1 ano: orientações para pais e cuidadores. Dissertação [Ciências da Saúde e Meio Ambiente]. Centro Universitário de Volta Redonda, 2011. disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecma/arquivos/37.pdf>

19- Teodoro, W L G. O desenvolvimento infantil de 0 a 6 e a vida pré-escolar. Uberlândia: 2013. Disponível em <http://saudeglobalpsicologia.blogspot.com.br/2013/06/livro-o-desenvolvimento-infantil-de-0-6.html>. Acesso 11 de abr de 2016.

20- Vianna, D L. Fisioterapia e Reabilitação. In: GREVE, J M D (org). Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca, 2007.

Artigo apresentado em 19-10-14

Artigo aprovado em 30-01-16

Artigo publicado no sistema em 30-03-16