

**FUNDAÇÃO LUSÍADA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**LUANA LAFUENTES LOPES DOS SANTOS**

**INTERFERÊNCIA DA VULNERABILIDADE SOCIAL SOBRE A QUALIDADE DE  
VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**SANTOS (SP)**

**2022**

**LUANA LAFUENTES LOPES DOS SANTOS**

**INTERFERÊNCIA DA VULNERABILIDADE SOCIAL SOBRE A QUALIDADE DE  
VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido no Curso de Fisioterapia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia, sob a orientação da **Prof./a Me. Priscila Lanzillotta**, no Centro Universitário Lusíada.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PROF. ME. PRISCILA LANZILLOTTA**  
**ORIENTADORA DO TCC**

**SANTOS (SP)**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus em primeiro lugar, que sempre me conduziu abençoando e iluminando o meu caminho, dando-me coragem e força para seguir em frente.

Agradeço aos meus pais, Renata e Evandro que, sempre me apoiaram em todos os meus sonhos e me proporcionaram a oportunidade de realizar minha formação. Obrigada por todo companheirismo e ajuda ao decorrer desses anos, que me auxiliaram a finalizar esse trabalho. Amo vocês.

Agradeço as minhas irmãs Vitoria e Julia e ao meu namorado Ronaldo Junior que sempre me apoiaram e me deram forças para continuar.

A Prof./a. Me Priscila Lanzillotta que me orientou e permitiu a realização desse trabalho lindo, que sempre esteve presente quando precisei, contribuindo para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus professores ao decorrer do curso, por todos os conselhos, ensinamentos e momentos inesquecíveis, sem vocês minha formação não seria possível.

Por fim quero agradecer aos meus amigos da faculdade, que estiveram comigo durante esses cinco anos partilhando do meu dia a dia.

Agradecer em especial ao meu grupo que esteve comigo dès do primeiro ano, Ingrid por estar comigo todos os dias e por todos os conselhos, Helena por ser minha parceira de estágio partilhando de vários momentos e não poderia deixar de citar Carlos Eduardo, Carlos Hélber e Lucas que se fizeram amigos essenciais para alegrar os meus dias.

Por fim agradecer o centro Universitário Lusíada, pois foram essenciais para toda essa minha trajetória e formação.

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todos os dias, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos: lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos” (BALEKI,2015 ).

## RESUMO

**Introdução:** O desenvolvimento infantil se inicia desde a vida intrauterina e envolve tanto o crescimento físico, a maturação neurológica, a cognição e o comportamento afetivo. A qualidade de vida é definida como a forma que o ser humano consegue se enxergar no ambiente cultural e no nível de realização pessoal com os seus objetivos pessoais. A vulnerabilidade social na infância são atrasos ou prejuízos ocasionados por fatores externos, o que acarreta diversos déficits de desenvolvimento. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida da criança e do adolescente em situação de risco social. **Metodologia:** Foi produzida uma revisão sistemática, sobre a qualidade de vida na criança e adolescente em situação de risco social. Esta pesquisa foi realizada com levantamento de dados bibliográfico nas plataformas SciELO, PubMed, Lilacs, MEDLINE e IBECS, os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos científicos publicados entre o período de 2012 a 2022. **Resultados:** Foram achados 394 artigos, dos quais foram selecionados 6 que preenchem os critérios de inclusão do tema supracitado, assim após observamos as análises dos demais autores identificamos que a vulnerabilidade social foi um fator de risco, que acarreta alterações na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Conclusão:** Conclui-se que após observarmos os estudos apresentados identificamos que existe e predomina um fator de risco social em crianças institucionalizadas, que estão associados com o comprometimento da qualidade de vida e desenvolvimento motor das crianças e adolescentes expostas a vulnerabilidade social.

Palavras-chave: *Qualidade De Vida, Vulnerabilidade Infantil, Desenvolvimento.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Child development begins from intrauterine life and involves both physical growth, neurological maturation, cognition, and affective behavior. Quality of life is defined as the way a human being can see himself in the cultural environment and the level of personal fulfillment with his personal goals. Social vulnerability in childhood is a delay or damage caused by external factors, which leads to various developmental deficits. **Objective:** To analyze the quality of life of children and adolescents in situations of social risk. **Methodology:** A systematic review was produced about the quality of life of children and adolescents in situations of social risk. This research was conducted with bibliographic data survey in SciELO, PubMed, Lilacs, MEDLINE and IBECS platforms, the inclusion criteria established were: scientific articles published between the period 2012 to 2022. **Results:** 394 articles were found, of which 6 were selected that met the inclusion criteria of the aforementioned theme, thus after observing the analyses of the other authors we identified that social vulnerability was a risk factor, which entails changes in the quality of life of children and adolescents. **Conclusion:** We conclude that after observing the studies presented, we identified that a social risk factor exists and predominates in institutionalized children, which are associated with compromising the quality of life and motor development of children and adolescents exposed to social vulnerability.

*Keywords: Quality of Life, Child Vulnerability, Development.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIMS	Alberta Infant Motor Scale
TIMP	Test of Infant Motor Performance
MABC2	Movement ABC – 2
GMFM	Gross Motor Function Measure
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
IG	Idade Gestacional
MMSS	Membros Superiores
MMII	Membros Inferiores
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory
SF-36	short form health survey questionnaire
QV	Qualidade de vida
AUQEI	Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé
CHQ-PF50	Child Health Question- naire – Parent Form 50
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com Saúde
ISQV-E	Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour Enfants
HUI3	Health Utility Index 3

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2.0 OBJETIVO</b>	<b>10</b>
<b>3.0 QUALIDADE DE VIDA E DESENVOLVIMENTO MOTOR</b>	<b>11</b>
<b>3.1 MARCOS MOTORES</b>	<b>11</b>
<b>3.2 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO</b>	<b>11</b>
<b>4.0 QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA</b>	<b>13</b>
<b>4.1 DESENVOLVIMENTO E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO</b>	<b>13</b>
<b>4.2 NORMATIVAS DAS CASAS DE ACOLHIMENTO</b>	<b>13</b>
<b>4.3 ASPECTOS GERAIS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO GERAL</b>	<b>14</b>
<b>5.0 FISIOTERAPIA NA VULNERABILIDADE SOCIAL</b>	<b>16</b>
<b>5.1 INTERVENÇÃO PRECOCE</b>	<b>16</b>
<b>6.0 TESTES PADRONIZADOS EM QUALIDADE DE VIDA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>17</b>
<b>6.1 PEDSQL</b>	<b>17</b>
<b>6.1.2 SF36 INFANTIL</b>	<b>17</b>
<b>6.1.3 AUQEI</b>	<b>18</b>
<b>6.1.4 CHQ- PF50</b>	<b>18</b>
<b>6.1.5 KIDSCREEN-52</b>	<b>18</b>
<b>7.0 TESTES PARA RASTREIO DO DESENVOLVIMENTO</b>	<b>19</b>
<b>7.1 AIMS</b>	<b>19</b>
<b>7.2 <i>TIMP</i></b>	<b>19</b>
<b>7.3 DENVER II</b>	<b>20</b>
<b>8.0 METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>9.0 RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>10 DISCUSSÃO</b>	<b>28</b>
<b>11 CONCLUSÃO</b>	<b>30</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento infantil se inicia desde a vida intrauterina e envolve tanto o crescimento físico, a maturação neurológica, a cognição e o comportamento afetivo, o desenvolvimento motor é o processo pelo qual o ser humano desenvolve suas capacidades e habilidades motoras, que consiste em uma evolução de movimentos básicos e desorganizados para movimentos mais complexos e desenvolvidos (WILLRICH et al., 2009) ;(DANIELLI et al.2017).

O termo qualidade de vida (QV) vem sendo mais estudado ao longo dos anos, com o objetivo de analisar a QV dos pacientes e dessa forma podendo promover uma atenção primária mais eficiente. A QV é definida como a forma que o ser humano consegue se enxergar no ambiente cultural e no nível de realização pessoal com os seus objetivos pessoais. A QV na infância tem um marco importante pois influencia em como aquela criança irá se desenvolver no ambiente social e cultural a longo prazo (RESENDE, 2013).

Quando se fala em vulnerabilidade social se baseia nos aspectos demográficos e socioeconômicos que podem afetar o bem-estar da pessoa, sendo relacionado as condições de saúde e a privação ou dificuldade de acesso a direitos sociais básicos. Assim como fator de risco é definido como uma ocorrência que cause uma consequência que leve a danos econômicos, que possa causar fragilidade em sua vida (SCOTT et al., 2018).

Os primeiros anos de vida da criança são marcantes para o seu desenvolvimento, nessa fase ocorre um processo de aquisição de habilidades, através de fatores como: estímulos que a criança recebe, ambiente em que é criada, relação de convívio com os pais, pontos que influenciam diretamente o aprendizado (MELO et al., 2011).

A vulnerabilidade social na infância acarreta atrasos ou prejuízos ocasionados por fatores externos, o que ocasiona diversos déficits de desenvolvimento, podendo gerar complicações tanto na parte psicológica quanto no funcionamento cognitivo, sendo assim comprometendo fases importantes de desenvolvimento da criança, podendo refletir negativamente na fase adulta (DELGADO et al., 2020)

Crianças institucionalizadas acabam perdendo diversos estímulos do dia a dia, ocorrendo uma perda afetiva do vínculo mãe-filho, o que pode interferir ocasionando em alterações motoras, dificuldades de socializarem-se, alterações psicológicas, influenciando de forma significativa no crescimento da criança (CASTANHO et al., 2004).

## **2.0 OBJETIVO**

Analisar a qualidade de vida da criança e do adolescente em situação de risco social.

### **3 QUALIDADE DE VIDA E DESENVOLVIMENTO MOTOR**

A QV das crianças tem um impacto muito grande em efeitos a longo prazo, podendo afetar não apenas desenvolvimento motor, mas no cognitivo, na saúde mental e física ao decorrer dos anos. Quando se é abordado o assunto QV é direcionado ao ambiente no qual a criança vive, em seu nível de atenção com as atividades, no grau de facilidade em se expressar ao que está agradável em seu meio de convivência (FONSECA et al., 2014).

Já, o desenvolvimento motor é a evolução do ser humano que consiste em modificações de fases em que são adquiridas habilidades e capacidades motoras através de novas informações obtidas no dia a dia, gerando novas conexões a todo momento para o encéfalo. Esse processo inicialmente apresenta movimentos desorganizados e evoluem para movimentos organizados e complexos (MELO; LEITE, 2011).

#### **3.1 MARCOS MOTORES**

Os marcos motores são pontos chaves importantes para o desenvolvimento infantil. Seguindo fases sequenciais como de prono passando para o sentar, posteriormente engatinhar, prosseguindo para o levantar e andar. São as habilidades que os bebês e as crianças vão adquirindo de acordo com os meses e idades que estão. Esse processo envolve mudanças de postura, a maturação do sistema musculoesquelético, ganho do sistema locomotor, construindo as fases do crescimento. No presente estudo foi correlacionado com alguns estudos interligados nos resultados. (CASTANHO *et al.*, 2004).

#### **3.2 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO**

Ao decorrer dos anos já foram criadas diversas teorias do desenvolvimento, permanecendo algumas que consideramos até os dias atuais, como a teoria da maturação cognitiva, comportamental, ecológica, sistemas dinâmico e psicodinâmica. Teoria da maturação cognitiva que consiste em que as crianças organizem os esquemas mentais através de operações mentais, que o sentido de desenvolvimento

ocorra de forma céfalo-caudal, que o desenvolvimento seria de forma que não pudesse variar e teria uma sequência determinada. Além disso, esse processo consistia em fases no qual a criança iria adquirindo pensamentos de forma crescente. (EFFGEN, 2007).

Teoria comportamental que explica que o ambiente tem grande influência na moldagem do comportamento, que consiste em três conceitos: estímulo, resposta e consequência ambiental. Foi observado a interação da genética da criança com o meio, o que gerava um aprendizado pelo meio no qual ela convive. Teoria ecológica que define que o ambiente em que se vive tem grande importância no desenvolvimento da criança. Teoria de sistemas dinâmicos explica que através do conjunto ambiente interno, ambiente externo e da tarefa resulta em movimento. Teoria psicodinâmica que no início quando atendemos às necessidades básicas nós buscamos a evolução (SENNA; DESSEN, 2012).

Com o passar dos anos, foi se observando novos aspectos do desenvolvimento motor e a partir daí foi desenvolvido uma nova teoria que é a utilizada hoje em dia: Teoria Bioecológica que foi dividida em 3 fases, sendo a primeira fase a abordagem ecológica do desenvolvimento humano, segunda fase paradigma ecológico e a terceira fase bioecológica do desenvolvimento humano. A primeira fase se baseia no conceito de um microssistema que seria o centro de uma atividade em algum momento da vida do ser humano, priorizando a importância e a influência do ambiente no desenvolvimento humano. A segunda fase aborda o momento de interação ativa do ser humano com o ambiente em que ele vive, dividindo as características pessoais. A terceira fase é a evolução de níveis funcionais do ser humano, envolvendo a interação do indivíduo com o ambiente, a frequência regular dessa tarefa, as atividades precisam evoluir de dificuldades, dessa forma promovendo a evolução do desenvolvimento humano (OLIVEIRA, 2019).

## **4 QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA**

A QV é a importância do bem-estar físico e emocional da criança, é saber como está todo o conjunto do ambiente na qual ela vive, tanto na parte emocional, como familiar, estabilidade financeira, autonomia nos seus afazeres e socialmente. Antigamente na literatura a QV não era muito reconhecida como um fator importante para o desenvolvimento da criança, porém na literatura mais atual foi comprovado a importância e a influência que a QV vem tendo em refletir futuramente em outros fatores do seu desenvolvimento pessoal. Atualmente temos diversos instrumentos para avaliar a QV na infância que proporciona dados relevantes para o acompanhamento da criança (SOUZA *et al.*, 2014).

### **4.1 DESENVOLVIMENTO E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO**

O desenvolvimento é um processo composto por várias fases, que são marcadas por alguns pontos importantes para o desenvolvimento infantil. Atualmente na literatura já foi comprovado que o ambiente no qual a criança está exposta influencia em seu desenvolvimento. Dessa forma as crianças que são expostas a situações de vulnerabilidade social, podem acarretar falta de estímulos o que pode gerar um atraso no desenvolvimento dessa criança. Esses atrasos na infância tem um acúmulo de forma negativa que irá refletir no seu processo na fase adulta tanto em parte físicas como emocionais (DELGADO *et al.*, 2020).

### **4.2 NORMATIVAS DAS CASAS DE ACOLHIMENTO**

As casas de acolhimento seguem o que está previsto no Estatuto da Criança e do adolescente, composta por uma equipe multiprofissional especializada que desenvolve o trabalho de forma adequada. A instituição é auxiliada por meio do poder executivo e municipal, direcionando as verbas para sua manutenção e projetos. O abrigo comum atende do 0-18 anos, desenvolvendo o papel de educação, de acolhimento e social, o ambiente deve seguir o padrão mais familiar possível, que traga uma qualidade de vida adequada a essas crianças e adolescentes. O abrigo especializado atende crianças e adolescentes com alguma necessidade específica, a

casa apresenta uma equipe multiprofissional preparada para atender todas as necessidades necessárias (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM ABRIGOS, 2005).

As casas de acolhimento são fiscalizadas pelo poder judiciário, pelo Ministério Público e pelo Conselho Tutelar. É realizado todo um acompanhamento de todas as crianças através de um relatório enviado em um período de até seis meses para o Juiz da infância e da adolescência. Todas as casas de acolhimento têm um determinado limite para abrigar, o que determina isso é o tamanho do local que está localizado a instituição. Além disso, as crianças e os adolescentes necessitam da frequência diária em escolas locais e atividades complementares ao decorrer do dia, os profissionais do abrigo necessitam estar capacitados e ter disponibilidade para auxiliar em suas tarefas escolares. No regulamento do ECA no artigo 92 diz que é obrigatório ter atividades e acompanhamento da família natural dos abrigados, sendo assim auxiliar na preparação do familiar para receber aquela criança. (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM ABRIGOS, 2005).

#### ***4.3 ASPECTOS GERAIS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO GERAL***

O desenvolvimento da criança não depende apenas de fatores fisiológicos, é influenciado também por fatores internos e externos do ambiente no qual vive, o que pode afetar de forma direta o seu desenvolvimento ao longo de sua infância. No contexto geral é através da família que a criança recebe esses estímulos que são refletidos por um ambiente saudável, amoroso e de bem-estar para o convívio dela (BABAU, 2020).

Quando esta criança não cresce em um ambiente seguro e com poucos estímulos, a tendência é de alguma forma esse fator externo interferir em seu desenvolvimento promovendo algum tipo de atraso motor. A criança segundo a lei é considerada em situação de risco quando sofre por parte de seus responsáveis abandono, negligência, maus tratos sendo físico ou psicológico, abuso sexual, privação de estudos, não apresenta cuidados de higiene e pessoais, é exposto a situações que geram abalo emocional e físico. Quando a criança é encontrada nessas

situações cabe ao Estado tomar providências em retirar a criança daquela situação e promover sua segurança e os seus direitos segundo o ECA (BABAU, 2020).

Um ambiente que traz conflitos, abusos e vulnerabilidade a essa criança influencia diretamente a adolescência, fase na qual terá reflexos desse abalo emocional. A saúde mental pode ser influenciada por esses fatores externos o que pode acabar resultando em um jovem com dificuldade de socialização, problemas emocionais, atrasos no aprendizado e conflitos internos. Assim como adolescentes que sofrem algum tipo de exposição nessa fase como violência doméstica, abuso sexual ou verbal pode acarretar inúmeras consequências na fase adulta. Dessa forma é necessário que assim como as crianças os adolescentes também cresçam em um ambiente onde se sintam seguros e acolhidos (SOUZA; PANONCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

## **5 FISIOTERAPIA NA VULNERABILIDADE SOCIAL**

Crianças da primeira infância estão mais vulneráveis às desigualdades sociais, o que acaba influenciando em seu desenvolvimento psicomotor. Nos últimos anos os estudos vêm mostrando que a morbidade infantil vem sendo influenciada por pais drogados, obesidade, violência doméstica, abuso sexual, aumento do sedentarismo, sendo observado que vem associado com a desigualdade social e racial (DELGADO et al., 2020).

A fisioterapia se faz necessária em todos os setores dessa criança, desde o setor hospitalar para identificar possíveis complicações de forma precoce, mais assim como no setor primário e ambulatorial para acompanhar essa criança desenvolvendo estimulação sensorial quando necessário, mas também para acompanhar a família dando todo o suporte e orientação necessária (DELGADO et al., 2020).

### **5.1 INTERVENÇÃO PRECOCE**

A intervenção precoce tem como objetivo avaliar a criança e analisar a necessidade dos atrasos motores da criança em situação de risco, podendo intervir e estimular o desenvolvimento através de técnicas sensório-motoras proporcionando estímulos que potencializam a maturação física e mental do desenvolvimento neuropsicomotor. Estudos mostram que quanto mais cedo for realizado a estimulação melhor será a evolução do desenvolvimento dessa criança, devido a janela da neuroplasticidade dos 0-2 anos ser mais ativa. A fisioterapia tem um papel importante em proporcionar a essa criança um desenvolvimento rico em experiências e estímulos essenciais para essa formação completa (SILVA, 2017).

## **6 TESTES PADRONIZADOS EM QUALIDADE DE VIDA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Os testes para qualidade de vida são de extrema importância para auxiliar no acompanhamento de fatores externos que possam estar interferindo em seu dia a dia, na literatura vigente temos algumas escalas muito utilizadas nas avaliações como a Pedsql, SF-36, *AUQEI*, CHQ- PF50 e KIDSCREEN-52 (SOUZA *et al.*, 2014).

Os testes de rastreio para o desenvolvimento são de suma importância para avaliar possíveis atrasos no desenvolvimento motor das crianças, sendo um instrumento muito utilizado pelos profissionais. Hoje em dia já se tem diversas escalas que podem ser aplicadas, como AIMS, TIMP e Denver II para avaliar atrasos, através de pontuações ou porcentagens definidas em cada escala, determinando o nível de atraso infantil (SOUZA *et al.*, 2014).

### **6.1 PEDSQL**

A PedsQL é uma escala desenvolvida nos Estados Unidos, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças e adolescentes, que tenham de 2 a 18 anos de idade. Esse instrumento apresenta algumas variações e pode ser aplicado em algumas patologias específicas através de um questionário com as crianças, adolescentes e os responsáveis que avaliam a visão dos pais em relação a qualidade de vida das crianças. A escala na versão 4.0 é composta por 23 itens com categorias de sociais, emocionais e escolares (GARCIA *et al.*, 2017).

#### **6.1.2 SF36 INFANTIL**

A escala SF 36 foi desenvolvida nos Estados Unidos e tem como objetivo avaliar a qualidade de vida. É um questionário que é formado por 36 itens ao total, sendo que aborda 8 critérios, como a capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, aspectos físicos e vitalidade. A pontuação é feita pela soma de pontos variando de 0-100, quanto maior o score melhor é a qualidade de vida (CUNHA, 2007).

### **6.1.3 AUQEI**

É uma escala utilizada para avaliar a qualidade de vida dos 4-12 anos através de um questionário composto por 26 questões, com um suporte de imagem que representa expressões emocionais para facilitar o entendimento da criança, avaliando a relação social, familiar, autonomia e funções corporais. De acordo com a imagem na qual ele se sente representado ele assinala a resposta mais adequada como: “muito feliz”; “feliz”; “infeliz” e “muito infeliz”, o instrumento apresenta algumas perguntas objetivas relacionadas ao seu dia a dia: “como se sente a noite, ao dormir?”; “como se sente na sala de aula?”, entre outras perguntas (RESENDE, 2013).

### **6.1.4 CHQ- PF50**

Instrumento usado para avaliar crianças dos 5-18 anos sendo composto por 50 questões auto aplicadas aos responsáveis. Avalia o bem-estar físico e psicossocial, podendo ser pontuado de 0-50 scores em cada setor, sendo que quanto maior a pontuação da criança melhor é o bem-estar dela. No questionário é avaliado a participação social e a limitação das atividades do dia a dia, o comportamento, desconforto corporal ou dor, autoestima, estado emocional da família e como isso impacta na criança e participação familiar (SOUZA *et al.*, 2014)

### **6.1.5 KIDSCREEN-52**

O instrumento é aplicado em crianças dos 8-18 anos, tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e o bem-estar. A escala é aplicada diretamente a criança ou o adolescente, sendo formado por 52 questões que são divididas em 10 tópicos, sendo eles: família e ambiente, estado emocional, autonomia, percepção, amigos, ambiente escolar, sentimentos, financeiro, atividade física e saúde (SANFELICE *et al.*, 2021).

## **7 TESTES PARA RASTREIO DO DESENVOLVIMENTO**

Os testes de rastreio são usados para avaliar se a criança apresenta algum tipo de atraso em seu desenvolvimento. Hoje em dia temos algumas escalas específicas para esse tipo de rastreio como a AIMS, TIMP e Denver II.

### **7.1 AIMS**

É uma escala de observação composta por 58 itens, que tem como objetivo avaliar crianças pré-termo e a termo a partir de 38 semanas de idade gestacional até 18 meses de idade cronológica corrigida, a escala avalia a transição de posturas de supino (9 itens), prono (21 itens), sentado (12 itens) e em pé (16 itens). O profissional observa os movimentos da criança, as posturas adotadas nas transições e as musculaturas utilizadas nesse processo. A escala pontua através de escores de porcentagem durante a avaliação sendo eles: normal (menor que 25%), suspeito (25% a 5%) e anormal (menor que 5%), a avaliação leva em torno de 20 a 30 minutos, o instrumento é validado pelo Brasil (VALENTINI; SACCANI, 2010).

### **7.2 TIMP**

É uma escala que avalia a movimento e postura, é um instrumento que proporciona uma mensuração qualitativa e quantitativa do desenvolvimento motor, podendo ser usada a partir de 34 semanas de IG até 4 meses com idade corrigida. É uma escala que apresenta uma ótima precisão para definir o desenvolvimento motor, é composta por 42 itens que observam o controle da cabeça, do tronco, dos MMSS e MMII, sendo aplicada em até 30 minutos, a escala é dividida em duas partes, a parte de observação “com 13 itens” e a parte eliciados “com 29 itens” (HERRERO *et al.*, 2011).

### **7.3 DENVER II**

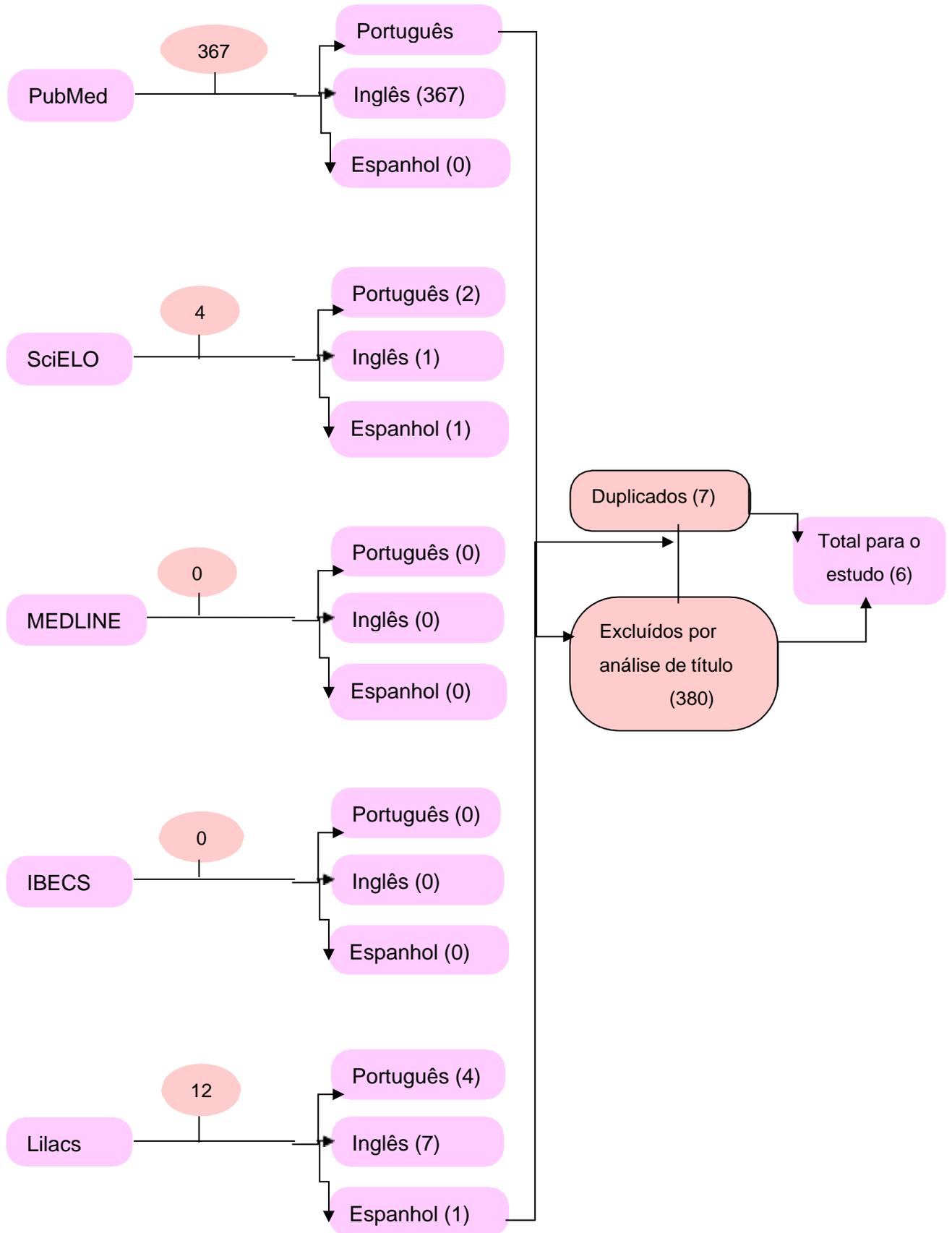
A escala de Denver II é usada pelos profissionais com a finalidade de identificar o desempenho da criança alertando se está normal ou com risco de atraso, é aplicada em crianças de 0 a 6 anos , composta por 125 itens que avaliam 4 áreas do desenvolvimento, sendo elas a linguagem (39 itens) avaliando a capacidade de entendimento, reconhecer e reproduzir sons, motor fino (29 itens) desenvoltura em mexer em objetos pequenos, motor grossa (32 itens) movimentos de sentar, pular e caminhar e comportamento pessoal-social (25 itens) como é a socialização dessa criança, sendo aplicada em até 20 minutos (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A escala necessita de escalas complementares para confirmar o atraso ou não se tornando uma desvantagem em seu uso, é pontuada em palavras como (passou) quando a criança consegue realizar tudo correto, (falhou) quando não é realizado de forma certa, (não observado) quando não teve a chance de realizar e (recusa) quando a criança não quis realizar a tarefa. Posteriormente a criança é classificada como “típica” quando ela não apresenta nenhum atraso motor ou apenas 1 item alterado ou “questionável” quando apresenta mais de dois itens apresentam-se alterados na escala (RODRIGUES *et al.*, 2012).

## **8 METODOLOGIA**

Foi produzida uma revisão sistemática, sobre a qualidade de vida na criança e adolescente em situação de risco social. Esta pesquisa foi realizada com levantamento de dados bibliográfico nas plataformas SciELO, PudMed, Lilacs, MEDLINE e IBECs, usando como descritores (DECS): qualidade de vida, vulnerabilidade infantil, desenvolvimento, os mesmos DECS em inglês: quality of life, child vulnerability, development e os DECS em espanhol: calidad de vida, vulnerabilidad infantil, desarrollo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos científicos publicados entre o período de 2012 a 2022, em português, inglês e espanhol. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: títulos que não abordassem o tema, trabalhos que não se encaixam no objetivo do trabalho, temas repetidos e textos incompletos.



## 9 RESULTADOS

Foram achados 394 artigos, dos quais foram selecionados 6 que abordassem a vulnerabilidade social como um fator de risco. Os 6 artigos foram analisados em relação ao ano de publicação, título, objetivo, metodologia utilizada e resultados dos autores (Quadro 1).

**Quadro 1 – Análise descritiva dos resultados**

Autor/Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
Fonseca et al 2014	Avaliação da Qualidade de Vida Infantil: O Inventário Sistémico de Qualidade de Vida para Crianças	Analisar as características psicométricas da versão portuguesa do Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour Enfants (ISQV-E), através de uma amostra de crianças da população portuguesa.	No estudo participaram crianças que apresentavam como fator de risco renda familiar baixa, totalizando 120 crianças portuguesas que tinham entre 8 e 12 anos e frequentavam o 1.º, 2.º e 3.º ano do ensino básico, A coleta dos dados realizou-se em seis escolas do ensino básico português.	Crianças mais ansiosas e deprimidas revelam uma situação de níveis de qualidade de vida menos satisfatórios. Os valores obtidos apontam para bons índices de consistência para as quatro pontuações, variando entre $\alpha = 0,75$ (Importância) e $\alpha = 0,86$ (Estado), com $\alpha = 0,80$ para a pontuação (Objetivo) e $\alpha = 0,79$ para a (Qualidade de Vida). As pontuações Estado, Importância e Qualidade de Vida estão significativamente correlacionadas com os resultados do STAIC e do CDI (Estado e STAIC: $r = 0,35$ ; $p < 0,001$ ; Estado e CDI: $r = 0,55$ ; $p < 0,001$ ; Importância e STAIC: $r = -0,25$ ; $p = 0,006$ ; Importância e CDI: $r = -0,19$ ; $p = 0,037$ ; Qualidade de Vida e STAIC: $r = 0,47$ ; $p < 0,001$ ;

				Qualidade de Vida e CDI: $r = 0,53$ ; $p < 0,001$ ).
Sobral et al 2015	Avaliação da qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social	Avaliar a qualidade de vida (QV) de adolescentes em situação de vulnerabilidade social	Estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizada com adolescentes do sexo feminino e masculino, com idade entre 12 e 18 anos incompletos, desenvolvido com participantes de um programa social de esporte, que se encontram em áreas de vulnerabilidade social e que fossem residentes na cidade de Recife, utilizando como instrumento o questionário kidscreen-52.	A análise de cada domínio permitiu a identificação dos aspectos com maior e menor impacto na QV dos adolescentes. Identificou-se que o critério "Sentimentos" ( $\bar{x}=86,01$ ) e o critério "Bullying" ( $\bar{x}=85,59$ ) apresentaram melhor percepção; já os domínios "Aspectos financeiros" ( $\bar{x}=66,43$ ) e "Autopercepção" ( $\bar{x}=72,62$ ) apresentaram as médias mais baixas. No escore total, os adolescentes demonstraram uma boa percepção da QV, com média na pontuação de 66%, o que corresponde a 172 pontos no total de 260 do instrumento.
Morais et al 2016	Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o <i>continuum</i> risco-proteção	Identificar e caracterizar quatro casos de dois grupos de adolescentes, diante de fatores de risco e proteção com adolescentes em situação de vulnerabilidade social.	O delineamento utilizado é de estudos de casos múltiplos, 2 adolescentes eram moradores de rua e 2 adolescentes eram moradores de áreas de baixa renda, foram utilizados instrumentos que avaliaram fator de risco, fator de proteção e os indicadores de ajustamento.	Ricardo do grupo (1) apresentou 9,17 pontos (P) e Rita do grupo (2) com 1,95 pontos apresentaram os maiores escores de mau ajustamento, enquanto Amanda (G1) com - 5,21 pontos e Fernanda (G2) - 6,32 pontos os menores escores. O adolescente Ricardo do grupo

				<p>de base-rua apresentou os maiores escores de eventos estressores 36 pontos, sintomas físicos 9 pontos, uso de droga 2,86 pontos, comportamento sexual de risco 3 pontos, comportamento suicida com 3 pontos e afeto negativo 3,30 pontos, quando comparado às demais adolescentes. O maior impacto dos eventos estressores foi revelado pela adolescente Rita com 3,76 pontos sendo o pior escore de ajustamento do grupo de base-familiar), enquanto Amanda (do grupo de base-rua) destacou o maior escore com 4,80 pontos de afetos positivos.</p>
Martini et al 2016	<p>Qualidade de vida em crianças nascidas prematuras: Fatores de risco e proteção</p>	<p>Avaliar qualidade de vida (QV) em idade escolar e identificar possíveis fatores de risco e proteção</p>	<p>Este estudo prospectivo e transversal procurou avaliar pacientes que residiam em cidades de difícil acesso a saúde, para assistir crianças prematuras, nascidas entre 2002 e 2005, com idade gestacional inferior a 37 semanas e peso à nascença inferior a 1.500g, com idades compreendidas entre 5 e 8 anos</p>	<p>A pontuação média da QV foi de 0,93, indicando uma ligeira diminuição da QV das crianças; observando valores mínimos, verificámos que os atributos com maiores insuficiências eram deambulação, cognição, visão e audição</p>

			no momento da recolha de dados.	
Martini et al 2017	Qualidade de vida de escolares nascidos prematurados, o relato do cuidador e o autorrelato infantil	Comparar a avaliação da qualidade de vida (QV) de escolares nascidos prematuros a partir de dois instrumentos e comparou a avaliação da criança com a de seu cuidador	Este estudo prospectivo e transversal procurou avaliar pacientes que residiam em cidades de difícil acesso a saúde, para assistir crianças prematuros, para avaliar a QV de crianças entre 5 e 8 anos, que nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas e peso menor que 1.500g ao nascimento, utilizando dois instrumentos: Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé e a escala Health Utility Index 3 (HUI3) – (instrumento que mede o estado de saúde, considerando diversas dimensões: Visão, Audição, Fala, Mobilidade, Destreza, Emoção, Cognição e Dor.	De acordo com os resultados quando as crianças avaliaram sua própria QV, por meio do instrumento AUQEI, mais da metade considerou que ela estava prejudicada (51,9%). O domínio avaliado como o mais prejudicado foi Autonomia (M = 0,51,) seguido do domínio Família (M = 0,60). Quanto à QV avaliada pela escala HUI3, observou-se que a mediana total foi 0,93, indicando leve prejuízo na qualidade de vida das crianças.
Hamby et al 2020	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) entre crianças e adolescentes em função da Vitimização e outras adversidades.	Examinar a QVRS em uma amostra de comunidade vulnerável e identificar fatores psicológicos e de proteção social em crianças e jovens.	A amostra era de 440 pessoas entre os 10 e os 21 anos (idade média 16 a 18 anos). Os participantes eram de baixa renda localizadas no sul dos EUA que completaram o questionário sobre QVRS, vitimização e outras adversidades.	Quase 9 em cada 10 (89,3%) jovens relataram pelo menos uma vitimização durante a vida, e a QVRS prejudicada foi comum, mais de metade da amostra (51,8%) relatou não ter estado "saudável e cheia de energia", embora todos os pontos fortes psicológicos e

				sociais estivessem positivamente correlacionados com a QVRS
--	--	--	--	---

## **10 DISCUSSÃO**

No estudo foi realizado uma coleta de pesquisas, que pudessem comprovar a interferência da vulnerabilidade social na qualidade de vida das crianças e adolescentes. Assim, foi observado no estudo de FONSECA et al (2014) que teve como objetivo analisar as características psicométricas da versão portuguesa do Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour Enfants (ISQV-E), com 120 crianças que tinham entre 8 e 12 anos, podendo ser visto que crianças mais ansiosas e deprimidas revelam uma situação de níveis de qualidade de vida menos satisfatórios. Assim como o estudo de MARTINI et al (2016) que buscou avaliar qualidade de vida em idade escolar e identificar possíveis fatores de risco, que apresentou uma pontuação de qualidade de vida abaixo do escore, indicando uma ligeira diminuição da qualidade de vida das crianças; e nos resultados foi observado que o critério com maior alteração era deambulação, cognição, visão e audição.

Já no estudo de SOBRAL et al (2015) que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, obteve o resultado com uma análise de cada domínio dos aspectos com maior e menor impacto na qualidade de vida dos adolescentes, onde o critério sentimentos e o critério bullying apresentaram resultados mais expressivos; já o critério aspectos financeiros e auto percepção apresentaram as médias mais baixas. Corroborando no estudo de RESENDE et al (2013) que define a qualidade de vida como o ser humano consegue se enxergar no ambiente cultural e no nível de realização pessoal com os seus objetivos pessoais

Já no estudo de MARTINI et al (2017), que realizou uma pesquisa prospectiva de corte transversal para comparar a avaliação da qualidade de vida de escolares nascidos prematuros que residiam em lugares de baixa renda, sendo avaliados crianças entre 5 e 8 anos, que nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas e peso menor que 1.500g ao nascimento, onde os resultados também mostraram que havia uma ligeira diminuição da qualidade de vida das crianças; e os critérios que mostraram pontuações com maiores insuficiências eram deambulação, cognição, visão e audição. Assim como no estudo de Carneiro e Veiga (2004) que relata que baixa renda expõe a riscos sociais seja relacionada as pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se deparam. Logo, os riscos estão

interligados com situações próprias do ciclo de vida das pessoas assim como com condições familiares e da comunidade as pessoas se desenvolvem.

Após observamos as análises dos demais autores identificamos que a vulnerabilidade social foi um fator de risco, que acarreta alterações na qualidade de vida de crianças e adolescentes podendo interferir a longo prazo em seu desenvolvimento.

Vale ressaltar que a fisioterapia quando implementada nessas instituições onde crianças e adolescentes se encontram em vulnerabilidade social, promovem atividades físicas para o desenvolvimento motor, ampliando o repertório de estímulos, e isso amplia a qualidade de vida dessas crianças, com isso sugerimos para que um próximo trabalho venha a ser desenvolvido a nível prático, de forma a analisar as intervenções.

Esse estudo apresenta uma limitação que está relacionada com uma pesquisa de campo que seria realizada em um abrigo de Santos-SP, porém tivemos dificuldades na implementação da pesquisa e se tornou uma revisão sistemática, levantando uma questão sobre a vulnerabilidade social e a qualidade de vida de crianças e adolescentes, dessa forma ressaltando a importância de possíveis intervenções para a melhora da qualidade de vida.

## **11 CONCLUSÃO**

Conclui-se que após observarmos os estudos apresentados identificamos que existe e predomina um fator de risco social em crianças e adolescentes institucionalizadas, que estão associados com o comprometimento da qualidade de vida e desenvolvimento motor das crianças e adolescentes expostas a vulnerabilidade social.

## **REFERÊNCIAS**

BABAU, Catarina Sofia Cláudio et al. Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”. 2020. 80 f. TCC (Doutorado) – Curso de Fisioterapia, Universidade de Évora – Escola de Ciências e Tecnologia, Évora, 2020. Cap. 2.

BARROS, Rosemary Santos de et al. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS NO BRASIL. Brazilian Journal Of Development, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 60393-60406, 2020. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-451>.

CASTANHO, Andréa Antunes Gregorut et al. Caracterização do desenvolvimento motor da criança institucionalizada. Fisioterapia Brasil, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 331-101, dez. 2004.

CUNHA, Cristiane Martins. Avaliação transversal da qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com câncer por meio de um instrumento genérico - 36 item short form health survey questionnaire. 2007. 102 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

DANIELLI, Camila Ramos et al. Efeitos de um programa de intervenção motora precoce no desenvolvimento de bebês em um abrigo residencial. **Conscientiae Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 370-377, 23 jan. 2017. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/conssaude.v15n3.6257>

DELGADO, Daiane Alves; MICHELON, Rita Cassiana; GERZSON, Laís Rodrigues; ALMEIDA, Carla Skilhan de; ALEXANDRE, Maria da Graça. Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. Fisioterapia e Pesquisa, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 48-56, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18047027012020>.

EFFGEN, Susan K. *Fisioterapia Pediátrica Atendendo às Necessidades das Crianças*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007. 494 p.

FONSECA, Marta *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida Infantil: o inventário sistêmico de qualidade de vida para crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 282-290, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201427208>.

FORTI-BELLANI, Claudia Diehl; CASTILHO-WEINERT, Luciana Vieira. Desenvolvimento motor típico, desenvolvimento motor atípico e correlações na paralisia cerebral. *Fisioterapia em Neuropediatria*, [s. l.], v. 5, n. 9, p. 156-178, out. 2011.

GARCIA, Leila F. dos S. *et al.* Translation and validation of Pediatric Quality of Life Inventory TM 3.0 Diabetes Module (PedsQLTM 3.0 Diabetes Module) in Brazil-Portuguese language. *Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo*, v. 3, n. 5, p. 45-34, jul. 2017.

HAMBY, Sherry *et al.* Health-Related Quality of Life among Adolescents as a Function of Victimization, other Adversities, and Strengths. **Journal Of Pediatric Nursing**, [S.L.],v.50,p.46-53,jan.2020.ElsevierBV.<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.001>.

HERRERO, Dafne *et al.* Scales of motor development in infants: test of infant motor performance and the alberta infant motor scale. *Rev. Brasil. Crescimento Desenvolv. Hum, São Paulo*, v. 21, n. 1, p. 302-318, set. 2011.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, S.N, v. 11, n. 2, p. 1-8, dez. 2012.

MANCINI, Marisa C. *et al.* New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to brazil and analyses of psychometric properties. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, [S.L.], v. 20, n. 6, p.

561-570, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0166>.

MARTINI, Juliana Aparecida; PADOVANI, Flávia Helena Pereira; PEROSA, Gimol Benzaquen. Quality of Life of Preterm Children: risk and protective factors. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [S.L.], v. 26, n. 65, p. 325-332, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272665201610>.

MARTINI, Juliana Aparecida; PEROSA, Gimol Benzaquen; PADOVANI, Flávia Helena Pereira. Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros, o relato do cuidador e o autorrelato infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 12, p. 4699-4706, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017>.

MELO, Flaviane Rezende; LEITE, Jacqueline Maria Resende Silveira. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças institucionalizadas na primeira infância. **Revista Neurocienc**, Lavras, v. 4, n. 19, p. 681-685, 04 mar. 2011.

MORAIS, Normanda Araújo de. Adolescentes em situação de vulnerabilidade sociale o continuum risco-proteção. *Avances Em Psicologia Latinoamericana/*, Rio Grande do Sul, v.2, n.6, p. 4-8, ago. 2016.

OLIVEIRA, Victor Hugo de. Teoria Bioecológica do desenvolvimento humano: fase e ampliação da abordagem. **Ucsal**, Salvador, v. 3, n. 7, p. 100-111, ago. 2019.

PACHECO, Roseli *et al.* Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. **Med Reabil**, São Bernardo, v. 12, n. 9, p. 29-1, mar. 2010.

RESENDE, Wener Barbosa. **Propriedades psicométricas do AUQUEI aplicado em crianças com paralisia cerebral**. 2013. 60 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim *et al.* Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 12, n. 43, p. 81-100, dez. 2012.

SANFELICE, Gustavo *et al.* CHILDREN'S AND TEENAGERS' QUALITY OF LIFE AND KIDSCREEN-52: review of the literature. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S.L.], v. 22, n. 01, p. 203-217, 31 mar. 2021. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saude. <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220118>.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 101-108, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722012000100013>.

SILVA, Carla Cavalcante Ventura. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM BEBÊS PREMATUROS**. Salvador: [s. n.], 2017. 94 p. v. 5.

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM ABRIGOS**. São Paulo: Siabrigos, v. 1, n. 20, 2005.

SOBRAL, Mirley Eunice. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL. **Rede de Revistas Científicas da América Latina**, Pernambuco, v.9, n.7, p. 2-9, set.2015

SCOTT, Juliano Beck; PROLA, Caroline de Abreu; SIQUEIRA, Aline Cardoso; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 600-615, 21 dez. 2018. Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9563.2018v24n2p600-615>.

SOUZA, João Gabriel S. *et al.* Tools used for evaluation of Brazilian children 's quality of life. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 272-278, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432214313>.

SOUZA, Juliana Martins de; VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo. Child development: analysis of a new concept. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1097-1104, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>.

SOUZA, Larissa Barros de; PANONCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1812>.

VALENTINI, Nádia Cristina; SACCANI, Raquel. Escala Motora Infantil de Alberta: validação para uma população gaúcha. **Rev Paul Pediatr**, Porto Alegre, v. 2, n. 29, p. 231-8, out. 2010

WILLRICH, Aline *et al.* Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev Neurocienc**, Porto Alegre – Rs, v. 5, n. 8, p. 51-56, jan. 2009.