



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**FATORES BIOPSISSOCIAIS E
PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO EM
CRIANÇAS DE UM A TRÊS ANOS DE IDADE,
NASCIDAS PREMATURAS E COM BAIXO PESO**

KELLY AMBRÓSIO SILVEIRA

**VITÓRIA
2009**

KELLY AMBRÓSIO SILVEIRA

**FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS E
PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO EM
CRIANÇAS DE UM A TRÊS ANOS DE IDADE,
NASCIDAS PREMATURAS E COM BAIXO PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

UFES

Vitória, ES, maio de 2009.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Silveira, Kelly Ambrósio, 1984-
S587f Fatores biopsicossociais e problemas de desenvolvimento em
crianças de um a três anos de idade, nascidas prematuras e com
baixo peso / Kelly Ambrósio Silveira. – 2009.
253 f. : il.

Orientador: Sônia Regina Fiorim Enumo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Crianças - Desenvolvimento. 2. Crianças -
Desenvolvimento - Fatores de risco. 3. Prematuros. 4. Baixo peso
ao nascer. I. Enumo, Sônia Regina Fiorim, 1954-. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
Naturais. III. Título.

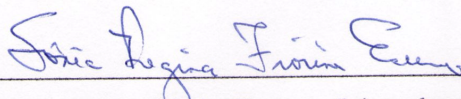
CDU: 159.9

**FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS E PROBLEMAS NO
DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS DE UM A TRÊS ANOS DE
IDADE,
NASCIDAS PREMATURAS E COM BAIXO PESO**

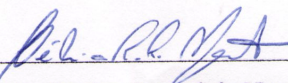
KELLY AMBRÓSIO SILVEIRA

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

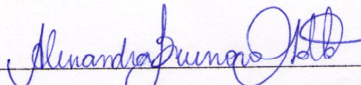
Aprovada em 11 de maio de 2009, por:



Prof^ª. Dr^ª. Sônia Regina Fiorim Enumo - Orientadora, PPGP/UFES.



Prof^ª. Dr^ª. Célia Regina Rangel do Nascimento, PPGP/UFES.



Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Brunoro Motta, (UVV).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela saúde, pela força. Foram esses os fatores que, certamente, me permitiram concluir este trabalho;

Agradeço à Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, minha querida orientadora, pela contribuição, pelo apoio durante todas as etapas deste estudo, pelo conforto nos momentos difíceis e por sempre compartilhar seu conhecimento;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, principalmente a Professora Doutora Maria Cristina Smith Menandro e a Professora Doutora Célia Regina Rangel Nascimento, por suas valiosas contribuições no Exame de Qualificação;

Agradeço ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pela bolsa recebida durante o percurso da pesquisa, que possibilitou a concretização de todo este trabalho;

Agradeço também à secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, Sra. Maria Lúcia Fajóli, pela presteza e carinho em seu atendimento;

Agradeço às alunas do curso de graduação em Psicologia da UFES - Bárbara Silva, Jéssica Puppim da Silva, Juliana Peterle Ronchi e Marianna Leal - pelo empenho e a dedicação durante o auxílio nas etapas da pesquisa;

Agradeço ao Professor Romildo Rocha de Azevedo Jr., do Centro Universitário de Vila Velha, por seu auxílio na análise estatística dos dados;

Agradeço aos dirigentes e toda equipe do setor de *Follow Up* do Hospital Dr. Dório Silva (HDDS), em especial à Dra. Pasqualina Magliano, por permitirem o acesso ao banco de dados do hospital e a ocorrência da coleta de dados, pela

acolhida durante todo esse período, bem como pelos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos sobre a questão da prematuridade e do baixo peso ao nascer, a partir da observação da dinâmica dos atendimentos e da vivência com as centenas de mães e crianças, que por ali circularam durante os seis meses de coleta de dados;

Um agradecimento especial a todas as famílias que se empenharam ao máximo para que a coleta de dados ocorresse, levando seus filhos pequenos, muitas vezes em circunstâncias adversas;

Faço um agradecimento especial a todos, professores, alunos de graduação, de mestrado e de doutorado do Projeto Integrado de Pesquisa, liderado pela minha orientadora, projeto do qual tive a felicidade de participar, desde 2005, como aluna vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFES, com bolsa do CNPq, trabalhando ao lado de alunas do Mestrado e Doutorado em Psicologia e suas bolsistas;

Agradeço ao meu companheiro de todos os momentos, André Stanzani Franca;

Agradeço, por fim, aos meus pais e minha irmã pelo apoio; por ensinarem a todo o momento que todos nós podemos sonhar.

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO.....	19
ABSTRACT	21
1. INTRODUÇÃO	22
1.1. Influências da prematuridade e do baixo peso no desenvolvimento infantil...	26
1.1.1. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento cognitivo	26
1.1.2. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento motor	29
1.1.3. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento linguístico	31
1.1.4. Relações entre prematuridade, baixo peso e o comportamento	34
1.2. Outros fatores de risco para atraso no desenvolvimento	34
1.3. O problema de pesquisa e sua relevância	44
1.4. Objetivos	46
2. MÉTODO.....	47
2.1. Participantes.....	47
2.2. Outras fontes de dados	50
2.2. Locais de coleta de dados.....	50
2.3. Instrumentos e materiais	51
2.5. Processamento e análise de dados.....	63
2.5.1. Processamento e análise dos dados relacionados aos riscos biopsicossociais	63
2.5.2. Processamento e análise dos dados das avaliações comportamentais da amostra	65
2.5.3. Processamento e análise dos dados sobre o desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor	67
2.5.4. Análise estatística descritiva	69
2.5.5. Análise estatística inferencial	70
2.6. Avaliação ética de riscos e benefícios.....	73
3. RESULTADOS	75
3.1. Dados sobre nascimento obtidos nos relatórios de alta da UTIN.....	76
3.2. Características da amostra coletadas nos prontuários médicos do	

Programa de Follow Up.....	80
3.3. Dados da amostra obtidos pela Entrevista para Identificação de Riscos Psicosociais na História de Vida da Criança	84
3.4. Dados da avaliação do desenvolvimento das crianças	89
3.4.1. Dados sobre problemas de comportamento das crianças obtidos pelo CBCL (1½ a 5 anos).....	89
3.4.2. Dados da linguagem expressiva avaliada pela LAVE	96
3.4.3.1. Dados gerais da amostra na BSID-III	96
3.4.3.2. Dados das crianças na Escala Cognitiva da BSID-III.....	103
3.4.3.3. Dados das crianças na Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III	105
3.4.3.4. Dados das crianças na Escala de Linguagem Expressiva da BSID-III.....	107
3.4.3.5. Dados das crianças na Escala de Motricidade Fina da BSID-III.....	108
3.4.3.6. Dados das crianças na Escala de Motricidade Ampla da BSID-III	110
3.5. Resumo dos dados descritivos dos grupos de idade	112
3.5.1. Resumo dos dados do G1 (12-18 meses).....	112
3.5.2. Resumo dos dados do G2 (18-24 meses).....	114
3.5.3. Resumo dos dados do G3 (24-30 meses).....	116
3.5.4. Resumo dos dados do G4 (30-36 meses).....	118
3.6. Resumo dos resultados descritivos.....	120
3.7. Análise inferencial dos dados.....	124
3.8. Descrições de casos	132
3.8.1. Descrição de caso 1: alta frequência de variáveis de risco psicossocial.....	132
3.8.2. Descrição de caso 2: alta frequência de problemas ao nascer	135
3.8.3. Descrição de caso 3: alta frequência de problemas comportamentais.....	138
3.8.4. Descrição de caso 4: alto desempenho nas Escalas de Desenvolvimento .	143
3.8.5. Descrição de caso 5: baixo desempenho nas Escalas de Desenvolvimento	147
4. DISCUSSÃO	152
5. REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES.....	192
ANEXOS	241
GLOSSÁRIO	252

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. <i>Proposta de classificação de fatores de risco para o desenvolvimento infantil.....</i>	37
Tabela 2. <i>Idade dos participantes da pesquisa, por grupo de idade.....</i>	48
Tabela 3. <i>Instrumentos utilizados na coleta de dados, por faixa etária.....</i>	56
Tabela 4. <i>Resumo dos instrumentos utilizados na pesquisa, variáveis de estudo e fontes de informação.....</i>	57
Tabela 5. <i>Síntese dos estudos realizados e das variáveis utilizadas.....</i>	72
Tabela 6. <i>Dados gerais de nascimento, por grupo de idade.....</i>	77
Tabela 7. <i>Dados da Ficha de Alta Hospitalar por grupo de idade.....</i>	79
Tabela 8. <i>Atendimentos de cada grupo, por especialidade médica.....</i>	81
Tabela 9. <i>Ocorrência das categorias relacionadas a aspectos registrados no Programa de Follow Up, por grupo de idade.....</i>	83
Tabela 10. <i>Ocorrência dos fatores de risco psicossocial, por grupo de idade.....</i>	85
Tabela 11. <i>Resumo das características de nascimento e características psicossociais da amostra e de cada grupo de idade.....</i>	85
Tabela 12. <i>Resumo dos dados sobre a organização familiar, enfrentamento do nascimento e expectativas sobre o desenvolvimento, obtidos pela Entrevista para a identificação de Riscos Biopsicossociais (frequência das categorias de respostas).....</i>	87
Tabela 13. <i>Frequência das categorias de respostas sobre as expectativas acerca do desenvolvimento e métodos de estimulação registradas no Questionário de Risco Biopsicossocial.....</i>	88
Tabela 14. <i>Frequência de classificações Clínico para as Síndromes Comportamentais do CBCL.....</i>	90
Tabela 15. <i>Frequência e proporção da combinação de tipos de problema no CBCL, nas crianças classificadas como Clínicas.....</i>	91
Tabela 16. <i>Escores T dos grupos, por tipo de problema no CBCL.....</i>	92
Tabela 17. <i>Frequência de classificações Clínico nas Escalas orientadas pelo DSM-IV.....</i>	93

Tabela 18. <i>Desempenho do G3 e G4 quanto à linguagem expressiva (LAVE).....</i>	95
Tabela 19. <i>Frequência em cada grupo, por categoria de risco nas escalas da BSID-III.....</i>	97
Tabela 20. <i>Desempenho das crianças nascidas com baixo peso (BP) e muito baixo peso (MBP) na BSID-III.....</i>	103
Tabela 21. <i>Pontuação dos grupos na Escala Cognitiva da BSID-III.....</i>	105
Tabela 22. <i>Pontuação bruta dos grupos na Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III.....</i>	107
Tabela 23. <i>Pontuação bruta dos grupos na Escala de Linguagem Expressiva da BSID-III.....</i>	108
Tabela 24. <i>Pontuação bruta dos grupos na Escala de Motricidade Fina da BSID-III.....</i>	110
Tabela 25. <i>Pontuação bruta dos grupos na Escala de Motricidade Ampla da BSID-III.....</i>	111
Tabela 26. <i>Principais dados do G1 (12-18 meses)</i>	114
Tabela 27. <i>Principais dados do G2 (18-24 meses)</i>	116
Tabela 28. <i>Principais dados do G3 (24-30 meses)</i>	118
Tabela 29. <i>Principais dados do G4 (24-30 meses)</i>	120
Tabela 30. <i>Resumo das características de nascimento e psicossociais da amostra e dos grupos.....</i>	121
Tabela 31. <i>Resumo das características de desenvolvimento e dos problemas de comportamento da amostra e dos grupos.....</i>	123
Tabela 32. <i>Correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento e comportamento (n=40)</i>	126
Tabela 33. <i>Correlações entre variáveis psicossociais e de nascimento e variáveis de desenvolvimento e de problemas de comportamento.....</i>	128
Tabela 34. <i>Análise de variância dados das escalas do CBCL (1 ½ a 5 anos) entre os grupos.....</i>	128
Tabela 35. <i>Significância dos resultados dos grupos na Escala de Agressividade (CBCL 1 ½ a 5 anos)</i>	129
Tabela 36. <i>Análise de variância dos resultados dos grupos nas escalas da</i>	129

<i>BSID-III.....</i>	
Tabela 37. <i>Significância dos resultados dos grupos nas escalas da BSID-III.....</i>	130
Tabela 38. <i>Análise de independência entre indicadores de risco psicossocial (RPS) e de risco para problemas de desenvolvimento (BSID-III) e de comportamento (CBCL 1½ a 5 anos)</i>	131
Tabela 39. <i>Aspectos biopsicossociais do Caso 1, comparados ao G1(12-18 meses) e à amostra.....</i>	135
Tabela 40. <i>Aspectos do desenvolvimento do Caso 1, comparados ao G1 (12-18 meses) e à amostra</i>	135
Tabela 41. <i>Aspectos biopsicossociais do Caso 2, comparados à amostra</i>	137
Tabela 42. <i>Aspectos do desenvolvimento do Caso 2, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra</i>	138
Tabela 43. <i>Aspectos biopsicossociais do Caso 3, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra</i>	141
Tabela 44. <i>Aspectos do desenvolvimento do Caso 3, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra</i>	142
Tabela 45. <i>Aspectos biopsicossociais do Caso 4, comparados ao G3 (24-30 meses) e à amostra</i>	146
Tabela 46. <i>Aspectos do desenvolvimento do Caso 4, comparados ao G3 (24-30 meses) e à amostra</i>	147
Tabela 47. <i>Aspectos biopsicossociais do Caso 5, comparados ao G4 (30-36 meses) e à amostra</i>	150
Tabela 48. <i>Aspectos do desenvolvimento do Caso 5, comparados à amostra</i>	151

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Figura 1. Resultados brutos do G3 e do G4 na LAVE (linguagem expressiva).....	94
<i>Figura 2.</i> Desvio da pontuação-padrão de cada criança do G3 e do G4 na LAVE (pontuação-padrão média = 100 pontos).....	96
<i>Figura 3.</i> Frequência da categoria Competente, nas escalas da BSID-III, por grupo.....	100
<i>Figura 4.</i> Frequência da categoria Emergente, nas escalas da BSID-III, por grupo.....	100
<i>Figura 5.</i> Frequência da categoria Em Risco, nas escalas da BSID-III, por grupo.....	101
<i>Figura 6.</i> Média da pontuação bruta média dos grupos, nas escalas da BSID-III.....	101
<i>Figura 7.</i> Percentual médio de acerto dos grupos nas escalas da BSID-III.....	102
<i>Figura 8.</i> Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala Cognitiva (BSID-III).....	104
<i>Figura 9.</i> Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco, na Escala Cognitiva (BSID-III).....	104
<i>Figura 10.</i> Proporção de crianças de cada Grupo, por categoria de risco a partir da Escala de Linguagem Receptiva (BSID-III).....	106
<i>Figura 11.</i> Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco na da Escala de Linguagem Receptiva (BSID-III).....	106
<i>Figura 12.</i> Proporção de crianças em cada categoria risco, na Escala de Linguagem Expressiva (BSID-III).....	107
<i>Figura 13.</i> Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco na Escala de Linguagem Expressiva (BSID-III).....	108
<i>Figura 14.</i> Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala de Motricidade Fina (BSID-III).....	109
<i>Figura 15.</i> Frequência de crianças por grupo, por categoria de risco na Escala de Motricidade Fina (BSID-III).....	109
<i>Figura 16.</i> Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala	110

	de Motricidade Ampla (BSID-III).....	
<i>Figura 17.</i>	Frequência de crianças de cada grupo por categoria de risco na Escala de Motricidade Ampla (BSID-III)	111
<i>Figura 18.</i>	Resultados do Caso 2 nas Escalas Orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1 ½ - 5 anos)	138
<i>Figura 19.</i>	Resultados do Caso 3 nas Escalas de Síndromes Comportamentais do CBCL (1 ½ -5 anos).....	142
<i>Figura 20.</i>	Resultados do Caso 3 nas Escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Total de problemas do CBCL (1 ½-5 anos).....	143
<i>Figura 21.</i>	Resultados do Caso 3 nas Escalas Orientadas para o DSM-IV do CBCL (1½ - 5 anos)	143
<i>Figura 22.</i>	Resultados do Caso 4 nas Escalas Orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1½ - 5 anos)	147
<i>Figura 23.</i>	Resultado das Escalas de Síndromes Comportamentais do CBCL (1 ½ -5 anos) para o Caso 5.....	151

LISTA DE APÊNDICES

		Pág.
APÊNDICE A.	Termo de consentimento para realização de pesquisa encaminhado ao HDDS.....	193
APÊNDICE B.	Termo de consentimento para a realização de estudo-piloto.....	195
APÊNDICE C.	Tabela C49. Dados sobre as aplicações do estudo-piloto.	196
APÊNDICE D.	Tabela D50. Características das crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDDS.....	197
APÊNDICE E.	Tabela E51. Contato com as crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDDS.....	198
APÊNDICE F.	Tabela F52. Quantidade de sujeitos entrevistados após contato telefônico e após visita ao HDDS em dias marcados para consulta médica.....	199
APÊNDICE G.	Termo de Consentimento para Participação em Projeto ...	200
APÊNDICE H.	Tabela H54. Proporção de problemas respiratórios ao nascer, por grupo de idade.....	202
APÊNDICE I.	Tabela I55. Dados de nascimento, por criança.....	203
APÊNDICE J.	Tabela J56. Proporção de problemas ao nascer, por grupo de idade.....	204
APÊNDICE K.	Tabela J57. Proporção de anormalidades identificadas por exames, por grupo de idade.....	205
APÊNDICE L.	Tabela L58. Média de consultas e de tipos de atendimentos diferentes, por grupo.....	206
APÊNDICE M.	Tabela M59. Frequência de atendimentos por especialidade, por criança.....	207
APÊNDICE N.	Tabela N60. Frequência de problemas registrados nas consultas do <i>Follow Up</i> , por grupo.....	208
APÊNDICE O.	Tabela O61. Problemas registrados nas consultas do <i>Follow Up</i> , por criança.....	211
APÊNDICE P.	Tabela P62. Ocorrência de fatores de risco psicossocial, por criança.....	212
APÊNDICE Q.	Respostas das mães na Entrevista para Identificação de	213

	Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança.....	
APÊNDICE R.	Tabela R63. Escores brutos, escores T e classificação de Síndromes Comportamentais do CBCL (1½ -5 anos), por criança.....	230
APÊNDICE S.	Tabela S64. Desempenho na linguagem expressiva (LAVE), por criança.....	231
APÊNDICE T.	Tabela T65. Médias e desvios-padrão dos escores brutos da amostra deste estudo e da amostra americana de padronização da BSID-III.....	232
APÊNDICE U.	Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por criança.....	233
APÊNDICE V.	Tabela V67. Porcentagem de acertos de cada grupo, por item da Escala Cognitiva da BSID-III.....	234
APÊNDICE W.	Porcentagem de acertos de cada grupo, por item da Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III.....	235
APÊNDICE X.	Tabela X69. Porcentagem de acertos de cada grupo, por item da Escala de Linguagem Expressiva da BSID-III.....	236
APÊNDICE Y.	Tabela Y70. Porcentagem de acertos de cada grupo, por item da Escala de Motricidade Fina da BSID-III.....	237
APÊNDICE Z.	Tabela Z71. Porcentagem de acertos de cada grupo, por item da Escala de Motricidade Ampla da BSID-III.....	238
APÊNDICE Aa.	Tabela Aa72. Correlações entre os dados de desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental.....	239
APÊNDICE Bb.	Tabela Bb73. Correlação entre os dados de desenvolvimento e de comportamento e das variáveis biopsicossociais.....	240

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Tabela AA74. Dados de prematuridade (PT) e baixo peso ao nascimento (BP) entre nascidos vivos (NV) no Brasil e no Espírito Santo em 2005.....	242
ANEXO B. Relatório de Alta do HDDS.....	243
ANEXO C. Folha de Registro de dados de anamnese e evolução das crianças acompanhadas no Serviço de Follow Up do HDDS.....	245
ANEXO D. Materiais da BSID-III utilizados para a avaliação do desenvolvimento infantil.....	246
ANEXO E. Protocolo da Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais.....	247

LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASEBA	<i>Achenbach System of Empiracally Based Assessment</i>
AT	Nascimento a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas)
AV	Amplitude de Variação
BP	Baixo Peso (peso ao nascimento $< 2.500g$)
BSID-II	<i>Bayley Scales for Infant and Toddler Development</i> – versão II
BSID-III	<i>Bayley Scales for Infant and Toddler Development</i> , versão III
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COG	Escala Cognitiva, componente das <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development</i> (BSID-III)
CT	Sigla em inglês - <i>computer tomograph</i> (Tomografia Computadorizada)
DBP	Displasia Broncopulmomar
DENVER II	Revisão aperfeiçoada do <i>Denver Developmental Screening Test</i>
DMH	Doença da Membrana Hialina
DP	Desvio-Padrão
DPSD	Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ªed)
ENE	Exame Neurológico Evolutivo
ES	Estado do Espírito Santo
<i>f</i>	Frequência
G1	Grupo 1, com crianças entre 12 a 18 meses de idade
G2	Grupo 2, com crianças entre 18 meses e 1 dia a 24 meses de idade
G3	Grupo 3, com crianças entre 24 meses e 1 dia a 30 meses de idade
G4	Grupo 4, com crianças entre 30 meses e 1 dia a 36 meses de idade
HHDS	Hospital Dr. Dório Silva
IC	Iniciação científica

IG	Idade Gestacional
LAVE	Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo de Rescorla
LRE	Escala de Linguagem Receptiva, componente das <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development</i> (BSID-III)
LEX	Escala de Linguagem Expressiva, componente das <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development</i> (BSID-III)
MAM	Escala de Motricidade Ampla, componente das <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development</i> (BSID-III)
MBP	Muito Baixo Peso
Md	Mediana
MFI	Escala de Motricidade Fina, componente das <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development</i> (BSID-III)
MS	Ministério da Saúde
n	Tamanho da amostra de participantes da pesquisa
OMS	Organização Mundial da Saúde
O ₂	Oxigênio
P	Proporção
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PN	Peso ao nascer
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES
PT	Prematuridade; Prematuro (idade gestacional >37 semanas)
RM	Ressonância Magnética
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Total
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
USTF	Ultrassom Transfontanela
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
\bar{x}	Média
WISC	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

Silveira, Kelly Ambrósio (2009, maio). *Fatores biopsicossociais e problemas de desenvolvimento de crianças de um a três anos de idade, nascidas pré-termo e com baixo peso*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 253p.

RESUMO

A prematuridade (PT) e o baixo peso ao nascer (BP) são fatores de risco para problemas de desenvolvimento, gerando pesquisas sobre avaliação e intervenção precoce. Esta pesquisa analisou relações entre características do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental de crianças PT-BP, com idade entre 1 e 3 anos, e variáveis biopsicossociais. Participaram 40 crianças (divididas em 4 grupos de 10 crianças, do G1 ao G4, com intervalo de 6 meses de idade), nascidas em hospital público, e seus pais. Pela *Bayley Scales for Infant and Toddler Development-III* (BSID-III), avaliou-se o risco para problemas de desenvolvimento. Os familiares responderam uma escala sobre problemas comportamentais (*Child Behavior Checklist – CBCL 1½-5 anos*), linguagem expressiva (Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo – LAVE) e a Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais. Analisaram-se também dados de nascimento e do *Follow up*. Estavam em risco para problemas de desenvolvimento 2,5% da amostra (sobretudo crianças do G1 e G4) e 24,5% tinham risco moderado. Houve baixo desempenho cognitivo em 50% da amostra. A análise de variância mostrou similaridade no desempenho de G3 e G4 em todas as escalas da BSID-III. G4 apresentou mais resultados anormais no ultrassom transfontanela e maior comprometimento motor. Na linguagem expressiva (LAVE), 90% do G3 e G4 tiveram desempenho abaixo da média. Houve correlação entre condições de nascimento, especialmente PT e BP, e problemas de desenvolvimento. Contudo, os problemas comportamentais, que aumentaram com a idade, apresentaram correlação somente com fatores psicossociais. A baixa associação entre indicadores de risco psicossocial e problemas no desenvolvimento ressalta as possibilidades de ação de mecanismos de proteção e resiliência.

Financiamento: CNPq (bolsa de Mestrado) e CNPq (Proc. 485564/2006-8).

Palavras-chaves: 1) Fatores de risco ao desenvolvimento; 2) Prematuridade; 3) Baixo peso; 4) Avaliação do desenvolvimento.

Área de conhecimento: 7.07.07.01-4 - Desenvolvimento.

Subárea (s) de conhecimento: 7.07.07.01-4 - Desenvolvimento; 7.07.10.00-7 - Tratamento e Prevenção Psicológica.

Silveira, Kelly Ambrósio (2009, May). *Biopsychosocial factors and developmental problems of children from one to three years old, premature and low birth weight*. Masters Thesis, Postgraduation Program in Psychology, Human and Natural Science Centre at the Federal University of Espírito Santo. Vitória, ES, 253p.

ABSTRACT

Prematurity (PT) and low birth weight (LBW) are risk factors for developmental problems, generating research on assessment and early intervention. This research analyzed relationships between cognitive, motor, language and behavioral characteristics of children PT-LBW between 1 and 3 years old, and biopsychosocial variables. A sample of 40 children (10 per group, with 6 months of interval), born in public hospitals, and their parents were the participants. The *Bayley Scales for Infant and Toddler Development-III* (BSID-III) evaluated the risk for developmental problems. Parents responded to scales on behavioral problems (*Child Behavior Checklist - CBCL 1½ to 5 years*), expressive language (*Rescorla Language Development Survey - LDS*) and an *Interview for the Identification of Biopsychosocial Risks*. Data on birth and *Follow up* were analyzed. Were at risk for developing problems 2.5% of the sample (especially children from G1 and G4) and 24.5% had moderate risk. There was low cognitive performance in 50% of the sample. The analysis of variance showed similarity in the performance of G3 and G4 at all scales BSID-III. G4 had more abnormal cerebral ultrasound results and more severe motor. In expressive language (LAVE), 90% of G3 and G4 were performing low average. There was a correlation between conditions of birth, especially PT and BP, and developmental problems. However, behavioral problems, which increased with age, showed only correlation with psychosocial factors. However, behavioral problems, which increased with age, showed significant correlation only with psychosocial factors. The low association between indicators of risk and problems in the development underscored the possibility of mechanisms of protection and resilience.

Funding: CNPq (Masters scholarship).

Key Words: 1) Risk factors for development; 2) Prematurity; 3) Low weight; 4) Evaluation of development.

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade (PT) tem sido definida como idade gestacional inferior a 37 semanas, segundo a *World Health Organization* (WHO) (1992, 2003), e o *Baixo Peso* ao nascimento (BP), por sua vez, pode ser entendido como aquele inferior a 2.500g, sendo o *Muito Baixo Peso* (MBP) referente ao peso inferior a 1.500g (Linhares, Carvalho, Correia, Gasparido & Padovani, 2006; Lubchenco, 1984; Brasil, Ministério da Saúde, 1994).

A frequente ocorrência desses fatores relacionados ao nascimento tem sido preocupante. Cerca de 9,1 milhões de crianças morrem anualmente devido ao baixo peso, que pode ser resultado da prematuridade e do retardamento do crescimento intra-uterino e está associado a diferentes fatores (WHO, 1992).

Em países desenvolvidos, o baixo peso ao nascimento está relacionado, em ordem de importância, ao uso de cigarro, peso ganho durante a gravidez, peso anterior à gravidez, prematuridade e ao feto de sexo feminino. Já em países em desenvolvimento, os fatores relacionados são: ganho inadequado de peso durante a gravidez e ingestão de poucas calorias, peso anterior à gravidez, pequena estatura, malária e feto de sexo feminino (WHO, 1992).

As causas da prematuridade são menos delineadas. O uso de cigarro, histórico de nascimentos prematuros e abortos espontâneos, além do baixo peso, parecem ser fatores associados. A prematuridade pode estar ligada aos mesmos riscos para o desenvolvimento que o baixo peso ao nascer. Entretanto, crianças nascidas prematuras e com baixo peso são o grupo de maior risco (WHO, 1992).

Quanto maior for o grau de prematuridade e baixo peso, maior é a possibilidade da criança desenvolver problemas (WHO, 2003); o que é preocupante,

uma vez que o baixo peso ao nascer pode vincular-se à prematuridade em 40% dos casos (Velasco, 1998).

A proporção de recém-nascidos com BP varia de acordo com as regiões no mundo. Em 1990, cerca de 24,7 milhões de crianças nasceram com essa condição, correspondendo a 17% do total de nascimentos. Países desenvolvidos, no entanto, apresentam uma taxa de 7% de crianças nascidas com BP e, em países em desenvolvimento, essa taxa chega a 19% (WHO, 1992).

De acordo com o relatório de um hospital de referência para o atendimento em casos de gravidez e nascimento de risco no Estado do Espírito Santo (Santos, Paiva Neto & Passos, 2005), “(...) o incremento na assistência a recém-nascidos de alto risco aliado ao não crescimento da Unidade de Tratamento Materno-Infantil/UTMI – HDDS resultou em piora dos indicadores de assistência” (p. 6). Em 2005, dos 1.477 nativos, 65,27% nasceram de gestações entre 37 e 42 semanas, havendo 412 bebês (27,89%) que nasceram de gestações entre 32 e 37 semanas, 60 bebês (4,06%), com tempo de gestação entre 28 e 32 semanas, e 26 (1,76%) com gestação entre 22 e 28 semanas. Desse conjunto de bebês, 64,66% tinham peso entre 2.500-4.000g, 23,29% (340) pesaram entre 1.500 e 2.500g, 4,93% (72) pesaram entre 1.000 e 1.500g e, por fim, 3,01% (44) pesaram menos de 1.000g. Os casos de anomalia fetal totalizaram 20 bebês (1,36%), dos quais 13 morreram (65%). Os valores de Apgar foram predominantes na faixa de 8-10 pontos (92,36%), mas 90 bebês (6,18%) tiveram valores entre 4-8 e 21 (1,4%) receberam nota entre 0-4 pontos.

Pesquisas brasileiras indicam a correspondência entre o nível socioeconômico e a incidência de BP (Silva, Babieri, Bettiol, Dal Bó, Mucillo & Gomes, 1991; Yunes, Coelho, Cólili & Conceição, 1978) e o risco ao

desenvolvimento medido pelo Apgar¹ (D'Orsi, Carvalho & Cruz, 2005). A ocorrência de prematuridade e BP pode estar associada também à idade materna superior a 35 anos (Senesi, Tristão, Andrade, Kraiden, Junior & Nascimento, 2004) e à gestação na adolescência (Rocha, Souza, Guazzelli, Chambô Filho, Soares & Nogueira, 2006; Velasco, 1998).

Prematuridade e BP, além dos problemas respiratórios, circulatórios, infecções relacionadas ao parto e hemorragias, são fatores relacionados à ocorrência de óbitos neonatais. Estima-se que 73,8% desses óbitos parecem ser evitáveis e relacionados à qualidade da assistência à saúde em geral e do pré-natal (Ministério da Saúde, 2007). Zardo e Procianoy (2003) verificaram que proporção semelhante de óbitos é causada pelo peso inferior a 1.500g em crianças submetidas a tratamento intensivo neonatal. Castro e Leite (2007) constataram, no Estado do Ceará, a sobrevivência de 49% dos RN com peso inferior a 1.500g. A vulnerabilidade parece aumentar nos casos de peso inferior a 1.000g, que pode contribuir para o aparecimento de sequelas neurossensoriais graves nos primeiros dois anos de vida (Rugolo, 2005).

Esses dois fatores podem levar a medidas antropométricas inferiores e condições clínicas mais precárias nos recém-nascidos (RN) (Goto, Gonçalves, Netto, Morcillo & Moura-Ribeiro, 2005; Yunes, Coelho, Cólly & Conceição, 1978). Os fatores de morbidade neonatal mais frequentemente relacionados são a síndrome de adaptação respiratória, a síndrome do desconforto respiratório e a hiperbilirrubinemia (Castro & Leite, 2007). Além disso, facilitam a ocorrência de problemas como dificuldade na alimentação, temperatura corporal anormal, síndrome do *stress*

¹ Teste de Apgar: "avaliação rápida da frequência cardíaca, respiração, cor, tônus muscular e reflexos do recém-nascido, que é usado para aferir o estresse perinatal e determinar se o neonato necessita de assistência médica imediata" (Shaffer, 2005, p. 311).

respiratório, apnéia, icterícia, anemia, hemorragia intraventricular e pouca glicose na corrente sanguínea (WHO, 2003), exigindo a frequência em programas de *Follow Up*² e atendimento especializado.

Cabral e Penalva (2008) indicam que as crianças de alto risco, entre elas as que nasceram com menos de 1.500g e idade gestacional inferior 33 semanas, podem apresentar complicações pós-parto, entre elas, a anemia e a osteopenia de prematuridade. Broncodisplasia, cardiopatias, problemas no refluxo gastro-esofágico e hérnia inguinal também podem ocorrer. Entre os problemas neurológicos que podem se manifestar, estão a convulsão e a hidrocefalia.

Apesar das consideráveis influências da prematuridade e BP para os recém-nascidos (Carvalho & Gomes, 2005; Horta, Barros, Halpern & Victora, 1996), o avanço na tecnologia aumentou a sobrevivência desses, a partir da melhoria dos equipamentos, medicações e técnicas nas UTIN (Lorenzi, Tanaka, Bozzetti, Ribas & Weissheimer, 2001). O uso do surfactante é uma das técnicas utilizadas, sendo capaz de reduzir em até 40% o número de mortes por Doença Pulmonar da Membrana Hialina em bebês com menos de 28 dias de vida (Ministério da Saúde, 2007). Além disso, cita-se os cuidados do Programa *Mãe-canguru*, que podem regular a temperatura do bebê, facilitar o processo de alimentação e diminuir os episódios de apnéia (WHO, 2003), bem como facilitar o apego com a mãe (Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003), melhorar o crescimento (Freitas & Camargo, 2007) e o desenvolvimento motor (Barradas, Fonseca, Guimarães & Lima, 2006).

Com a maior sobrevivência desse grupo de crianças, torna-se necessário investigar os principais aspectos de seu desenvolvimento a longo prazo e, além

² Programas de *Follow up*: Programas de avaliação longitudinal de aspectos do desenvolvimento infantil.

disso, descobrir os fatores que podem influenciar negativa ou positivamente nos processos de desenvolvimento; tema este da presente pesquisa.

1.1. Influências da prematuridade e do baixo peso no desenvolvimento infantil

O estudo da interação entre diferentes condições para o desenvolvimento infantil, com vistas a investigar a natureza dos processos de desenvolvimento, as origens e os cursos de padrões individuais de adaptação comportamental, bem como os fatores e mecanismos que influenciam positiva ou negativamente em diferentes trajetórias de vida inclui-se nos objetivos determinados pela Psicopatologia do Desenvolvimento. Klein e Linhares (2007) descrevem essa área de conhecimento e a relacionam, também, ao estudo sobre transtornos de desenvolvimento à luz do contexto normativo da Psicologia, incorporando os parâmetros do desenvolvimento à compreensão das psicopatologias e entendendo possíveis desordens de modo contextual, sem o uso de previsões lineares deterministas ou isomórficas.

Assim, é de considerável importância a investigação de fatores de risco para problemas no desenvolvimento, sejam eles cognitivos, linguísticos, motores e comportamentais. A investigação da influência da prematuridade e o baixo peso ao nascer para o desenvolvimento infantil, nesse sentido, torna-se necessária devido à sua frequente ocorrência.

1.1.1. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento cognitivo

A literatura tem indicado prejuízos em diversas áreas do desenvolvimento nas crianças nascidas prematuras e com baixo peso. Ser pequeno para idade gestacional, ultra-som transfontanela anormal e sexo masculino parecem ser fatores prognósticos de pior evolução para o desenvolvimento cognitivo, conforme estudo

proposto por Méio, Lopes e Morsch (2003), com crianças pré-escolares nascidas prematuras e com muito baixo peso.

Briscoe, Gathercole e Marlow (2001) verificaram que crianças nascidas pré-termo apresentaram habilidade cognitiva e memória diária inferiores, em comparação com as crianças nascidas a termo, quando avaliadas pelo *Revermead Behavioural Memory Test Children* (RBMC) aos cinco anos de idade. Déficits cognitivos, como planejamento, coordenação visomotora, capacidade de síntese, organização perceptiva e orientação espacial foram aspectos cognitivos deficitários em crianças prematuras e com baixo peso identificados na idade escolar (Méio, Lopes, Morsch, Monteiro, Rocha & Borges, 2004).

Em revisão sistemática da literatura, Rodrigues, Mello e Fonseca (2006) verificaram que os escolares nascidos com muito baixo peso ao nascer apresentaram maior risco de dificuldades de aprendizagem quando comparados aos nascidos a termo, com predomínio do acometimento de múltiplos domínios acadêmicos, sendo a matemática a área mais prejudicada. Observaram, também, um gradiente crescente de risco à medida que o peso ao nascer diminuía, além da associação entre muito baixo peso ao nascer e comprometimento cognitivo.

Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho e Martinez (2005), ao utilizarem os testes Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, Desenho da Figura Humana e a Escala Comportamental Infantil (ECI), observaram que as crianças PT, na fase escolar, apresentaram mais frequentemente nível intelectual inferior à média e problemas comportamentais em comparação às AT.

Oliveira (2008), a partir da aplicação dos testes Escala de maturidade Mental Columbia e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, também verificou que as crianças nascidas prematuras e com baixo peso, na idade

escolar, apresentaram desempenho cognitivo inferior ao das crianças nascidas com peso e idade gestacional dentro da normalidade. Apresentaram, também, prejuízo nas habilidades acadêmicas e nas operações cognitivas facilitadoras, quando avaliadas na modalidade de Avaliação Assistida (com assistência do examinador), a partir do *Children's Analogical Thinking of Modifiability Test* - CATM (Tzuriel & Klein, 1990).

Segundo Bordin, Linhares e Jorge (2001), o desempenho cognitivo, medido pelos testes *Wechsler Intelligence Scale of Children* (WISC) e Raven, de crianças nascidas prematuras e com baixo peso na idade escolar, pode apresentar correlações significativas com indicadores comportamentais.

A identificação de comprometimentos no desenvolvimento cognitivo em crianças nascidas prematuras e com baixo peso pode ocorrer desde os primeiros anos de vida. Bühler, Flabiano, Mendes e Limongi (2007), ao avaliarem o desenvolvimento da permanência de objeto em crianças prematuras e com baixo peso e crianças nascidas com idade gestacional e peso adequados, observaram diferença estatisticamente significativa ao longo do sexto e décimo segundo mês de vida. Para todas as fases da construção da permanência do objeto, foi evidenciado atraso de dois a três meses no desenvolvimento cognitivo.

Ao avaliarem o desenvolvimento cognitivo de crianças com cerca de 21 meses, Mello, Dutra, Silva e Lopes (1998) verificaram que cerca de 20% da população de crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso apresentaram alterações no desenvolvimento cognitivo, a partir da avaliação por meio das *Bayley Scales for Infant and Toddler Development* (BSID-II) Os mesmos autores constataram que o exame neurológico é sensível para identificar alterações cognitivas, apesar de não ser suficientemente preditivo. Por outro lado,

ultrassonografia, apesar de apresentar especificidade para o desenvolvimento cognitivo, também não apresenta preditividade satisfatória para identificar alterações cognitivas.

Eickman, Lira e Lima (2002) verificaram que, aos 24 meses de idade, as crianças com baixo peso podem apresentar pior desempenho cognitivo, principalmente quando há a influência de variáveis mediadoras de origem psicossocial. Para esse estudo, também foi utilizada a BSID-II.

As alterações cognitivas, detectadas nos primeiros anos por meio da BSID-II em crianças nascidas prematuras e com baixo peso, podem estar relacionadas com os resultados de problemas cognitivos e comportamentais verificados na idade pré-escolar (Espírito Santo, Portuguez & Nunes, 2009).

Além de alterações cognitivas e comportamentais, a prematuridade e o baixo peso no nascimento também estão associados a dificuldades na área motora, como se vê a seguir.

1.1.2. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento motor

O nascimento prematuro parece afetar o desenvolvimento motor, sobretudo o sistema sensorio motor oral (Castro, Lima, Aquino & Eickmann, 2007) e o processo de desaparecimento de reflexos primitivos, como a preensão plantar, reflexo de Moro e preensão palmar (Olhweiler, Silva & Rotta, 2005). No entanto, não parece haver diferenças no controle de cabeça entre crianças nascidas a termo e pré-termo (Bonvicine, Quibáo, Asa, Silva & Gaetano, 2004).

O equilíbrio e tônus muscular parece ser menor em casos de prematuridade. Castro et al. (2007) verificaram que bebês mais prematuros apresentaram atraso no desenvolvimento motor global, relacionado ao suporte de peso, postura e controle dos músculos antigravitacionais.

No estudo desenvolvido por Santos, Campos, Gonçalves, Mello, Campos e Gagliardo (2004), verificou-se menor desempenho motor entre crianças de maior e menor peso ao nascer, no terceiro mês de vida. Contudo, a diferença entre os grupos tornou-se estatisticamente significativa posteriormente, na avaliação feita no sexto mês. Concluiu-se também que a variável peso de nascimento pode ter influenciado o desempenho motor dos grupos, favorecendo o grupo com peso adequado para a idade gestacional.

A desvantagem no desenvolvimento percepto-motor e o baixo tônus postural podem perdurar até a idade escolar. Magalhães, Catarina, Barbosa, Mancini e Paixão (2003) observaram que, para ter o mesmo nível de acuidade no traçado, as crianças pré-termo mostraram-se mais lentas, o que pode ter impacto funcional, resultando em lentidão na escrita, com consequências no desempenho escolar.

O baixo peso no nascimento também está relacionado ao pior desempenho motor e cognitivo (Gagliardo, Gonçalves, Lima, Francoso & Netto, 2004; Goto et al., 2005; Mello, Gonçalves & Souza, 2004).

Contudo, sabe-se que prejuízos no desenvolvimento motor, ao longo do primeiro ano de vida, podem ser minimizados a partir de intervenções específicas direcionadas às crianças e a grupos de orientação de pais (Formiga, Pedrazzani & Tudella, 2004).

O desenvolvimento da linguagem também pode ser afetado pelas condições de nascimento, como a prematuridade e o baixo peso, como analisado a seguir.

1.1.3. Relações entre prematuridade, baixo peso e o desenvolvimento linguístico

O desenvolvimento da linguagem parece estar comprometido, sobretudo em crianças nascidas prematuras e com peso inferior a 1.500g, segundo Schirmer,

Portuguez e Nunes (2006). Esses autores verificaram que, aos três anos de idade, o atraso de linguagem nessa população vem acompanhado de atraso no desenvolvimento cognitivo e psicomotor.

No estudo prospectivo de Lichtig, Monteiro, Couto, Haro, Campos e Vaz (2001), foi identificado atraso no desenvolvimento psicomotor e na localização auditiva da fonte sonora em 5% dos nascidos com baixo peso. Correlações positivas entre idade gestacional e desempenho cognitivo e linguístico também foram encontradas na literatura, segundo revisão de Oliveira (2008).

Atrasos na aquisição da linguagem podem ser verificados ao longo do desenvolvimento de crianças pequenas para a idade gestacional. No estudo longitudinal de Oliveira, Lima e Gonçalves (2003), verificou-se que, aos 12 meses de idade, crianças nascidas prematuras tiveram atraso significativo na produção das primeiras palavras, apesar de, aos 6 meses, não terem sido identificadas diferenças significativas em comparação com o grupo de crianças nascidas a termo.

A partir de revisão de literatura, Guedes (2008) afirmou que, quanto mais precocemente as crianças nascem, maior é o comprometimento no vocabulário e no uso de palavras descontextualizadas. Relativamente, os prematuros apresentam mais dificuldade para o uso de formas irregulares e combinação de palavras. A autora concluiu que a prematuridade pode ser associada ao aumento do risco para alterações de linguagem no desenvolvimento tardio e que, aparentemente, apenas a idade gestacional não é suficiente para prejudicar o desenvolvimento de linguagem, apesar dos prematuros serem os mais prejudicados aos dois anos de idade.

A prematuridade associada ao baixo peso pode, de fato, interferir no desenvolvimento infantil ao longo dos 24 meses de vida, em crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, independente do diagnóstico neurológico (Isotani,

Pedromônico, Perissinoto & Kopelman, 2002), o que reafirma a necessidade de programas multiprofissionais de acompanhamento e intervenção no desenvolvimento.

Chermont, Cunha, Sales, Moraes e Malveira (2005) complementam essa questão. Os autores observaram que crianças nascidas prematuras e com baixo peso, sobretudo aquelas de dois anos, apresentaram menor desempenho linguístico e pessoal-social, a partir da aplicação do teste Denver-II.

Aos três anos de idade, as crianças nascidas prematuras e com baixo peso também podem apresentar risco de ter um atraso no desenvolvimento da linguagem; sendo que as crianças que tem atraso no desenvolvimento de linguagem podem apresentar um desempenho cognitivo e psicomotor inferior ao das crianças com desenvolvimento normal, quando avaliados com os testes Denver-II e Bayley-II (Schirmer et al., 2006).

1.1.4. Relações entre prematuridade, baixo peso e o comportamento

Em estudo com 20 crianças entre um e dois anos, nascidas prematuras e com baixo peso, Chermont, Cunha, Sales, Moraes e Malveira (2005) observaram que 65% (13 crianças) apresentaram dificuldades no comportamento pessoal-social.

Dificuldades comportamentais também podem ser identificadas, principalmente na idade escolar, como observou Oliveira (2008), ao verificar que crianças pré-escolares nascidas prematuras e com baixo peso apresentaram mais problemas de comportamento relacionados aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição (DSM-IV) ao serem comparados com crianças de peso e idade gestacional considerados normais.

Carvalho, Linhares e Martinez (2001) identificaram maior proporção de problemas respiratórios, enurese noturna, recusa escolar, agitação, impaciência,

inquietação e agarramento à mãe nas crianças escolares nascidas com MBP (<1.500g), quando comparadas às crianças nascidas a termo.

De acordo com Morsh e Abreu (2008), a superproteção parental, presente em alguns casos de nascimento de alto risco, pode impedir a criança de administrar os estímulos próprios da vida. Para os autores, a minimização da falta, elemento fundamental que permite a criança desejar, crescer e adquirir independência, pode levar ao desenvolvimento de problemas comportamentais.

Gray, Indurkha e McCormick (2004), ao avaliarem a prevalência, a estabilidade e os preditores para problemas comportamentais clinicamente significativos, a partir do *Child Behavior Checklist* (CBCL), em crianças de três, cinco e oito anos de idade, nascidas prematuras e com baixo peso, chegaram a importantes resultados. As crianças da amostra apresentaram o dobro de problemas comportamentais esperados para cada idade. Além disso, essa tendência a problemas comportamentais mostrou-se estável ao longo do tempo. Os autores americanos verificaram que o uso de cigarro durante a gravidez, o *distress* materno ao longo da gestação, a idade materna e a origem hispânica foram preditores significativos para o desenvolvimento de problemas, principalmente nas idades de três e oito anos.

Faz-se necessário considerar que a prematuridade e o BP não são os únicos fatores determinantes para atrasos em quaisquer áreas do desenvolvimento. Ao longo de seu crescimento, a criança está vulnerável a uma série de fatores que poderão agir em conjunto ou isoladamente e contribuir para déficits em habilidades específicas, como se vê a seguir.

1.2. Outros fatores de risco para atraso no desenvolvimento

Conforme exposto anteriormente, a prematuridade e o baixo peso são apenas algumas variáveis que podem estar relacionadas a problemas no desenvolvimento e no comportamento. Dessa forma, é importante resgatar, a partir da área da Psicopatologia do Desenvolvimento, a idéia de que as desordens de adaptação do indivíduo devem ser entendidas sob a ótica do processo e do contexto, sem previsões lineares, deterministas ou isomórficas (Rutter & Sroufe, 2000).

Observa-se, na literatura, a apresentação de diversos tipos de fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Para uma melhor compreensão da natureza e impacto de cada um dos fatores de risco pesquisados, faz-se necessária a delimitação de conceitos como fator de risco, fator de promoção, vulnerabilidade e resiliência.

De acordo com Klein e Linhares (2007), o *fator de risco* pode ser definido como uma variável relacionada a um resultado desenvolvimental negativo, que aumenta a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos ou sociais, podendo ser localizado na pessoa ou no ambiente e de forma combinada em ambos. Deve, também, ser entendido como um indicador potencial que aumenta a probabilidade da ocorrência de efeitos negativos no desenvolvimento.

O *fator de promoção* é uma variável relacionada a resultados positivos no desenvolvimento (Klein & Linhares, 2007). Já a *vulnerabilidade* frequentemente implica em estressores biológicos e psicossociais (Haggerty et al., 2000) provenientes de fatores de risco psicossocial ou biológico, tornando a pessoa potencialmente fragilizada diante de outros eventos estressores. As crianças vulneráveis são consideradas crianças em risco para problemas de desenvolvimento (Sapienza & Pedromônico, 2005). Haggerty et al. (2000) afirmam, ainda, que existe

uma relação entre eventos estressantes e doença, porém essa relação ainda é difícil de ser identificada. O que já se sabe é que alguns indivíduos são mais suscetíveis ou vulneráveis a esses eventos, quando comparados a outros na mesma situação de risco, por diferenças fisiológicas ou psicológicas.

Por outro lado, a *resiliência* pode ser entendida como o manejo, pelo indivíduo, de recursos pessoais e contextuais (Sapienza & Pedromônico, 2005). Ela está associada a fatores protetores que predizem consequências positivas em crianças em situação de risco. Nesse sentido, a pessoa resiliente utiliza recursos positivos para enfrentar adversidades e a resiliência seria um fator de proteção para a adaptação do indivíduo às exigências cotidianas.

A partir dessas considerações, tentou-se agrupar em classes alguns possíveis fatores de risco para o desenvolvimento elencados na literatura, para facilitar a compreensão da metodologia acerca da coleta e análise dos dados, bem como dos resultados obtidos neste estudo.

Os fatores de origem biológica podem afetar diretamente o desenvolvimento da criança, a partir da ação comprometida de determinadas funções, sistemas ou estruturas orgânicas, durante a gestação, o nascimento ou após a alta hospitalar. Podem ser problemas neurológicos e respiratórios, hemorragia intracraniana, prematuridade e baixo peso ao nascer, por exemplo.

Os fatores de origem psicossocial também podem afetar o desenvolvimento infantil, a partir de sua influência na estimulação de estruturas neurológicas, cognitivas e afetivas ainda em fase de ampliação nos primeiros anos da criança. Englobam-se, aqui, fatores de origem ambiental, como as características do espaço no qual a criança está inserida, a qualidade e quantidade da interação com outras pessoas e a oferta de recursos lúdicos. A renda familiar, o tipo de trabalho

desenvolvido pelos familiares e a escolaridade dos pais também são destacados. Variáveis psicológicas, como o grau de estresse e ansiedade dos familiares, aceitação e enfrentamento da gravidez, bem como do nascimento prematuro, além das expectativas acerca do desenvolvimento da criança também são fatores destacados.

A proposta de classificação dos diferentes tipos de risco para o desenvolvimento infantil, que foi utilizada neste trabalho, pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1. Proposta de classificação de fatores de risco para o desenvolvimento infantil

Classificações	Fatores Biológicos				Fatores Psicossociais		
	Problemas do feto ou da mãe durante a gravidez	Problemas no parto, complicações no parto, por exemplo.	Problemas adquiridos após a alta hospitalar	Problemas socioeconômicos	Fatores Ambientais	Fatores psicológicos	
Exemplos de variáveis de pesquisa	Síndromes genéticas; pressão alta materna, por exemplo.	Problemas respiratórios, complicações no parto, por exemplo.	Doenças infecciosas, problemas visuais, auditivos, por exemplo.	Renda familiar, tipo de moradia, por exemplo.	Qualidade da interação da criança com outras pessoas, oferta de materiais lúdicos, por exemplo.	Nível de stress e ansiedade dos pais, aceitação da gravidez e do nascimento prematuro, expectativas sobre o desenvolvimento, por exemplo.	

A seguir, serão apresentados dados sobre a influência de cada um desses fatores para o desenvolvimento infantil, sobretudo nos casos de prematuridade e baixo peso ao nascer.

Determinadas condições maternas podem causar problemas durante o nascimento. Nascimento (2003) verificou que, além da idade materna inferior a 20 anos, a presença de outros filhos com baixo peso, ganho de peso igual ou menor que 10kg, hipertensão arterial e tabagismo podem levar ao nascimento de crianças com baixo peso. Zambonato, Pinheiro, Horta e Tomasi (2004) verificaram que, além da baixa estatura materna, o baixo nível socioeconômico, o tabagismo materno e o pré-natal de baixa qualidade foram os principais fatores de risco para PIG³.

Contudo, determinadas condições maternas nem sempre prejudicam o desenvolvimento infantil. A hipertensão gestacional, por exemplo, parece não ser suficiente para causar danos neurológicos importantes aos 12 meses de vida (Dias, Piovesana, Montenegro & Guerreiro, 2005).

A prematuridade e o baixo peso podem ser fatores de risco para o desenvolvimento, principalmente se associados a fatores perinatais como anóxia, septicemia, icterícia de prematuridade, indicadores de asfixia e uso de oxigênio, doença pulmonar crônica e tempo de internação (Bordin, 2005). Quando esses fatores se apresentam conjuntamente, o risco para o desenvolvimento pode aumentar de modo potencial.

Muito precocemente, também, os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são fatores relevantes, uma vez que podem ser proveitosos à criança ao oferecerem estimulação precoce. Nesse contexto, o estresse dos

³ Nesse estudo, a classificação PIG (Pequeno para a Idade Gestacional) foi definida como peso ao nascer, de acordo com o sexo e a idade gestacional, abaixo do percentil 10 da população de referência.

funcionários de UTIN, por vezes presente, pode ser prejudicial à recuperação e desenvolvimento dos recém-nascidos, devendo ser controlado por meio de intervenções específicas (Enumo et al., 2007; Camelo & Angerami, 2004; Domingos, Miyazaki, Valério & Pucci, 1996; Sawaia, 1995; Lambert & Oliveira, 1996).

Problemas posteriores à alta hospitalar, assim como doenças crônicas adquiridas e as frequentes internações posteriores, também podem afetar o desenvolvimento infantil. A desnutrição leve, nesse contexto, pode se associar a deficiências nas áreas de linguagem e sociabilidade, a partir de avaliações neuropsicomotoras de crianças entre 7 e 24 meses de idade (Mansur & Neto, 2006).

Tanto fatores de risco de origem biológica como os de origem psicossocial devem ser considerados para a compreensão dos processos de desenvolvimento. Halpern e Figueiras (2004) afirmam o importante papel das influências de origem psicossocial para o desenvolvimento, as quais podem amenizar ou potencializar quaisquer tendências de origem biológica para o atraso no desenvolvimento.

Em seu estudo de revisão sobre fatores que podem levar a atrasos no desenvolvimento e a importância da família, Silva (2002) mencionou que, com o aumento da idade gestacional, há uma contribuição maior dos fatores genéticos nos resultados de testes cognitivos, enquanto que, para as crianças de menor idade gestacional, predominaram as influências ambientais, demonstrando a susceptibilidade desse grupo e a importância especial de proteção e cuidados, inclusive médicos, para o desenvolvimento cognitivo.

É importante destacar que, em crianças de menor idade, atrasos no desenvolvimento parecem estar mais relacionados a condições de origem orgânica. Halpern, Barros, Horta e Victora (1998) verificaram que o peso ao nascer está mais

relacionado ao risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do que a variável renda, em crianças de 12 meses de idade.

Ao analisarem os fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida, Halpern, Giugliani, Victora, Barros e Horta (2001) concluíram que as crianças que apresentaram maior atraso foram as que nasceram prematuras e com baixo peso, em especial aquelas que eram as mais pobres, que tinham mais de três irmãos e que não haviam sido suficientemente amamentadas. No mesmo estudo, aquelas que apresentaram um índice peso/idade aos seis meses menor ou igual a 2 desvios-padrão da referência tiveram um risco dez vezes maior de suspeita de atraso no desenvolvimento; reforçando, assim, a característica multifatorial do desenvolvimento e o conceito de efeito cumulativo de risco.

A menor estimulação ambiental pare estar relacionada ao menor desenvolvimento cognitivo (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida Filho & Barreto, 2005) e motor, mesmo estando a criança em ótimas condições biológicas (Andraca, Pino, La Parra & Marcela, 1998). Andrade et al. (2005) sugeriram que a menor escolaridade materna propicia uma menor organização do tempo e do ambiente físico e uma menor variação da estimulação diária, ao passo que Andraca et al. (1998) verificaram que o desenvolvimento motor é mais suscetível aos riscos de origem social do que o desenvolvimento cognitivo, ao longo do primeiro ano de vida.

Ao estudarem a preditividade da BSID II, para o desenvolvimento cognitivo, Dezoete, Macarthur e Tuck (2003) verificaram que as condições familiares eram variáveis mais preditoras do desenvolvimento cognitivo aos 4 anos do que o nascimento prematuro e o baixo peso ao nascimento. Zwicker e Harris (2008)

complementam essa questão a partir de um estudo de revisão de literatura, afirmando que os efeitos da prematuridade e do peso ao nascer sobre os indicadores gerais de saúde e desenvolvimento tendem a diminuir com o tempo.

Ao avaliarem o desenvolvimento mental e motor pela BSID, em crianças de 24 meses de idade, nascidas a termo e com baixo peso, em comparação com crianças nascidas com peso adequado, Eickman et al. (2002) verificaram que condições sócio-econômicas e de estimulação ambiental explicaram maior parte da variação do índice de desenvolvimento mental e do desenvolvimento motor, respectivamente. Juntas, elas explicaram 23% e 21% da variação desses índices. O baixo peso ao nascer influenciou apenas 3% da variação do índice mental e 5% do motor.

Sabe-se que o ambiente familiar de crianças com dificuldades na aprendizagem associadas a problemas comportamentais pode apresentar menos recursos e maior adversidade, incluindo problemas nas relações interpessoais, falhas parentais quanto a supervisão, monitoramento e suporte, indícios de menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos (Ferreira & Marturano, 2002).

É importante destacar que alguns dos fatores apresentados podem estar presentes ao mesmo tempo no histórico de desenvolvimento, pois um fator pode dar origem a outro. O *stress* materno, como indica o estudo de Zucchi (1999), pode ser um fator desencadeador do nascimento de risco. O *stress* materno, por sua vez, parece aumentar nos casos de nascimento prematuro e do baixo peso (Younger, Kendell & Pickler, 1997; Singer et al., 1999; Ramos et al., 2008), assim como a depressão (Correia & Linhares, 2007) e a ansiedade (Linhares et al., 2006).

Deve-se ressaltar que riscos sociais parecem estar associados (Alves, 2006) e que a presença de múltiplos fatores de risco pode aumentar as chances do aparecimento de atrasos para o desenvolvimento (Andraca et al., 1998).

Mancini, Megale, Brandão, Melo e Sampaio (2004) verificaram que a situação de risco social, definido no estudo como a baixa renda familiar, pode prejudicar o desenvolvimento de habilidades funcionais de mobilidade e da independência social em crianças de três anos de idade. Os autores afirmaram que o alto risco biológico, definido no estudo como a presença de prematuridade, potencializou o prejuízo, por ser acompanhado da excessiva assistência do cuidador para tarefas funcionais. Magalhães et al. (2003) afirmaram que a superproteção pode limitar as experiências sensório-motoras e levar ao atraso no desenvolvimento percepto-motor.

Deve-se lembrar, também, que as crenças sociais sobre o desenvolvimento têm implicações para o mesmo. A criança tende a ser considerada como não plenamente agente, competente e responsável, devendo ser tutelada e estar sob a custódia de alguém idealmente preparado para responder as suas necessidades, tanto físicas, como afetivas e educacionais (Almeida & Cunha, 2003; Rabuske, Oliveira & Arpini, 2005). Mancini et al. (2004) discutem que a menor independência em atividades de função social está ligada às expectativas dos pais acerca do menor desempenho da criança pré-termo e dificuldade deles em entender a situação de fragilidade biológica, que não necessariamente se perpetua ao longo do desenvolvimento.

Problemas de saúde associados à primeira infância podem gerar reações emocionais nos familiares, tais como negação, responsabilização, raiva, depressão, isolamento e desorientação (WHO, 2003) e a forma de enfrentamento que os pais têm do nascimento da criança prematura e as expectativas construídas a respeito de

seu desenvolvimento podem influenciar o modo de interação com essa (Klein, 2005; Klein & Linhares, 2006), bem como afetar o processo de crescimento e desenvolvimento (Linhares et al., 2006). A depressão materna, nesse contexto, pode prejudicar a responsividade e, conseqüentemente, afetar a interação com a criança (Schwengber & Piccinini, 2003).

A literatura revela que certas condições psicológicas dos familiares podem alterar os processos de desenvolvimento (Linhares et al. 2004; Silva, 2002), como o caso da depressão materna (Miles, Holditch-Davis, Schwartz & Scher, 2007; Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005), gerando a necessidade de intervenções psicológicas, visando a melhor estimulação precoce (Carvalho, 2005).

Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) verificaram a associação entre problemas de saúde mental infantil, instabilidade financeira e *stress* materno. A oferta de atividades e a presença de rotina familiar, nesse estudo, estavam associadas a sintomas emocionais amenos e menor grau de hiperatividade.

Fraga, Linhares, Carvalho e Martinez (2008) constataram que crianças com menor idade gestacional e maior número de dias de internação na UTIN tiveram desenvolvimento adequado, quando acompanhadas de mães ansiosas, que tenderiam a promover intervenção precoce intensamente e a levar o filho mais assiduamente a programas de *Follow Up*.

A prática da intervenção precoce nos casos de maior vulnerabilidade infantil a diferentes fatores de risco é de extrema importância. Tendo em vista que o sistema neurológico ainda está em amplo processo de maturação durante os três primeiros anos de vida (Antunha, 1994; Ferrari, Toyoda, Faleiros & Cerutti, 2001) e que a criança está mais suscetível ao aprendizado de habilidades básicas, a intervenção torna-se mais eficaz.

Do mesmo modo, intervenções com familiares também são importantes, uma vez que a regulação da ansiedade e depressão e o apoio psicológico, visando a minimizar o impacto da prematuridade e do baixo peso ao nascer, podem aumentar a qualidade de estimulação oferecida à criança e potencializar seu desenvolvimento (Carvalho & Linhares, 2001; Martinez, Joaquim, Oliveira & Santos, 2007).

1.3. O problema de pesquisa e sua relevância

A análise da literatura aqui apresentada indica uma diversidade de possíveis prejuízos para a criança nascida prematura e com baixo peso. Entretanto, certos aspectos do desenvolvimento são examinados, ora em crianças nascidas prematuras, ora em crianças nascidas com baixo peso, deixando de fora o grupo que apresenta essas duas características e é considerado como de maior risco (Goto et al., 2005; WHO, 1992). Desse modo, faz-se necessário o uso da avaliação e detecção precoces de possíveis áreas deficitárias do desenvolvimento nesse grupo.

A literatura não parece indicar um consenso a respeito dos tipos de fatores (biológicos ou psicossociais) mais relacionados ao risco para o atraso no desenvolvimento durante o segundo e terceiro ano de vida. Como, nessas idades, o impacto dos agentes perturbadores do desenvolvimento sobre a criança pode ser amenizado a partir da estimulação precoce e de programas de intervenção familiar, é de extrema importância a investigação desses fatores.

Desse modo, há a necessidade de estudos que avaliem o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras e com baixo peso e que descrevam os fatores de risco mais frequentemente associados à possibilidade para atrasos, sejam eles de origem cognitiva, linguística, motora ou comportamental. Dados obtidos com esse tipo de trabalho poderão subsidiar programas de intervenção precoce, direcionados

tanto ao combate de fatores de risco presentes como à diminuição de possíveis carências no desenvolvimento apresentadas nas crianças, enfatizando ou a criança e seus possíveis aspectos deficitários, ou a família e sua capacidade de estimulação do desenvolvimento.

Assim, este estudo⁴ objetivou observar e avaliar aspectos do desenvolvimento cognitivo, linguístico, motor e comportamental de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, além de identificar variáveis de origem biológica e psicossocial relacionadas, a partir da indicação da literatura na área, ao risco para atraso no desenvolvimento. O problema de pesquisa investigado pode ser sucintamente expresso do seguinte modo:

Quais são as variáveis biológicas relacionadas ao parto e as variáveis psicossociais da família nos casos de problemas no desenvolvimento em crianças de um a três anos de idade, nascidas prematuras e com baixo peso, em hospital público?

Está se pressupondo, aqui, que haverá diferença significativa nos dados de desenvolvimento cognitivo, motor e linguístico, entre as crianças de maior e menor idade componentes da amostra.

Supõe-se, também, que a prematuridade e o baixo peso, se associados a fatores de risco biológico, como o maior número de dias e o uso de oxigênio na UTIN, entre outros, e fatores de risco psicossocial, como menor renda familiar, habitação superlotada, menor escolarização, entre outros, podem afetar com mais intensidade o desenvolvimento dessas crianças de um a três anos de idade.

⁴ Este estudo fez parte da pesquisa integrada do CNPq Proc. n. 485564/2006-8- "Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN", sob coordenação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.

1.4. Objetivos

Esta pesquisa pretendeu analisar as relações entre condições psicossociais e de nascimento adversas e o risco para atraso no desenvolvimento cognitivo, linguístico, motor e comportamental de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, com idade de um a três anos, nascidas em um hospital público. Mais especificamente, pretendeu-se:

1) descrever e analisar as características do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental de crianças entre um e três anos de idade nascidas pré-termo (idade gestacional - IG <37 semanas) e com baixo peso (peso ao nascimento - PN <2.500g), em um hospital público;

2) identificar e descrever os fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e ao contexto familiar, que, de acordo com a literatura, podem influenciar o desenvolvimento das crianças;

3) verificar possíveis relações entre condições adversas no nascimento, características de origem psicossocial e o risco para atraso no desenvolvimento geral dessas crianças.

2. MÉTODO

Para atingir os objetivos 1 e 2 desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa descritiva, utilizando um delineamento transversal e comparativo entre grupos independentes (Meltzoff, 2001), avaliando-se o desenvolvimento de crianças de um a três anos de idade, nascidas pré-termo (IG < 37 semanas) e com baixo peso (PN < 2500g), além de suas condições de risco biopsicossociais, comparando os grupos de idade entre si.

Para atingir o objetivo 3 da pesquisa, foi feito um delineamento quase-experimental, do tipo correlacional (Kantowitz, Roediger & Elmes, 2006), em que variáveis do sujeito (sexo, idade, nível sócio-econômico, escolaridade da mãe, entre outras) e variáveis *ex post facto* (prematuridade e baixo peso ao nascimento, entre outras) foram relacionadas às características do desenvolvimento e de comportamento dessas crianças. Convém já destacar que, para essa análise, considera-se o fato de existir uma relação sinérgica entre esses fatores, o que, em contexto médico significa que “(...) os efeitos combinados de duas ou mais variáveis não se somam: o efeito combinado é maior do que a soma dos componentes individuais. Isso significa que as variáveis interagem.” (Kantowitz et al., 2006, p. 76).

2.1. Participantes

Participaram desta pesquisa 40 crianças com idade de 1 a 3 anos e as 40 mães. As crianças eram de ambos os sexos, com idade de 1 a 3 anos, com idade média= 23,6 meses e desvio-padrão= 7,6 (Tabela 2). Considerando que o desenvolvimento motor, linguístico e cognitivo pode ser bastante acelerado nos primeiros anos de vida e que as crianças podem adquirir novas habilidades em um curto intervalo temporal (Bayley, 2006; Lefèvre, 1985), optou-se por inserir as

crianças em quatro grupos de idade específicos, respeitando o intervalo de seis meses entre as idades das crianças de um grupo e outro.

A divisão da amostra em grupos de idade foi realizada para facilitar a descrição das características biopsicossociais e do desenvolvimento em cada uma das faixas etárias propostas, evitando, assim, possíveis inconsistências na análise dos dados coletados.

Tabela 2. Idade dos participantes da pesquisa, por grupo de idade

Indicadores	Grupos de idade (meses)				Total
	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	
\bar{x}	14	20,4	26,2	33,8	23,6
DP	1,9	1,6	1,9	1,1	7,6
Md	14	20	26	34	23,5

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana.

A amostra de 40 crianças foi dividida em 4 grupos:

- 1) *Grupo 1 (G1)*, com 10 crianças, com idade entre 12 e 18 meses;
- 2) *Grupo 2 (G2)*, com 10 crianças, com idade entre 18 meses e 1 dia e 24 meses;
- 3) *Grupo 3 (G3)*, com 10 crianças, com idade entre 24 meses e 1 dia e 30 meses;
- 4) *Grupo 4 (G4)*, com 10 crianças, com idade entre 30 meses e 1 dia e 36 meses.

Os critérios para inclusão de cada criança na amostra foram:

- 1) ter a idade exigida em cada um dos 4 subgrupos, com intervalo de 6 meses – 12 a 18 meses; 18 meses e 1 dia a 24 meses; 24 meses e 1 dia a 30 meses; 30 meses e 1 dia a 36 meses; adotando-se a idade-base de 12 meses por não haver a necessidade de correção de idade⁵;

⁵ Idade corrigida = Entende-se por correção de idade a adequação da idade cronológica da criança subtraindo o tempo decorrente entre o nascimento pré-termo até a idade de 40 meses (média entre 37 e 42 meses, que seria a o tempo normal de gestação) (Babson, 1970). Alguns pesquisadores

2) ter nascido prematura (idade gestacional <37 semanas), segundo dados da ultrassonografia, data da última menstruação e método Capurro^{6,7};

3) ter nascido com baixo peso (<2.500g);

4) ser morador da Grande Vitória, ES, que inclui as cidades de Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana, Fundão e Guarapari, para que o acesso ao local de coleta de dados fosse facilitado;

5) ter sido internado na UTIN do Hospital Dr. Dório Silva ao nascimento;

6) estar cadastrada no programa de *Follow Up* do HDDS.

A decisão pela faixa etária de 1 a 3 anos atendeu ao caráter preventivo da pesquisa. Conforme exposto anteriormente, até os 3 anos de idade, a criança desenvolve acentuadamente seu sistema neuromotor e é mais suscetível à estimulação e aprende mais facilmente (Antunha, 1994). Acredita-se que, uma vez identificado precocemente o risco para atraso no desenvolvimento e sua relação com fatores biológicos e psicossociais, crianças nascidas prematuras e BP podem ser melhor atendidas, principalmente em programas de estimulação precoce destinados a trabalhar as áreas do desenvolvimento que porventura estejam em risco para atraso.

consideram necessária a correção da idade em crianças nascidas prematuras durante avaliações do desenvolvimento ao primeiro ano de vida (Restife & Gherpelli, 2006), por entenderem que, sem o ajuste da idade cronológica, a criança apresentaria um prejuízo em seu desempenho nos testes, ao ser considerada como mais velha do que realmente é. Por outro lado, também existe a idéia de que a correção em idades mais avançadas pode retardar a identificação de quaisquer atrasos (Pedromônico, 2006). A literatura apresenta sugestões de idades-limite para a correção variando entre 13 e 36 meses (Restife & Gherpelli, 2006; Rugolo, 2005). Neste estudo, não foi realizada a correção de idade dos participantes.

⁶ O método Capurro utiliza critérios físicos que amadurecem com o avançar da idade fetal, como firmeza progressiva do pavilhão da orelha, volume crescente do tecido mamário, diminuição dos pêlos finos e imaturos de lanugem sobre o dorso e diminuição da opacidade da pele. Tais sinais são avaliados durante o primeiro dia de vida e lhes são atribuídos pontos. Um valor cumulativo correlaciona-se com a IG e essa correlação geralmente é precisa, com margem de erro de 2 semanas (Egewart, Pires & Guardiola, 2002).

⁷ As idades gestacionais inferidas a partir desses métodos foram consideradas devido a sua ampla utilização nos prontuários do programa de *Follow Up* do HDDS.

2.2. Outras fontes de dados

Também foi realizada pesquisa documental, referente aos Relatórios de Alta e às fichas de acompanhamento médico.

Foram consultados os dados dos Relatórios de Alta para cada criança da amostra (ANEXO B. Relatório de Alta do HDD).

I- Dados de identificação;

II- Dados da gestação (como os dados maternos, fatores de risco gestacional- abortos, natimortos, familiar, idade gestacional);

III- Informações do parto e nascimento (como o tipo de parto, de anestesia, de gravidez, reanimação do bebê);

IV- Problemas relacionados ao nascimento (como a prematuridade, respiratório, cardiovascular, neurológico).

Foram consultadas também fichas de acompanhamento médico no setor de *Follow Up* para cada criança da amostra. Esses dados são registrados pela neurologista, pediatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta e oftalmologista do HDDS desde outubro de 1994, contendo características da saúde e desenvolvimento de cada criança nas idades de zero a sete anos, nascidas com problemas ao nascimento (prematuridade, baixo peso, anóxia, por exemplo) (ANEXO C - Folha de Registro de dados de anamnese e evolução das crianças acompanhadas no Serviço de *Follow Up* do HDDS).

2.2. Locais de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em uma sala do Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), situado em Goiabeiras, na cidade de Vitória, ES, e em uma sala destinada a consultas médicas do Hospital Dr. Dório Silva (HDDS), localizado na Serra, ES. Decidiu-se por esses locais devido a dois

fatores: (1) possibilidade de coleta de dados em ambientes ideais para avaliação das crianças e aplicação dos questionários com as mães; (2) possibilidade de escolha da mãe em comparecer ao local mais acessível a ela.

A coleta dos dados documentais a respeito das condições de nascimento e prognóstico das crianças nascidas prematuras e com baixo peso ocorreu no HDDS. O hospital conta com 20 leitos de enfermaria de Pediatria Geral e 24 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo 16 leitos para cuidados neonatais de alto risco e oito leitos de cuidados neonatais de baixo risco. Na Maternidade do HDDS, existem 20 leitos destinados aos recém-nascidos em regime de Alojamento Conjunto e existe o projeto de abertura da enfermaria para o Método Mãe-Canguru.

A primeira consulta no Ambulatório de Neurologia é feita quando o bebê tem a idade de três meses (agendada na alta hospitalar), fazendo-se controles trimestrais durante o primeiro ano de vida. A partir de um ano de idade, as consultas passam a ser semestrais, assim se repetindo até o quarto ano de vida. Entre os cinco e sete anos de idade, as consultas são anuais. A alta do ambulatório é dada quando a criança tem sete anos de idade. Todo esse acompanhamento é feito pela neurologista e pediatra, juntamente com consultas do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo e oftalmologista, quando necessário, segundo relato da neurologista responsável pelo setor⁸.

2.3. Instrumentos e materiais

Foram realizadas avaliações do desenvolvimento das crianças. Além disso, o responsável pela criança (pai ou mãe) respondeu a um conjunto de instrumentos

⁸ Dra. Pasqualina Magliano – médica neurologista do HDDS há mais de 20 anos, a quem agradecemos o acesso aos prontuários do *Follow Up*.

que visaram a identificar riscos biopsicossociais e avaliar aspectos do desenvolvimento da criança.

Ao todo, foram utilizados 6 instrumentos, descritos a seguir:

1) Relatório de Alta Hospitalar da Criança, para obter informações sobre dados de identificação; dados de gestação (dados maternos, fatores de risco gestacional, abortos, natimortos, idade gestacional da criança, por exemplo); informações do parto e nascimento (tipo de parto, de anestesia, de nascimento, por exemplo); problemas relacionados ao nascimento (prematuridade, respiratório, cardiovascular, neurológico, tempo de internação na UTIN, por exemplo) (ANEXO B - Relatório de Alta do HDDS).

2) Prontuários de Acompanhamento do Serviço de *Follow Up*, para a obtenção de dados relativos ao Resumo de Alta da UTIN; às avaliações da visão, audição e comportamento; às avaliações dos reflexos neuromotores no primeiro ano de vida; ao teste de desenvolvimento Denver II e às folhas de registro de dados da anamnese e das evoluções clínicas feitas feitas pela neurologista, pediatra, fonoaudióloga e pela fisioterapeuta em cada criança durante o período de acompanhamento no *Follou Up*. Esses prontuários estavam arquivados no Ambulatório de Neurologia do HDDS (ANEXO C - Folha de Registro de dados de anamnese e evolução das crianças acompanhadas no Serviço de *Follow Up* do HDDS).

3) Entrevista para identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (Santa Maria-Mengel, 2007), para avaliação do risco biopsicossocial. Este instrumento foi aplicado nas mães. Contém itens de caracterização demográfica da família e do ambiente familiar. Contém, ainda, itens sobre riscos pré-natais, perinatais e antecedentes mórbidos, além de perguntas abertas acerca do

enfrentamento do nascimento do filho e expectativas sobre o desenvolvimento deste (ANEXO E - Protocolo da Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais).

4) CBCCL - Child Behavior Checklist (1½ a 5 anos) (Achenbach & Edelbrock, 1991; Achenbach & Rescorla, 2004)⁹, para a avaliação de problemas de comportamento, em crianças a partir de 18 meses de idade. Esse instrumento avalia aspectos relativos a problemas comportamentais internalizantes (como o introversão, ansiedade, depressão) e externalizantes (como agressividade e problemas de atenção). Solicita-se que os pais respondam aos itens, classificando os comportamentos em verdadeiros, não-verdadeiros ou mais ou menos verdadeiros (Bordin, Mary & Caeiro, 1995).

5) Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo – LAVE - (Capovilla & Capovilla, 1997), para a avaliação da linguagem expressiva, em crianças a partir de 24 meses até 6 anos de idade. É composto por 309 palavras arranjadas em 14 categorias semânticas (por exemplo, comidas, brinquedos e roupas). É um dos poucos instrumentos padronizados disponíveis para identificar problemas no desenvolvimento da linguagem. Os pais ou professores que respondem a esse instrumento devem assinalar apenas as palavras que a criança fala espontaneamente, dentre uma lista de palavras.

6) Bayley Scales for Infant and Toddler Development – versão de triagem (BSID-III)¹⁰, para avaliação dos riscos para problemas no desenvolvimento de toda a amostra. Inclui escalas aplicadas em pais (Escala Sócio-emocional e Escala de Comportamento Adaptativo) e escalas de observação e avaliação do comportamento infantil (cinco escalas de desenvolvimento referentes a competências de origem

⁹ Licença de uso do *software* adquirida com verba do CNPq (Proc. n. 485564/2006-8).

¹⁰ Instrumento adquirido com verba do CNPq (Proc. n. 485564/2006-8).

cognitiva, linguística receptiva, linguística expressiva, motora ampla e motora fina). Neste estudo, não foram aplicadas as escalas Sócio-emocional e de Comportamento Adaptativo, sobre as crianças e respondidas pelos pais, em virtude da necessidade de amplos estudos de normatização, validade e precisão para a amostra brasileira.

De acordo com Halperin e McKay (1998), a BSID (*Bayley Scales of Infant and Toddler Development*) é o teste mais utilizado para fazer avaliação infantil. Embora testes como *Wechsler Scales* e *Stanford-Binet Intelligence Scale*, sejam amplamente utilizados, eles são mais indicados para a avaliação de crianças pré-escolares, e não são tão apropriados para caracterizar níveis de desenvolvimento infantil. Nesse âmbito, de acordo com os autores, a BSID é mais eficaz.

Como afirmam Duarte e Bordin (2000), para a avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças com pouca idade, a BSID mostra-se um poderoso instrumento, pois pode caracterizar o desenvolvimento em crianças de um mês a 42 meses de idade. Além disso, ela é indicada para avaliação de crianças de risco, justamente como são caracterizadas as crianças prematuras e de baixo peso geralmente internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A BSID, utilizada nesses casos, possibilita a implantação de estratégias de intervenção precoce, o que pode amenizar e, dependendo do grau, até suplantar os déficits cognitivos.

A escala de desenvolvimento BSID-III (*Screening Test*) é administrada individualmente. Foi desenvolvida para avaliar rapidamente o funcionamento cognitivo, linguístico e motor de bebês e crianças entre um e 42 meses de idade (Bayley, 2006). Os principais objetivos são determinar rapidamente se uma criança está de acordo com as expectativas e determinar se, futuramente, novas avaliações serão necessárias; portanto, avalia o *risco para atraso no desenvolvimento*. A criança em risco, nesse sentido, deverá passar por novas avaliações e estimulação

precoce, visando à prevenção de possíveis atrasos futuros em relação a habilidades cognitivas, linguísticas e motoras.

A escala Cognitiva (COG) é composta por 33 itens que avaliam a atenção, a preferência pelo novo e a habituação, solução de problemas, exploração e manipulação, relação de objetos, formação de conceito e outros aspectos do desenvolvimento cognitivo.

A escala de Linguagem Receptiva (LRE) inclui 24 itens que avaliam a acuidade auditiva, como a responsividade a vozes, discriminação de sons, localização do som; desenvolvimento do vocabulário, identificação de objetos e figuras; vocabulário relacionado ao desenvolvimento morfológico, como pronomes.

A escala de Linguagem Expressiva (LEX) inclui 24 itens que avaliam a comunicação pré-verbal, como o balbucio, gesticulação e uso de conectivos; desenvolvimento do vocabulário, como a nomeação de objetos e figuras e desenvolvimento morfo-sintático, como o uso de frases de duas palavras, plurais e tempos verbais.

A escala de Motricidade Fina (MFI) é composta por 27 itens que avaliam a preensão, integração perceptivo-motora, planejamento motor e velocidade motora. Os itens medem as habilidades das crianças relacionadas ao movimento visual, alcance, ao manipular e segurar objetos. Habilidades funcionais de crianças também são avaliadas.

A escala de Motricidade Ampla (MAM) avalia o movimento dos membros e tronco. Os 28 itens avaliam o posicionamento estático; movimentos dinâmicos, como locomoção e coordenação, balanço e planejamento motor.

Os materiais utilizados na aplicação das cinco escalas da BSID-III, durante a coleta de dados, podem ser visualizados no ANEXO D - Materiais da BSID-III utilizados para a avaliação do desenvolvimento infantil.

A tabela 3 mostra os instrumentos aplicados na pesquisa.

Tabela 3. *Instrumentos utilizados na coleta de dados, por faixa etária*

Instrumentos	Aplicados nas crianças	Aplicados nos familiares			Fontes de consulta/HDDS	
		LAVE	CBCL (1½-5 anos)	Entrevista para identificação de Riscos Biopsicossociais	Relatório de Alta Hospitalar	Prontuários do Serviço de <i>Follow Up</i>
Grupos/idade (meses)	BSID-III					
G1- 12-18	X	---	---	X	X	X
G2- 18-24	X	---	X	X	X	X
G3- 24-30	X	X	X	X	X	X
G4- 30-36	X	X	X	X	X	X
Total	40	20	30	40	40	40

Para melhor compreensão da fonte das variáveis de interesse para a pesquisa, segue a Tabela 4, com os instrumentos que foram utilizados e o conjunto de variáveis relacionadas a cada um deles.

Tabela 4. *Resumo dos instrumentos utilizados na pesquisa, variáveis de estudo e fontes de informação*

Variáveis		Instrumento	Fonte de informação
Criança	Família		
Idade gestacional, Peso ao nascer, Tempo de internação na UTIN, Peso na alta, Problemas respiratórios, Problemas cardiovasculares, Problemas neurológicos, Problemas metabólicos, Problemas renais, Problemas hematológicos, Hiperbilirrubinemia, Hemorragia intracraniana, Infecção	Presença de fatores de risco gestacional, Hipertensão materna, Diabetes, Infecção, Sangramentos, Quantidade de abortos	Ficha de Alta Hospitalar	Prontuário de internação
Problemas neuromotores, Problemas na visão Problemas na audição, Problemas na fala Problemas no comportamento, Quantidade de consultas	---	Prontuário de acompanhamento do programa de <i>Follow Up</i>	Prontuários médicos
Peso atual, Idade que andou, Idade que falou, Infecção pós-alta, Problemas auditivos pós-alta, Problemas visuais pós-alta, Doenças crônicas pós-alta, Quantidade de internações	Renda familiar, Renda por pessoa, Habitação superlotada, Mãe é principal cuidadora, Pais adolescentes, Tempo que os pais se conheciam, Idade da mãe, Idade do pai, Anos de escolaridade do pai, Anos de escolaridade da mãe, Estado civil dos pais, Frequência em creche, Concepção planejada, Problemas psicológicos ou de relacionamento durante a gravidez	Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança	Mãe e/ou responsável
Problemas de comportamento	---	<i>Child Behavior Checklist</i> – CBCL (1 ½ a 5 anos)	Mãe e/ou responsável
Desempenho em linguagem expressiva	---	LAVE	Mãe e/ou responsável
Desempenho cognitivo, linguístico e motor	---	BSID-III	Criança

Para a execução da pesquisa, foram necessários os seguintes equipamentos e materiais, adquiridos com verba do CNPq (Proc. n. 485564/2006-8): computador portátil Eclipse Pentium Mobile 1MB, HD 80, filmadora digital, gravador digital (MP4), papel e caneta para anotações das informações importantes para o estudo e vales-transporte para o deslocamento das crianças e familiares.

2.4. Procedimento

Visando a alcançar o objetivo central desta pesquisa - avaliar o risco para o atraso no desenvolvimento em crianças nascidas prematuras e com baixo, descrever os fatores de risco psicossocial e biológico e analisar a relação entre variáveis de natureza biopsicossocial e indicadores de desenvolvimento infantil - foram executadas as etapas descritas a seguir.

Etapa 1 – Consentimento da Instituição (agosto de 2007)

A pesquisa iniciou-se após autorização do Comitê de Ética do HDDS. Foi encaminhado um termo de consentimento para a execução de pesquisa, que continha as informações básicas a respeito da pesquisa (APÊNDICE A - Termo de consentimento para realização de pesquisa encaminhado ao HDDS).

Etapa 2 – Estudo-piloto (agosto e setembro de 2007)

Os instrumentos para a avaliação do risco para o atraso no desenvolvimento (versão de triagem da BSID-III - *Bayley Scales for Infant and Toddler Development*), avaliação do comportamento da criança (CBCL - *Child Behavior Check List*, 1½ a 5 anos), avaliação do risco psicossocial (Entrevista para identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança) (Santa Maria-Mengel, 2007) foram aplicados na amostra após estudo-piloto, para a familiarização com os itens a serem administrados. Houve a colaboração de alunos de Iniciação Científica, que passaram

por treinamento prévio sobre a administração dos itens, observação do comportamento infantil e correção das escalas.

O estudo-piloto foi realizado em uma creche pública da Grande Vitória, ES. O termo de consentimento para a realização do estudo piloto pode ser visualizado no APÊNDICE B - Termo de consentimento para a realização de estudo-piloto.

Foi realizado estudo-piloto com 4 crianças e 1 familiar, durante os meses de agosto e setembro de 2007. Verificou-se que os instrumentos citados acima demandaram um tempo de aplicação de 2h30min. A avaliação infantil, correspondente à aplicação do instrumento BSID-III, demandou aproximadamente 45 minutos. Por sua vez, a aplicação da Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (Santa Maria-Mengel, 2007), da LAVE e do CBCL (1½ a 5 anos), duraram cerca de 2 horas. Dados coletados no estudo-piloto, correspondentes à aplicação da BSID-III, LAVE, Entrevista para identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança e CBCL (1½-5 anos), podem ser observados no APÊNDICE C- Tabela C49. Dados sobre as aplicações do estudo-piloto.

Etapa 3– Identificação dos participantes (agosto e setembro de 2007)

Considerando que a amostra referente aos grupos compôs-se de crianças inscritas no Serviço de Neurologia do HDDS nascidas pré-termo e com baixo peso, o processo de identificação e seleção dessas ocorreu a partir do acompanhamento dos registros do serviço de *Follow Up* do hospital, bem como das consultas agendadas pelos profissionais.

Durante o período de coleta de dados, 357 crianças estavam com idade entre 12 e 36 meses. Desse total, 134 crianças moravam no interior do ES ou de outros Estados. Somente em 130 casos, houve o cumprimento dos critérios de inclusão da

amostra, a saber, ser morador da Grande Vitória e ter nascido pré-termo e com baixo peso (Dados detalhados estão no APÊNDICE D - Tabela D50. Características das crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDDS).

Etapa 4– Localização dos participantes (outubro de 2007 a março de 2008)

Houve tentativa de contato com todas as 130 famílias que preencheram os critérios de inclusão na amostra. Na maioria dos casos, o contato foi estabelecido por telefone e visitas ao HDDS durante os dias marcados para consulta no setor de *Follow Up*. Esse foi um processo bastante árduo, demandando muito do tempo destinado à coleta de dados, visto que parte das famílias havia abandonado o acompanhamento no HDDS. Muitas outras famílias, com o passar do tempo, mudaram de endereço e telefone, dificultando a localização. Quando o contato era efetivado, a família ficava ciente da gratuidade do trabalho, inclusive do custeio do transporte até o local da entrevista. Algumas famílias, mesmo aceitando o convite para a participação na pesquisa e marcando horário de entrevista com a pesquisadora, não compareceram no dia e hora combinados.

Ainda assim, o contato via telefone e a visita ao HDDS foram escolhidos em detrimento à visita domiciliar, tendo em vista que este seria um processo muito oneroso e que demandaria ainda mais do tempo previsto para a coleta de dados, já que grande parte das famílias morava em localidades afastadas, muitas das vezes com o endereço descrito incompletamente nos prontuários do hospital (APÊNDICE E - Tabela E51. Contato com as crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDDS).

A agenda do atendimento neurológico e pediátrico do setor de *Follow Up* foi examinada entre os meses de novembro de 2007 a abril de 2008. Estavam marcadas cerca de 100 consultas para crianças com idades entre 1 e 3 anos.

Dessas, 51 consultas eram destinadas a crianças ou do interior do estado, ou não prematuras e com peso inferior a 2.500g. Algumas crianças, nesse período, foram consultadas mais de uma vez, o que resultou num grupo de cerca de 35 crianças que poderiam ser encontradas no HDDS. É válido ressaltar que também havia desistência das mães sobre as consultas marcadas para o serviço de *Follow Up*. Desse modo, foi possível o encontro somente com 17 crianças, havendo 3 desistências por parte dos familiares em participar da pesquisa.

A proporção de crianças avaliadas após contato telefônico e após a ida às consultas marcadas pode ser vista no APÊNDICE F - Tabela F52. Quantidade de sujeitos entrevistados após contato telefônico e após visita ao HDDS em dias marcados para consulta.

Observa-se que, mesmo com todas as dificuldades presentes na etapa de localização dos participantes, pôde-se conseguir uma amostra representativa, pois a amostra total representou cerca de 31% do total de crianças nascidas no HDDS, com idades entre 12 e 36 meses durante a época de coleta de dados, e que participavam do Programa de *Follow Up*.

Os dados sobre características biológicas relacionadas ao nascimento foram coletados previamente nos prontuários do Programa de *Follow Up* do HDDS e foram digitados em duplas, evitando, assim, a ocorrência de erros na planilha.

Etapa 5 – Aplicação das provas para avaliação do desenvolvimento cognitivo, linguístico, motor, comportamental e dos fatores de risco biológico e psicossocial (novembro de 2007 a abril de 2008).

Em cada encontro da pesquisadora com a criança e a sua mãe, houve a exposição dos objetivos da pesquisa e solicitação de autorização para a participação

da criança (APÊNDICE G – Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa).

Os familiares responderam a Entrevista para identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (Santa Maria-Mengel, 2007), a LAVE e o CBCL.

Conforme mencionado anteriormente, a coleta de dados foi realizada na UFES e em um consultório no HDDS. Para que o familiar comparecesse ao local da coleta de dados, foram fornecidos vales-transporte necessários para a locomoção. Em ambos os locais de coleta de dados, foram respeitadas as condições básicas para observação e avaliação do desenvolvimento infantil, bem como para a ocorrência das entrevistas com os familiares, de modo que quaisquer interferências do ambiente no processo de coleta e interpretação dos dados foram, ao máximo possível, controladas.

A aplicação da BSID-III foi realizada individualmente com a criança, podendo esta ter a companhia de algum familiar. Assim como demonstrado no estudo-piloto, as aplicações para cada díade familiar-criança necessitaram de, em média, 2h30min. Antes de cada observação, era destinado um tempo de familiarização entre pesquisadora e criança, tempo este que era maior ou menor dependendo da colaboração da criança em iniciar as atividades. Sempre que cada criança se sentia cansada, faminta ou distraída por algum estímulo ambiental interveniente, a aplicação da escala era interrompida.

2.5. Processamento e análise de dados

O processamento e a análise dos dados foram realizados de acordo com cada instrumento, sendo descritos separadamente a seguir¹¹.

2.5.1. Processamento e análise dos dados relacionados aos riscos biopsicossociais

1. Entrevista para Identificação dos Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança. As informações obtidas a partir das entrevistas realizadas com os familiares, em sua maioria as mães, foram transformadas em variáveis (sexo, renda familiar, anos de escolarização dos pais, idade do pai, idade da mãe, por exemplo). As variáveis quantitativas foram utilizadas no cálculo de correlação (Teste de Pearson), juntamente com as variáveis de desenvolvimento e de nascimento (Pestana & Gageiro, 2003).

O roteiro de entrevista proposto por Santa Maria-Mengel (2007) possibilita ao pesquisador inferir a respeito do Índice de Risco Psicossocial. A partir de uma escala de 10 itens, a presença de 1 item indica a presença de risco psicossocial moderado. A presença de mais de 3 itens da escala indica a possibilidade de risco psicossocial familiar severo.

Algumas análises estatísticas necessitaram de variáveis bidimensionais. Assim, a ausência de risco psicossocial, ou seja, quando nenhum item da escala foi marcado, foi transformada em escore 0. A presença de risco psicossocial, seja ele moderado ou severo, foi transformada em escore 1.

Parte das entrevistas com os familiares referentes à percepção do familiar sobre o comportamento da criança e as possíveis causas deste, assim como as expectativas sobre o crescimento e desenvolvimento foram transcritas. Do mesmo

¹¹ Agradecimentos aos Prof. Ms. Romildo R. Azevedo Jr., do Centro Universitário de Vila Velho, pela assessoria no tratamento estatístico dos dados.

modo, foi transcrito todo o trecho em que o familiar falava livremente do relacionamento com a criança, desde o momento do nascimento e internação na UTIN até o momento da entrevista. Os trechos foram agrupados de acordo com o conteúdo da fala e, então, organizados em classes simples para uma breve discussão a respeito da experiência do nascimento prematuro e o baixo peso para as famílias e, conseqüentemente, a influência dessa experiência para o desenvolvimento da criança. Essas informações foram usadas, sobretudo, para a caracterização das crianças durante os estudos de caso.

2. Relatório de Alta Hospitalar da Criança. A partir desse instrumento, foram obtidas as informações sobre os principais aspectos sobre a gestação e sobre o nascimento. Essas foram transformadas em variáveis (peso ao nascer, idade gestacional, presença de problemas neurológicos, presença de problemas respiratórios, entre outras).

Os dados quantitativos foram utilizados no estudo de correlação (Teste de Pearson).

3. Prontuários de Acompanhamento do Serviço de *Follow Up*. Os dados de consultas no setor de *Follow Up* registrados pela neurologista, pediatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta e oftalmologista do HDDS, para cada participante da pesquisa, foram coletados. As informações das consultas realizadas no setor de *Follow Up*, obtidas por meio dos prontuários, foram digitadas e os dados foram transpostos para um banco de dados e classificados. Posteriormente, os problemas destacados nos prontuários do Serviço de *Follow Up* foram classificados de acordo com a semelhança das informações.

Foram realizados cálculos de estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana e amplitude de variação) para esses dados.

2.5.2. Processamento e análise dos dados das avaliações comportamentais da amostra

Os dados obtidos a partir do Child Behavior Checklist CBCL (1½-5anos) (Achenbach & Rescorla, 2004), para a identificação precoce de problemas de comportamento, foram analisados de acordo com as instruções oferecidas pelo manual.

Os dados foram utilizados para fins descritivos e para verificar se houve correlações entre as condições de nascimento e de desenvolvimento e os problemas de comportamento identificados.

O CBCL foi adaptado e validado no Brasil por Bordin et al. (1995), apresentando bons níveis de sensibilidade (87,0-75,0% para casos leves, 95,4% para casos moderados e 100% para os casos severos), usando o ponto de corte para a população americana. Como este instrumento é amplamente utilizado em diferentes países, tem validade multicultural (Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004).

O processamento do CBCL foi feito por meio do *software Assessment Data Manager 6.5 (ADM)*. Este *software* abrange módulos para digitar e analisar os dados obtidos com os questionários do *ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment)*, o qual inclui o *Child Behavior Checklist (CBCL)*. A interface do programa é de fácil utilização, embora ele esteja na língua inglesa. Ele permite comparar os dados entre diversos informantes em diferentes questionários sobre o mesmo cliente, optar pela escala orientada pelo DSM- IV, e converter os dados de versões antigas para as mais atualizadas. Os dados são inseridos no *software* por meio da atribuição de valores dados às respostas fornecidas pelo informante. Após inserir os dados, é necessário repetir esta operação, para que o próprio *software* verifique se os dados foram inseridos corretamente (Achenbach & Rescorla, 2004).

A classificação dos itens do CBCL envolve três variáveis: item falso ou comportamento ausente (escore = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (escore = 1); item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (escore = 2). Os resultados dos dados pertencentes à análise do CBCL foram avaliados em relação às normas estabelecidas pela amostra de Achenbach, podendo a criança ser classificada como “*Não-Clínica*”, “*Limítrofe*” ou “*Clínica*” (Silvares, Meyer, Santos & Gerencer, 2006).

A classificação *Não-Clínico* indica a baixa ou média frequência de respostas para problemas de comportamento na infância; a classificação *Clínico* refere-se ao número excessivo de respostas acerca de problemas de comportamento. Os escores brutos referentes à zona limítrofe, correspondem ao intervalo entre o escore T 65 e o escore T 70, que separa a classificação *Clínico* da classificação *Não-Clínico*. Neste estudo, os escores brutos referentes à zona limítrofe, correspondente ao intervalo entre o escore T 65 e o escore T 70 e que separa a classificação *Clínico* da classificação *Não-Clínico*, foram considerados *Clínicos*, conforme recomendação de Achenbach e Edelbrok (1991) para pesquisas com o CBCL.

Neste estudo, a zona limítrofe foi considerada *Clínica* sempre que houve a necessidade de testes de correlação de variáveis bidimensionais, como o Qui-quadrado. Desse modo, a ausência de problemas comportamentais foi representada pelo escore 0. Por outro lado, a presença de problemas comportamentais foi representada pelo escore 1.

Foi realizada a comparação dos resultados entre os grupos de idade - G1, G2, G3 e G4, para problemas comportamentais nas crianças nascidas prematuras e com baixo peso. Para tanto, utilizou-se recursos de estatística descritiva (tabelas

com médias, desvios-padrão, medianas e amplitude de variação) e de estatística inferencial (Análise de variância, a partir dos Escores T) (Pestana & Gageiro, 2003).

2.5.3. Processamento e análise dos dados sobre o desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor

1. LAVE. Este instrumento de avaliação da linguagem expressiva tem padronização para a população brasileira e foi analisado de acordo com as descrições apresentadas (Capovilla & Capovilla, 1997).

Além das pontuações brutas referentes ao total de palavras que cada criança consegue falar espontaneamente, os autores desse instrumento calcularam a pontuação-padrão. Durante o estudo de normatização desse instrumento, foi aplicada a seguinte fórmula para o cálculo das pontuações-padrão:

$$\text{Pontuação-padrão} = ([\text{pontuação bruta} - \text{média}] / \text{desvio-padrão}) \times 15 + 100$$

Desse modo, podem ser calculados os desvios da pontuação-padrão de cada participante em relação a pontuação-padrão média (100 pontos). A partir dos resultados brutos obtidos e das Pontuações-Padrão, foram construídas tabelas e gráficos descritivos.

2. BSID-III. Os dados obtidos pela avaliação a partir da escala BSID-III foram analisados de formas distintas. Primeiramente, levando-se em consideração as classificações de risco para atraso no desenvolvimento propostas no manual.

Como, até o momento, não existem estudos de normatização da BSID-III no Brasil, optou-se também pela análise dos escores brutos atingidos por cada criança e grupo de idade.

Para que as classificações de risco para atraso no desenvolvimento obtidas a partir da BSID-III pudessem ser consideradas minimamente confiáveis, realizou-se

um estudo preliminar visando à comparação entre os escores brutos obtidos na amostra americana de padronização, apresentados no manual de aplicação da BSID-III e os dados brutos de uma parcela da amostra desse estudo. Ambos os grupos estavam na mesma faixa de idade.

Observou-se que não havia diferença significativa entre as médias dos dois grupos, apenas um ligeiro aumento na Escala Cognitiva, para a amostra americana, e na Escala de Motricidade Ampla, para a amostra brasileira. Diferenças essas contidas nos respectivos desvios-padrão (APÊNDICE T-Tabela T65. Médias e desvios-padrão dos escores brutos da amostra deste estudo e da amostra americana de padronização da BSID-III).

Dessa forma, optou-se pelo estudo das classificações de risco para atraso no desenvolvimento, a saber, *Em Risco*, *Emergente* e *Competente* para cada participante da amostra em relação a cada uma das escalas Cognitiva (COG), de Linguagem Receptiva (LRE), Linguagem Expressiva (LEX), Motricidade Fina (MFI) e Motricidade Ampla (MAM). Ressalta-se, aqui, que a versão *screening* da BSID-III não fornece um resultado final sobre o risco geral de atraso no desenvolvimento; mas, sim, resultados parciais de cada uma das escalas, que são independentes. Os resultados brutos foram descritos e submetidos a provas estatísticas para análise de variância (Pestana & Gageiro, 2003).

As classificações foram descritas e submetidas à verificação de associações com variáveis comportamentais e de risco psicossocial pelo teste de Qui-Quadrado (Pestana & Gageiro, 2003).

Para a utilização dos dados da BSID-III nos cálculos estatísticos, foi necessário criar uma forma de normatizar os dados brutos obtidos em cada grupo de idade da amostra. Optou-se, assim, por criar uma pontuação padronizada baseada

na fórmula de QI de Desvio (Urbina, 2007), a mesma utilizada por Capovilla & Capovilla (1997) na padronização da LAVE:

$$\text{Pontuação-padrão} = \frac{([\text{pontuação bruta} - \text{média}]/\text{desvio-padrão}) \times 15 + 100}{15 + 100}$$

Neste estudo, sempre que houve a necessidade da aplicação de algumas provas estatísticas que envolvessem variáveis dicotômicas, como o teste de Qui-Quadrado, a ausência de risco para atraso no desenvolvimento foi considerada escore 0, sendo representada pela categoria *Competente*. A presença de risco para atraso no desenvolvimento, por sua vez, foi representada pelas categorias *Emergente* e *Em Risco* e considerada escore 1.

Considerando que a amostra final, por coincidência, foi composta por crianças com baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer em proporções equilibradas, foi possível produzir um estudo complementar, com 15 e 18 crianças com muito baixo peso (MBP) e baixo peso (BP), de modo a verificar diferenças significativas entre os resultados da BSID-III.

2.5.4. Análise estatística descritiva

Em um primeiro momento, foi realizada análise descritiva dos resultados a partir da tomada de medidas como média¹², mediana, proporção, frequência, amplitude de variação, de acordo com a natureza do dado e com os objetivos da pesquisa. Foram feitos gráficos e tabelas descritivas com os dados de cada grupo de idade.

¹² Sempre que necessário, resultados foram reduzidos por processo de aproximação, a uma ou duas casas decimais.

2.5.5. Análise estatística inferencial

Inicialmente, foi realizado o teste de correlação de Pearson para identificar a associação entre as variáveis quantitativas sobre o desenvolvimento (escores padronizados das escalas BSID-III), problemas de comportamento (Escore T, sobre as escalas do CBCL), dados de nascimento (idade gestacional, peso ao nascer, número de dias na UTIN, entre outros) e psicossociais (renda familiar, anos de escolaridade do pai e da mãe, entre outros) (Pestana & Gageiro, 2003).

Posteriormente, foi realizada uma análise de variância para o Escore T do CBCL, sobre problemas comportamentais, e resultado bruto e padronizado da BSID-III, sobre problemas no desenvolvimento, objetivando identificar diferenças significativas entre os resultados dos diferentes Grupos de Idade componentes da amostra.

Foi realizado, também, o teste Qui-Quadrado para identificar a independência entre variáveis bidimensionais de desenvolvimento, problemas de comportamento e risco psicossocial, utilizando as variáveis bidimensionais de classificação obtidas a partir da BSID-III, do CBCL e da Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais.

Foi realizada, também, uma Regressão Logística, que fornece dados de correlação entre variáveis de interesse e a variável resposta e, posteriormente, dá indícios da relação causa-efeito entre as mesmas. Como, nesse estudo, não houve ampla repetição de dados, a análise a partir da regressão logística limitou-se às informações sobre correlações entre variáveis, na tentativa de evitar quaisquer distorções e inconsistências nos resultados. A vantagem da regressão logística para o caso em questão é que ela fornece a correlação entre a variável dependente com independentes tanto bidimensionais, como quantitativas. Mais especificamente falando, neste estudo, a regressão logística foi utilizada para analisar a relação

causa-efeito entre variáveis bidimensionais de desenvolvimento e problemas de comportamento e algumas variáveis de nascimento (presença de asfixia, infecção, hiperbilirrubinemia, entre outras) e psicossociais (habitação superlotada, maternidade precoce, entre outras) (Pestana & Gageiro, 2003).

Uma síntese dos estudos realizados e das variáveis utilizadas pode ser visualizada na Tabela 5.

Tabela 5. Síntese dos estudos realizados e das variáveis utilizadas

Tipo de análise	Variáveis	Grupos de idade				União dos Grupos de Idade
		G1	G2	G3	G4	
Coeficiente de correlação (Teste de Pearson)	Variáveis quantitativas sobre o nascimento					X
	Variáveis quantitativas sobre o desenvolvimento					X
	Variáveis quantitativas sobre características psicossociais					X
Análise de Variância (ANOVA e Teste de Tukey)	Escore bruto e escores padronizados (escalas BSID-III)	X	X	X	X	X
	Escore T (escalas CBCL)		X	X	X	X
Independência entre variáveis (Qui-quadrado)	Índice de Risco Psicossocial (Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais)					X
	Classificação de risco para atraso no desenvolvimento (BSID-III)					X
	Classificação de problemas comportamentais (CBCL)					X
Regressão Logística	Classificação de risco para atraso no desenvolvimento (BSID-III) versus variáveis de nascimento e psicossociais					X
	Classificação de problemas comportamentais (CBCL) versus variáveis de nascimento e psicossociais					X

Legenda: G1= 12-18m; G2= 18-24m; G3= 24-30m; G4= 30-36m.

O nível de significância adotado neste estudo foi de 0,05. Para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na versão 15.0 (Pestana & Gageiro, 2003).

2.6. Avaliação ética de riscos e benefícios

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Doutor Dório Silva (HDDS) (APÊNDICE A - Termo de consentimento para realização de pesquisa encaminhado ao HDDS).

A coleta de dados com as crianças e familiares ocorreu somente após a apresentação dos objetivos da pesquisa aos familiares e a autorização dos mesmos, com a assinatura do Termo de Consentimento para Realização em Pesquisa (APÊNDICE G – Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa), em consonância com a Norma nº.196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/ Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (1996).

Os participantes não arcaram com os custos do transporte até o local de coleta de dados, pois foram ressarcidos pela pesquisadora. O local de coleta de dados, preparado para atendimentos clínicos, não ofereceu desconforto aos participantes. Sempre que houve a necessidade de pausa na avaliação por causa de alguma indisposição da criança, foi dado tempo para que ela descansasse, comesse e brincasse com materiais lúdicos disponíveis.

De modo geral, as crianças participaram ativamente do processo de avaliação do desenvolvimento, uma vez que os materiais e atividades componentes da BSID-III são atrativos e, além disso, não são tóxicos. As gravações em áudio e vídeo realizadas durante a coleta estão mantidas em sigilo pela pesquisadora, não devendo ser utilizadas para outros fins senão os de comunicação científica.

Os resultados obtidos por esta pesquisa poderão indicar as principais características do desenvolvimento de crianças nascidas prematuras e com baixo peso. Tais informações poderão subsidiar programas de intervenção clínica mais específicos a essa população, além de colaborar para a implantação de programas

de intervenção psicossocial que visem à prevenção de problemas no desenvolvimento infantil a partir de trabalhos educativos com pais e familiares.

3. RESULTADOS

Para melhor compreensão, os resultados foram divididos em tópicos sobre:

1) a descrição dos principais dados sobre o nascimento, contidos nas Fichas de Alta da UTIN, a maternidade do hospital onde foram coletados os dados;

2) a descrição das informações obtidas a partir dos prontuários médicos de acompanhamento infantil no setor de *Follow Up*;

3) a descrição de fatores psicossociais relacionados às famílias dos participantes, identificados ao longo das entrevistas;

4) a descrição de aspectos do desenvolvimento infantil verificados a partir de relatos dos familiares e de observação direta das crianças. Os dados obtidos em entrevista com os familiares estão organizados em duas partes, uma alusiva aos resultados oriundos do CBCL, sobre problemas de comportamento infantil, e outra parte relacionada aos resultados obtidos a partir da LAVE, sobre o desenvolvimento da linguagem expressiva. A terceira parte apresenta dados sobre a avaliação do desenvolvimento motor, linguístico e cognitivo dos participantes, a partir de observação direta da pesquisadora;

5) descrição dos dados de desenvolvimento de 33 crianças (82,5% da amostra), com BP e MBP;

6) resumo dos dados descritivos verificados em cada grupo de idade;

7) resumo geral dos dados descritivos;

8) os estudos referentes à análise inferencial das variáveis. Os estudos investigaram as relações entre dados de desenvolvimento, dados de comportamento, fatores psicossociais e dados de nascimento;

9) descrição de cinco casos, descrevendo os resultados de todos os instrumentos utilizados na pesquisa, demonstrando possíveis ações de determinadas variáveis para o estudo do desenvolvimento infantil em situações de prematuridade e baixo peso. Foram escolhidos cinco casos, com as características: 1) alta frequência de variáveis de risco psicossocial; 2) alta frequência de problemas ao nascer; 3) alta frequência de problemas comportamentais; 4) alto desempenho na BSID-III; e 4) baixo desempenho na BSID-III. Os resultados das demais avaliações do desenvolvimento e os dados obtidos a partir da Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais também foram considerados nessas descrições de caso.

3.1. Dados sobre nascimento obtidos nos relatórios de alta da UTIN

Os dados contidos nas Fichas de Alta Hospitalar foram coletados e processados. Verificou-se que a idade gestacional média dos participantes do estudo foi de 32,6 semanas, com pouca variação entre os grupos de idade (32 a 33,5 semanas); tendo, contudo, G4 a maior idade gestacional (33,5 semanas) (Tabela 6).

O peso médio da amostra ao nascer foi de 1.646 gramas, próximo da classificação de Muito Baixo Peso (MBP)¹³. Em relação ao peso ao nascer, não foi observada variação considerável nas médias para cada grupo de idade. No entanto, houve um maior peso médio ao nascer no G4, com 1.781g, e menor peso médio ao nascer no G3, com 1.560g, com a amostra variando de 785g a 2.480g. Os dados individualizados sobre o nascimento encontram-se no APÊNDICE I- Tabela I55. Dados de nascimento, por criança.

A amostra teve mais participantes do sexo feminino do que do sexo masculino, correspondendo as meninas a uma proporção de 6/10.

¹³ Muito Baixo Peso ao Nascer (MBP) - refere-se ao peso abaixo de 1.500g (Linhares et al., 2006).

As Fichas de Alta da UTIN revelaram a exposição a fatores de risco gestacional em 60% da amostra (Tabela 6). G2 foi o grupo que apresentou maior proporção de fatores de risco gestacional (0,8) e G1 teve a menor proporção (0,5) (Tabela 6).

Tabela 6. Dados gerais de nascimento, por grupo de idade

Indicadores	Grupos	G1	G2	G3	G4	Média
		(12-18m)	(18-24m)	(24-30m)	(30-36m)	
Idade gestacional (em semanas)	\bar{x}	32,7	32	32	33,5	32,6
	DP	3	3,1	3,1	3,1	3,1
	Md	33,5	32,1	32,1	34	32,9
	AV	30,1-36,4	30,4-33	27,4-36	26-36,1	26-36,4
Peso ao nascer (em gramas)	\bar{x}	1.564,8	1.678	1.560	1.781,1	1.646
	DP	529,1	245,1	551,1	501	456,6
	Md	1.550	1.705	1.420	1.827,5	1.625,6
	AV	1.100- 2.330	1.310- 2.070	890- 2.495	785-2.480	785- 2.480
Sexo (%)	Masculino	40	60	20	50	40
	Feminino	60	40	80	50	60
Presença de fatores de risco gestacional (P)		0,5	0,8	0,6	0,6	0,6

Legenda: T= Total; AV = Amplitude de variação; DP = Desvio-padrão; Md= Mediana; \bar{x} = Média; P=Proporção.

Verificou-se que a maioria das crianças (90%) apresentou problemas respiratórios ao nascer, sendo a DMH¹⁴ a disfunção mais frequente, representando 50% dos problemas respiratórios. G2 apresentou mais problemas respiratórios, sendo também o grupo de idade que mais foi submetido à oxigenoterapia, com proporção de 0,8, seguido do G1 (0,7), próximo da média da amostra (0,7).

Observou-se que metade dos participantes passou por processos de reanimação. (Os dados referentes a cada grupo estão no APÊNDICE H - Tabela H54. Proporção de problemas respiratórios ao nascer, por grupo de idade).

Verificou-se que o fator de risco mais presente no nascimento dessas crianças foi a hiperbilirrubinemia (62,5%), seguido de infecção e problemas hematológicos (47,5%). A asfixia foi registrada em 42,5% dos casos. Os fatores de

¹⁴ Doença da Membrana Hialina

risco menos frequentes na amostra foram os problemas cardiovasculares e hemorragia intracraniana (5%), seguidos de meningite (2,5%). (A frequência dos fatores de risco ao nascer em cada um dos grupos estão no APÊNDICE J - Tabela J56. Proporção de problemas ao nascer, por grupo de idade).

Nota-se que G1 apresentou as maiores proporções de problemas ao nascer: hiperbilirrubinemia (0,7); problemas hematológicos (0,7); problemas metabólicos (0,6); infecção (0,6); problemas ortopédicos (0,3) e problemas digestivos (0,2), sendo superado em proporção pelos outros grupos de idade somente em problemas renais (0,1) e asfixia (0,3). G4 apresentou as menores proporções nos problemas ao nascer, apresentando, contudo, proporções maiores de hiperbilirrubinemia (0,6) e de problemas renais (0,4) (APÊNDICE J - Tabela J56. Proporção de problemas ao nascer, por grupo de idade).

Constatou-se uma baixa frequência de exames neonatais que apresentaram anormalidades (APÊNDICE K - Tabela K57. Proporção de anormalidades identificadas por exames, por grupo de idade). Entretanto, esses dados não podem ser considerados muito confiáveis, uma vez que, em muitas Fichas de Alta, não foi relatada a realização dos exames, o que impossibilitou a pesquisadora de verificar a verdadeira parcela da amostra que apresentou anormalidades nos exames, como o exame CKMB, que apresentou baixa frequência de anormalidades. Porém, não se sabe se os exames foram ou não realizados.

Apesar das limitações mencionadas, observou-se que as anormalidades nos exames de fundo de olho foram registrados em 22,5% da amostra, com frequência maior no G2 (proporção de 0,4). As anormalidades no USTF foram registradas no G4, em proporção de 0,4.

O Exame Neurológico Evolutivo (ENE) foi realizado pela equipe de neuropediatria na metade da amostra, com menor frequência no G3 (0,4) e G4 (0,3). No G1 e G2 houve uma maior frequência dos ENE realizados (0,5 e 0,6, respectivamente).

Essas crianças ficaram, em média, 25,9 dias internadas na UTIN, havendo uma variação no tempo de internação (3 a 96 dias) (Tabela 7).

Ao final do período de internação na UTIN, de modo geral, as crianças superaram a idade gestacional de 37 semanas, critério necessário para serem consideradas a termo. A idade gestacional na alta hospitalar, para a amostra, foi de 38,4 semanas, com pequenas variações entre os grupos de idade (35,1 a 43,2 semanas). Contudo, o tempo de internação não foi o suficiente para que as crianças, de modo geral, alcançassem o peso de 2.500g, critério necessário para serem consideradas com peso adequado (o peso médio na alta foi de 2.134,9g, com variação de 1.805g a 2.765g) (Tabela 7).

Tabela 7. *Dados da Ficha de Alta Hospitalar por grupo de idade*

Indicadores	Grupos	G1	G2	G3	G4	Média
		(12-18m)	(18-24m)	(24-30m)	(30-36m)	
Peso na alta	\bar{x}	2.108,5	2.028	2.179,4	2.223,5	2.134,9
	DP	205,7	121,2	266,5	351,4	236,3
	Md	2.030	2.005	2.140	2.152,5	2.081,9
	AV	1.875-2.510	1.805-2.245	1.865-2.765	1.845-2.425	1.805-2.765
Número de Dias na UTIN	\bar{x}	35,5	24,1	25,1	18,7	25,9
	DP	28,2	16,2	13,6	18,3	19
	Md	39	25,5	24,5	12	25,3
	AV	8-96	7-7	7-47	3-58	3-96
Idade gestacional na Alta Hospitalar	\bar{x}	38,1	38,8	38,3	38,3	38,4
	DP	2,4	2,5	3,1	1,1	2,3
	Md	37,5	37,5	38,2	38,3	37,9
	AV	36-42,2	36,6-42,3	35,1-43,2	36,4-39,6	35,1-43,2

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação; T= Total.

É possível observar que G2 teve menor peso médio na alta hospitalar, com 2.028g, seguido do G1, que apresentou 2.128g de peso médio na alta, bem como o

maior número médio de dias de internação na UTIN (35,5 dias). G4, além de ter apresentado o maior peso médio ao nascer (2.223g), apresentou o menor número médio de dias na UTIN (18,1 dias) (Tabela 7).

3.2. Características da amostra coletadas nos prontuários médicos do Programa de *Follow Up*

Os dados de consultas no Programa de *Follow Up* registrados pelos diferentes profissionais (neurologista, pediatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta e oftalmologista do HDDS), para cada criança da pesquisa, totalizando 366 consultas, com média de 9,15 consultas/criança (Tabela 8).

As crianças passaram por 2,42 diferentes especialidades de atendimentos, em média. O grupo que apresentou maior número de atendimentos por participante (11,8) foi G3. Apesar das crianças do G4 serem mais velhas, podendo ter passado por maior número de consultas, a média de 7,9 atendimentos assemelhou-se ao número médio de 7,6 de consultas do G1, referente às crianças mais novas (APÊNDICE L - Tabela L58. Média de consultas e de tipos de atendimentos diferentes, por grupo).

Entre os tipos de atendimento especializado oferecidos no Programa de *Follow Up*, o atendimento pediátrico foi responsável pelo maior número de consultas realizadas, com 171 atendimentos para as 40 crianças da amostra, seguido da Fisioterapia, com 105 atendimentos (os dados referentes à quantidade de atendimentos por criança estão no APÊNDICE M -Tabela M59. Frequência de atendimentos por especialidade, por criança).

Apesar de ser esperado um aumento progressivo da quantidade de atendimentos por grupo de idade, por ser cumulativa a quantidade de atendimentos prestada, ocorreu, no G4, menor frequência média de atendimento por criança. Tal

constatação pode ser explicada pelo alto índice de evasão das crianças maiores ao serviço de *Follow Up*, sobretudo no G4 (Tabela 8).

Tabela 8. *Atendimentos de cada grupo, por especialidade médica*

Indicadores		Especialidades				
		Pediatria	Fisioterapia	Neurologia	Fonoaudiologia	Oftalmologia
G1 (12- 18m)	\bar{x}	3	2,2	1,6	0,0-	0,4
	DP	2,1	2,9	1,6	0,0	0,7
	Md	3	0	1,5	0,0	0,0
	AV	1-7	0-7	0-4	0-0	0-2
G2 (18- 24m)	\bar{x}	4,2	2,6	1,9	0,2	0,1
	DP	1,9	2,8	1,7	0,6	0,3
	Md	4,5	1,5	2	0,0	0,0
	AV	1-8	0-6	0-4	0-2	0-1
G3 (24- 30m)	\bar{x}	6,3	3,6	2,2	0,4	0,0
	DP	2,1	3,7	2,0	1,26	0,0
	Md	6	3	1,5	0,0	0,0
	AV	2-10	0-11	0-6	0-4	0-0
G4 (30- 36m)	\bar{x}	3,6	2,1	1,3	0,9	0,0
	DP	2,9	2,6	2,2	1,45	0,0
	Md	2,5	1	0,5	0,0	0,0
	AV	1-8	0-8	0-7	0-3	0-0

Os principais problemas registrados pelos especialistas referiram-se às características motoras ou neurológicas, cognitivas ou perceptivas, influência familiar, comportamentais e linguísticas. Foi identificado outro aspecto denominado *Outras Ocorrências* para elencar outras características, sobretudo relacionadas a doenças adquiridas pelas crianças (as características registradas nos prontuários médicos do setor de *Follow Up*, por grupo, estão no APÊNDICE N - Tabela N60. Frequência de problemas registrados nas consultas do *Follow Up*, por grupo de idade).

Dos problemas observados, aqueles relacionados à motricidade ou desenvolvimento neurológico e ao comportamento foram os mais frequentes, seguidos da categoria *Outras Ocorrências*, da influência familiar, os aspectos linguísticos e, por último, os aspectos perceptivos ou cognitivos (Tabela 9).

Verificou-se que, apesar dos dados referentes ao comportamento e aos aspectos motores e neurológicos terem a mesma frequência total (109), aqueles referentes ao comportamento aumentaram com o aumento da idade, ou seja, de um grupo para o outro, especialmente entre G1, G2 e G3, ao passo que aqueles referentes ao desenvolvimento motor ou neurológico tiveram um ligeiro declínio com o aumento da idade (Tabela 9).

É necessário destacar, contudo, que houve uma considerável variabilidade nas frequências dos aspectos verificados nas consultas do *Follow Up* entre as crianças, podendo ter aumentado ou diminuído as médias. Assim, esses dados devem ser considerados com cautela (os dados individualizados referentes à ocorrência de aspectos observados nas consultas podem ser vistos no APÊNDICE O - Tabela O61. Problemas registrados nas consultas do *Follow Up*, por criança).

Tabela 9. Ocorrência das categorias relacionadas a aspectos registrados no Programa de Follow Up, por grupo de idade

Variáveis \ Grupos	G1			G2			G3			G4			Total		
	f	\bar{x}	DP	f	\bar{x}	DP	f	\bar{x}	DP	f	\bar{x}	DP	f	\bar{x}	DP
Motor/ Neurológico	28	2,8	3,6	27	2,7	2,8	31	3,1	4,1	23	2,5	3,2	109	2,8	2,8
Linguagem	0	0	0	1	0,1	0,3	4	0,4	0,9	8	0,8	1,3	13	0,4	0,3
Comportamento	16	1,6	1,3	32	3,2	3,4	41	4,1	2,3	20	2	2,9	109	2,7	2,7
Influência familiar	2	0,2	0,4	5	0,5	0,9	9	0,9	1,6	4	0,4	0,7	20	0,5	0,5
Cognição/ Percepção	0	0	0	0	0	0	2	0,2	0,4	0	0	0	2	0,2	0,1
Outros	5	0,5	0,7	9	0,9	1,2	56	5,6	3,6	27	2,7	3,1	97	2,4	2,4

3.3. Dados da amostra obtidos pela Entrevista para Identificação de Riscos Psicossociais na História de Vida da Criança

A partir da aplicação da Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais, observou-se que a maioria das crianças (47,5%) apresentava baixo risco¹⁵, 40% da amostra apresentou Risco Psicossocial Moderado e 12,5% da amostra apresentou Risco Psicossocial Severo.

G2 e G3 apresentaram mais fatores de risco, com o total de 10 fatores para ambos os grupos, relacionados, sobretudo, a problemas conjugais dos pais. Pode-se notar, contudo, algumas peculiaridades entre os grupos. No G2, foi constatada a maior concentração de fatores de Risco Psicossocial Severo (0,3). No G3, apesar de haver somente 1 caso de Risco Psicossocial Severo, foi verificado Risco Psicossocial Moderado em uma proporção de 0,6; sendo o grupo de idade com maior índice de Risco Psicossocial Severo/Moderado (APÊNDICE N -Tabela P62. Ocorrência de fatores de risco psicossocial, por criança).

Houve maior média de fatores de risco relacionados a problemas conjugais (2,75), seguidos da maternidade/paternidade precoces, habitação superlotada (1,75), e do baixo nível educacional dos pais (1,25); G3 e G4, foram os grupos de idade com maior frequência de variáveis (Tabela 10).

¹⁵ Baixo Risco Psicossocial= quando nenhum fator de risco, dos 10 fatores apontados no Questionário de risco biopsicossocial (Santa Maria- Mengel, 2007), foi verificado; Risco Psicossocial Moderado= quando 1 ou 2 fatores de risco foi verificado; Risco Psicossocial Severo= quando 3 ou mais fatores de risco foram verificados.

Tabela 10. Ocorrência dos fatores de risco psicossocial, por grupo de idade

Fatores de risco psicossocial	Grupos				Total	
	G1	G2	G3	G4	f	\bar{x}
Maternidade / paternidade precoce	2	2	1	2	7	1,75
Rejeição da gravidez	1	0	0	2	3	0,75
Baixo nível educacional dos pais	2	1	2	0	5	1,25
Pais com doença psiquiátrica	0	0	0	0	0	0
Problemas conjugais	1	3	5	2	11	2,75
Falta de capacidade de lidar com problemas	1	2	0	0	3	0,75
Falta de apoio ou integração social	0	0	0	1	1	0,25
Historia de delinquência dos pais	0	0	0	0	0	0
Habitação superlotada	2	2	2	1	7	1,75
Dificuldades severas crônicas dos pais	0	0	0	0	0	0
A-V	0-2	0-3	0-5	0-2		

Não foram observadas diferenças marcantes entre os grupos em relação a algumas variáveis. Em quase todos os grupos houve, em média, 8 anos de estudos formais e número médio de cômodos na casa entre 4 e 5 cômodos (Tabela 11).

G4 apresentou a menor renda familiar (R\$ 759,20), e a menor renda per capita média, (R\$ 186,10). Contudo, apresentou a maior frequência de crianças em creches, 3, e a maior frequência de mães trabalhando fora, 5. A maior renda familiar (R\$ 1.531,11), bem como a maior idade das mães (35 anos), foram observados no G3. Também no G3 foi observado o maior número de anos de relacionamento dos pais (10,4 anos) (Tabela 11).

Tabela 11. Resumo das características de nascimento e características psicossociais da amostra e de cada grupo de idade

Variáveis observadas	Grupos				Total
	G1	G2	G3	G4	
Idade da mãe (\bar{x}) (anos)	27,6	28,4	35,4	29,9	30,3
Idade do pai (\bar{x}) (anos)	30,4	35,1	35,9	33,2	33,6
Anos que se conheciam (\bar{x})	6,9	5,7	10,4	7,2	7,6
Renda familiar (\bar{x}) (R\$)	830	1.171,1	1.531,1	759,2	1.058,2
Renda por pessoa (\bar{x})(R\$)	205,8	251,8	334,3	186,1	244,5
Número de cômodos na casa (\bar{x})	5,4	5,1	5	4,1	4,9
Escolaridade da mãe (\bar{x}) (anos)	7,4	8,1	8,2	8,9	8,2
Escolaridade do pai (\bar{x}) (anos)	7,7	8,6	8,5	8,8	8,4
Mãe trabalha fora (f)	1	3	4	5	13
Frequente creche (f)	0	0	2	3	5
Risco Psicossocial Severo (f)	0	3	1	1	5
Risco Psicossocial Moderado (f)	5	1	6	4	16

Com base na Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais, verificou-se que a maioria das mães (30) não planejou a concepção dos filhos avaliados nesta pesquisa, com destaque para G3, em que todas as mães afirmaram não ter planejado a concepção, com a justificativa do esquecimento dos remédios anticoncepcionais. No geral, o sentimento presente na gravidez foi negativo, presente na maioria das mães (22 mães), decorrente, principalmente, de problemas conjugais ou familiares (citados 14 vezes), seguidos da apreensão decorrente da gravidez de risco (7 vezes). Contudo, observou-se que também houve aceitação imediata da gravidez, com destaque para G4 (8 mães) e G1 (7 mães). Nos outros grupos, houve um equilíbrio entre a aceitação imediata e tardia da gravidez (Tabela 12).

De modo geral, as atividades que as mães mais exercem com as crianças foram as brincadeiras, passeios e visitas a parentes. Verificou-se que, enquanto a frequência de menção a visitas a parentes diminuiu do G1 ao G4, a menção de atividades, como brincadeiras e passeios aumentou, na mesma direção (Tabela 12).

De acordo com as mães, que responderam majoritariamente à entrevista, os pais tiveram um papel secundário no cuidado dos filhos. Na maioria das vezes, eles exerciam as atividades de cuidado básico voltadas à higiene e alimentação somente quando ninguém mais podia exercê-las. O papel do pai estava voltado à vigilância, às atividades lúdicas e à interação com a criança.

Tabela 12. *Resumo dos dados sobre a organização familiar, enfrentamento do nascimento e expectativas sobre o desenvolvimento, obtidos pela Entrevista para a identificação de Riscos Biopsicossociais (frequência das categorias de respostas)*

		Respostas dadas pelas mães	Grupos de Idade				Total
			G1	G2	G3	G4	
Gravidez planejada?		Sim	3	2	0	5	10
		Não	7	8	10	5	30
	Justificativa para o não planejamento	Esquecimento de anticoncepcionais	1	1	6	1	9
		Planejavam só para o futuro	2	3	0	0	5
		Problemas familiares	2	1	1	0	4
Já tinha muitos filhos		1	0	1	0	2	
Sentimentos frente à gravidez		Positivos	5	4	4	5	18
		Negativos	5	6	6	5	22
	Justificativa para os sentimentos negativos manifestos	Problemas familiares/ conjugais	1	4	5	4	14
		Gravidez de risco	1	2	1	3	7
		Falta de preparação para ter filhos	1	1	1	1	4
		Possibilidade de abandono de rotina	2	0	0	1	3
		Pouca renda para manter o filho	1	0	0	1	2
		Muitos filhos	1	0	0	0	1
		Idade avançada	0	1	0	0	1
		Aceitação imediata	7	5	5	8	25
	Aceitação tardia	3	5	5	2	15	
Atividades desenvolvidas com a mãe	Brincadeiras	5	6	8	8	27	
	Passeios	4	6	7	8	25	
	Visitas a parentes	7	5	4	2	18	
	Passeios à igreja	3	0	1	3	7	
	Ver TV	1	1	1	1	4	
	Contar histórias	1	0	3	1	4	
	Ir ao hospital	2	0	0	0	2	
Contribuição do pai	Ajuda quando a mãe não pode	3	4	4	0	11	
	Toma conta, passeia	4	3	1	2	10	
	Dá muito carinho, brinca	1	5	1	2	9	
	Tem pouco contato com filho	0	4	2	2	8	
	Ajuda na higiene, alimentação	1	3	2	0	6	
	Não ajuda porque trabalha	1	3	0	2	6	
	Sempre prestativo	1	1	1	0	3	
Reações frente à birra	Tenta distrair a criança	3	4	3	4	14	
	Ajuda a criança, por achá-la frágil	2	5	3	1	11	
	Mesmo nervoso, não interfere	1	3	1	1	6	
	Não dá atenção	1	1	1	0	3	
	É rígido, bate	0	1	1	1	3	

Os familiares costumavam lidar com os problemas de comportamento da criança, na maioria das vezes, tentando distrair a criança calmamente no momento da birra (14). Costumavam ceder aos pedidos dos filhos, por acharem que esses

eram demasiadamente frágeis para suportar frustrações (11). A maior frequência foi verificada entre os pais componentes do G2 (5) (Tabela 12).

Em 30 casos, identificou-se, entre os familiares, a crença de que a prematuridade e o baixo peso ao nascer não afetam o desenvolvimento da criança com a justificativa de observarem cotidianamente a criança, constatando que esta era até mais desenvolvida que as demais crianças da idade, por ser mais ativa que as demais (Tabela 13).

Quando questionado sobre os métodos mais eficazes de estimulação do desenvolvimento, o comparecimento ao médico foi a fala mais frequente (18 ocorrências), seguida do ensinamento de habilidades (10), oferta de carinho e atenção (8). Observou-se uma diminuição do reconhecimento da importância do tratamento médico do G1 (6) ao G4 (3), grupo este que apresentou também o maior índice de abandono do setor de *Follow Up* (Tabela 13).

Tabela 13. *Frequência das categorias de respostas sobre as expectativas acerca do desenvolvimento e métodos de estimulação registradas no Questionário de Risco Biopsicossocial*

Categorias de respostas dadas		Grupos de Idade				T	
		G1	G2	G3	G4		
Expectativas sobre o desenvolvimento	Não afetará o desenvolvimento	7	7	8	8	30	
	Afetará o desenvolvimento	1	2	1	1	5	
	Afetará só o crescimento	2	-	-	2	4	
	Criança será mais desenvolvida	1	-	-	-	1	
	Justificativas para boas expectativas	É mais desenvolvida que outras	1	3	3	1	8
		Não observa diferença	3	-	1	1	5
		Os médicos orientaram	1	2	-	1	4
Métodos eficazes de estimulação	Levar ao médico	6	4	5	3	18	
	Ensinar habilidades	2	4	2	1	10	
	Dar carinho/ atenção	4	3	-	1	8	
	Ensinar limites	-	1	4	1	6	
	Colocar na creche	-	1	2	2	5	
	Brincar/ oferecer brinquedos	3	2	-	-	5	
	Alimentar a criança	2	1	1	1	5	
	Interação com outras crianças	2	-	1	1	4	

Legenda: G1= 12-18m; G2=18-24m; G3= 24-30m; G4= 30-36m; T= Total.

3.4. Dados da avaliação do desenvolvimento das crianças

Neste tópico, são apresentados dados sobre problemas comportamentais, com base no CBCL (1½-5 anos), e sobre a linguagem expressiva, pela LAVE. Em seguida, são apresentados os dados sobre o desenvolvimento da motricidade ampla, motricidade fina, linguagem expressiva, linguagem receptiva e da cognição, com base na BSID-III. Inicialmente, será feita uma descrição geral dos dados, em seguida, são apresentados os dados referentes a cada escala componente da BSID-III.

3.4.1. Dados sobre problemas de comportamento das crianças obtidos pelo CBCL (1½ a 5 anos)

O CBCL apresenta resultados totais para problemas externalizantes (agressividade, problemas de atenção), problemas internalizantes (introversão, ansiedade, depressão, problemas somáticos e reação emocional) e também um resultado geral. Observou-se apenas 1 caso *Clínico* em cada grupo de idade, para o total de problemas internalizantes e para o resultado geral. Em contrapartida, foram observadas 5 ocorrências da classificação *Clínico* no G2, 4 ocorrências no G3 e nenhuma ocorrência no G4 para o total de problemas externalizantes, referentes a problemas de atenção e agressividade (Tabela 14). Verificou-se que 20 crianças (67% da amostra de 30 participantes que responderam ao CBCL) apresentaram o perfil *Clínico* em, ao menos, um dos sete tipos de problemas internalizantes e externalizantes analisados pelo instrumento, a saber: reação emocional, ansiedade e depressão, problemas somáticos, introversão, problemas com o sono, problemas de atenção e comportamento agressivo (Os escores brutos, os escores T e a classificação correspondentes a cada criança estão no APÊNDICE R - Tabela R63.

Escore brutos, escores T e classificação das Síndromes Comportamentais do CBCL (1½ a 5 anos), por criança).

Observou-se que os problemas externalizantes foram apontados com maior frequência, sobretudo os problemas de atenção, pois metade das 30 crianças avaliadas do G2, G3 e G4 apresentou o perfil *Clínico* para problemas de atenção. Observou-se também que a maior ocorrência do perfil *Clínico* estava nos grupos de crianças mais novas, havendo uma diminuição nos grupos das crianças mais velhas (Tabela 14).

Tabela 14. Frequência de classificações *Clínico* para as Síndromes Comportamentais do CBCL (1 ½ - 5 anos), por idade

Síndromes Comportamentais	G1		G2		G3		Total <i>Clínico</i> <i>P</i>
	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	
<i>Problemas Internalizantes</i>	1	56,9	1	55,5	1	54,7	0,1
Reação Emocional	3	58,5	2	59,0	1	53,5	0,2
Ansiedade/Depressão	2	58,6	2	56,0	2	59,8	0,2
Problemas Somáticos	1	54,3	0	53,6	0	54,5	0,03
Introversão	1	54,8	3	58,0	0	55,2	0,13
<i>Problemas Externalizantes</i>	5	61,9	4	62,4	0	53,5	0,3
Problemas de Atenção	5	60,6	5	65,0	5	60,9	0,5
Agressividade	3	61,3	3	62,2	0	54,8	0,2
Resultado Geral do CBCL	1	58,9	1	57,8	1	53,5	0,1
Total	22	57,8	21	58,1	10	56,0	

Legenda: T= Total amostra; \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; *f*= frequência; *P*=Proporção; TS= T Score.

G2 teve maior frequência de classificações *Clínico* (22 ocorrências), sendo que 7 crianças tiveram a classificação *Clínico* em pelo menos um dos tipos de problema. No G4, houve a menor frequência das classificações *Clínico* (10 ocorrências), relativas a 6 crianças que apresentaram a classificação *Clínico* em pelo menos um dos tipos de problema investigados.

É importante destacar que, no G2, havia 1 criança com perfil *Clínico* em todos os tipos de problema abordados no CBCL (o que pode ser visto no APÊNDICE R - Tabela R63. Escores brutos, escores T e classificação das Síndromes

Comportamentais do CBCL (1½ a 5 anos), por criança). Contudo, percebeu-se que a maioria das crianças apresentou o perfil *Clínico* para apenas 1 tipo de problema (Tabela 15).

Tabela 15. *Frequência e proporção da combinação de tipos de problema no CBCL, nas crianças classificadas como Clínicas*

Total de classificações Clínico acumuladas	Crianças	
	f	Proporção (n=20)
1	10	0,50
2	7	0,35
3	1	0,05
≥4	2	0,10
Total	20	1

De modo geral, os grupos não apresentaram médias elevadas dos escores T obtidos por criança. Em todos os grupos, as médias dos escores T ficaram entre 50 e 60 para cada um dos principais tipos de problema. Verificou-se que, para os *Problemas de Atenção*, houve médias acima de 60 (62,2), com destaque para G3, que teve a média de escore T de 65 pontos, com maior pontuação (Tabela 16).

G3 apresentou também as maiores médias do escores T em 4 das 7 categorias de problemas avaliados pelo CBCL (1½ a 5 anos): atenção (65), agressividade (62,5), reação emocional (59) e introversão (58).

G4 teve a maior média em ansiedade/depressão (59,8) e G2 teve a maior média em problemas somáticos (54,3) (Tabela 16).

A agressividade foi o tipo de problema de comportamento, com médias mais altas para dois grupos (G2 e G3) (Tabela 16).

Organizando os dados do CBCL (1½ a 5 anos), por idade estudada, tem-se:

a) entre 18 e 24 meses (G2): mais problemas de sono em relação às demais idades; mais problemas de agressividade e menos problemas somáticos entre os tipos de problema;

b) entre 24 e 30 meses (G3): médias mais altas entre todos os grupos em problemas de atenção, agressividade, reação emocional e introversão; menos problemas de sono;

c) entre 30 e 36 meses (G4): mais problemas de ansiedade e depressão e problemas somáticos; segunda maior média entre os grupos em problemas de atenção, menos problemas de reação emocional entre os tipos de problemas desta idade (Tabela 16).

Tabela 16. Escores T dos grupos, por tipo de problema no CBCL

		Escala CBCL (1 ½ a 5 anos)						
		Atenção	Agressividade	Ansiedade/ Depressão	Reação Emocional	somáticos	Introversão	Sono
G2	\bar{x}	60,5	61,3	58,6	58,5	54,3	54,8	56,2
	DP	10,0	6,3	10,2	10,8	6	10,3	10,3
	Md	57	62	54	53	53	50,5	50,5
	AV	52-77	53-70	52-83	50-83	50-70	50-70	50-82
G3	\bar{x}	65,0	62,2	56,0	59	53,6	58,0	52,7
	DP	8,9	7,4	6,2	8,2	4,8	9,0	4,4
	Md	67	62	56	58,5	50	55	51
	AV	51-73	50-77	50-66	50-62	50-62	50-73	50-64
G4	\bar{x}	60,9	54,8	59,8	53,5	54,5	55,2	53,5
	DP	7,8	4,1	6,9	4,7	5,3	4,8	4,7
	Md	62,0	56,0	61,0	53,0	53,0	56,0	51,0
	AV	51-73	50-60	51-70	50-65	50-62	50-60	50-64
T	\bar{x}	62,2	59,37	58,1	57,0	54,1	56,0	54,1
	DP	8,6	6,7	7,8	8,4	5,2	8,2	6,9
	Md	62,0	58,0	56,0	55,0	53,0	51,0	51,0
	AV	51-73	50-77	50-83	50-83	50-70	50-73	50-82

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de Variação; T= Total.

Em relação às escalas do CBCL orientadas pelo DSM-IV, observa-se, no G3 e G2, uma maior frequência de classificações *Clínico* (12 e 10), respectivamente. No G4, ocorreram 4 classificações (Tabela 17).

A escala com maior presença de classificações *Clínico* foi a de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (0,36), e a menor foi a de Transtornos Afetivos (0,06) (Tabela 17). O Transtorno Desafiador e Opositor apresentou um pico aos 24-30 meses de idade, extinguindo-se na faixa de 30-36 meses.

Tabela 17. *Frequência de classificações Clínico nas Escalas orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1 ½ - 5 anos), por grupo de idade*

Escalas DSM-IV	G2		G3		G4		Total (n=30)
	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	<i>Clínico</i> <i>f</i>	TS \bar{x}	<i>Clínico</i> <i>P</i>
Transtornos afetivos	1	56,1	1	55,6	0	53,6	0,06
Transtornos de ansiedade	1	58,9	1	58,2	2	53,5	0,13
Problemas desenvolvimentais invasivos	1	55,1	2	53,9	1	59,8	0,13
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5	61,9	5	58,5	1	54,5	0,36
Transtorno desafiador e opositor	2	62,3	3	53,7	0	55,2	0,16
Total de problemas identificados nas Escalas orientadas pelo DSM-IV	10	58,9	12	58,3	4	55,6	---

Confirmando os dados obtidos na classificação do CBCL (1½ a 5 anos) (Tabela 16), tem-se G3 com a maior frequência de problemas, segundo o DSM-IV, especificamente para os Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Tabela 17).

Estes tipos de transtornos, juntamente com o Transtorno Desafiador e Opositor, ocorreram com mais frequência entre 18 e 30 meses (G2 e G3). Já na faixa etária de 30-36 meses (G4), foram identificados mais Transtornos de Ansiedade (Tabela 17).

3.4.2. Dados da linguagem expressiva avaliada pela LAVE

As 20 mães das crianças de 24 a 36 meses de idade, correspondentes ao G3 e G4, responderam ao instrumento de avaliação da linguagem expressiva (LAVE). Os escores brutos de cada participante foram classificados conforme estudo elaborado por Capovilla e Capovilla (1997).

Verificou-se um desempenho bruto variado entre os participantes (Figura 1). (Os dados referentes a cada participante estão no APÊNDICE S - Tabela S64. Desempenho na linguagem expressiva (LAVE), por criança).

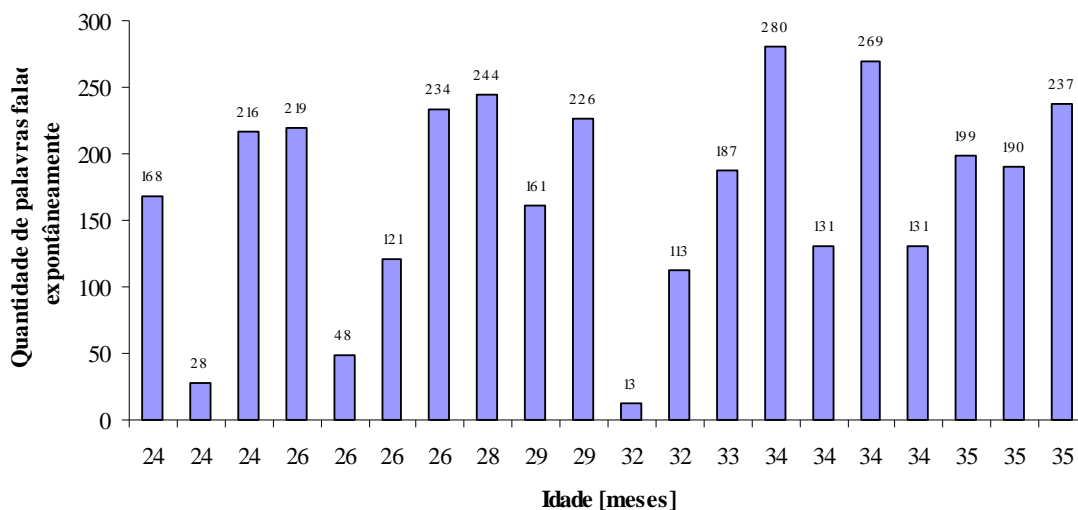


Figura 1. Resultados brutos do G3 e do G4 na LAVE (linguagem expressiva).

Segundo dados das mães, no G3, havia o uso espontâneo pelas crianças de uma média de 166,5 palavras (variação de 28 a 244), equivalente a 54% de acertos (Tabela 18).

Tabela 18. Desempenho do G3 e G4 quanto à linguagem expressiva (LAVE)

Criança	G3 (24-30m)		G4 (30-36m)	
	Escore Bruto	Acerto (%)	Escore Bruto	Acerto (%)
1	219	72	280	92
2	121	40	199	65
3	244	80	13	4
4	234	77	190	63
5	161	53	113	37
6	168	55	187	62
7	28	9	269	88
8	216	71	237	78
9	226	74	131	43
10	48	16	131	43
\bar{x}	166,5	54,8	175	57,6
DP	77,9	25,6	80,7	26,5
Md	192	63,2	188,5	62
AV	28-244	9-8	13-280	4-92

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação; %= Porcentagem.

No G4, essa média aumentou 8,5 palavras, totalizando 175 palavras, referente a 57,6% de acerto (variação de 13 a 280 acertos). A amplitude de variação dentro de cada grupo foi considerável, com o desvio-padrão de 77,9 e 80,7 para G3 e G4, respectivamente (Tabela 18).

Verificou-se que a maioria das crianças obteve pontuações-padrão abaixo da pontuação-padrão média proposta por Capovilla e Capovilla (1997) para a LAVE aplicada em crianças de 2 a 3 anos. (Os desvios da pontuação-padrão de cada participante em relação a Pontuação Padrão média (100 pontos) estão na Figura 2).

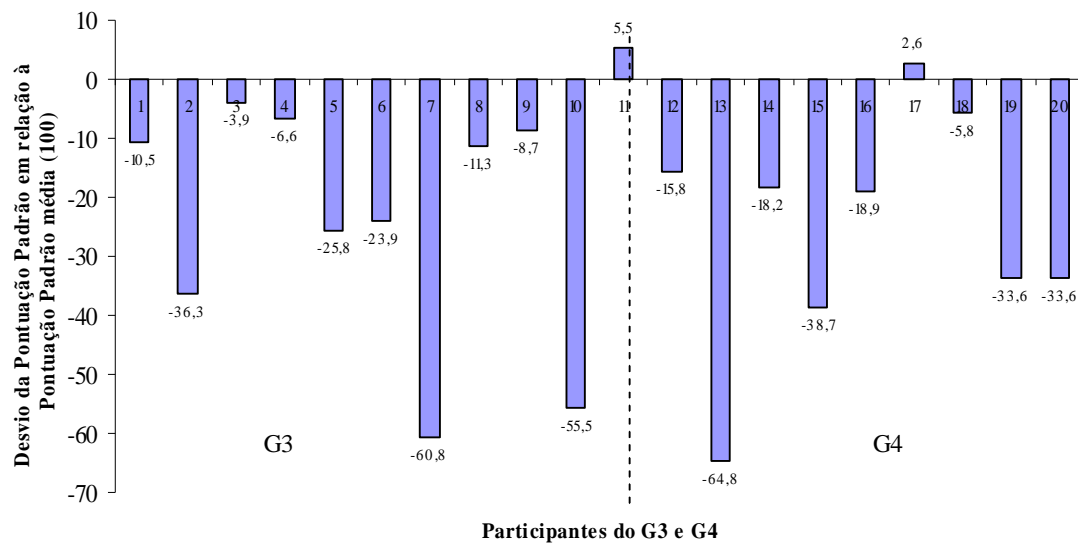


Figura 2. Desvio da pontuação-padrão de cada criança do G3 e do G4 na LAVE (pontuação-padrão média = 100 pontos).

3.4.3. Avaliação do desenvolvimento motor, cognitivo e linguístico pelas Escalas Bayley de Desenvolvimento (BSID-III) - versão de triagem

Neste estudo, foram obtidos dados sobre o risco para atraso no desenvolvimento a partir da administração da BSID-III.

3.4.3.1. Dados gerais da amostra na BSID-III

Em relação às classificações sobre o risco para atraso no desenvolvimento obtidas a partir da administração da BSID-III, verificou-se a ocorrência da categoria *Competente* em 73% de um total de 200 resultados que compuseram a aplicação das 5 escalas (Cognitiva, Linguagem Receptiva, Linguagem Expressiva, Motricidade Fina e Motricidade Ampla) nas 40 crianças. A categoria *Emergente* foi constatada em 24,5% das classificações. Em apenas 2,5% das classificações, verificou-se a categoria *Em Risco*.

De modo geral, a categoria *Competente* foi mais frequente no G3 (42), e no G2 (38), sendo menos frequente no G1. A categoria *Emergente*, apareceu mais

frequentemente no G1 (17), e no G4 (13). A categoria *Em Risco* apareceu em maior número no G4 (3) e não foi identificada no G2 (Tabela 19).

Tabela 19. *Freqüência em cada grupo, por categoria de risco nas escalas da BSID-III*

Classificação	Escala	Grupo de Idade				Total
		G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	
Competente	Cognitiva	2	5	6	7	20
	Linguagem receptiva	10	8	9	8	35
	Linguagem expressiva	7	6	7	8	28
	Motricidade fina	7	9	10	5	31
	Motricidade ampla	6	10	10	6	32
	Total	32	38	42	34	146
Emergente	Cognitiva	7	5	4	2	18
	Linguagem receptiva	0	2	1	2	5
	Linguagem expressiva	3	4	2	1	10
	Motricidade fina	3	1	0	5	9
	Motricidade ampla	4	0	0	3	7
	Total	17	10	8	13	49
Em risco	Cognitiva	1	0	0	1	2
	Linguagem receptiva	0	0	0	0	0
	Linguagem expressiva	0	0	1	1	2
	Motricidade fina	0	0	0	0	0
	Motricidade ampla	0	0	0	1	1
	Total	1	0	1	3	5

Legenda: T= Total; COG= Escala Cognitiva; LRE= Escala de Linguagem Receptiva; LEX= Escala de Linguagem Expressiva; MFI= Escala de Motricidade Fina; MAM= Escala de Motricidade Ampla.

Das escalas aplicadas, a Escala de Linguagem Receptiva foi a que obteve maior frequência de crianças na categoria *Competente*, com 35 crianças (87,5%), com destaque para G1. Nas escalas Motora Ampla e Motora Fina, 32 e 31 crianças, respectivamente, obtiveram a categoria *Competente*, com destaque para G3. Na Escala de Linguagem Expressiva, 28 crianças foram consideradas competentes (70%), especialmente do G4 (Tabela 19).

A escala que teve menos ocorrências da categoria *Competente* foi a Cognitiva, com apenas metade da amostra total, ou seja, 20 crianças. Apesar da Escala Cognitiva ter recebido as menores ocorrências da categoria *Competente*, observou-se que, à medida em que aumentavam de idade, as crianças recebiam

mais classificações *Competente* no seu Grupo de idade. Pode-se perceber que G4 recebeu mais classificações *Competente*, na Escala Cognitiva, seguido do G3 (Tabela 19).

Para a classificação *Emergente*, observou-se uma maior ocorrência na Escala Cognitiva, seguido da Escala de Linguagem Receptiva. O grupo que mais recebeu a classificação *Emergente* foi G1, seguido do G4 (Tabela 19).

A classificação *Em Risco*, notadamente em menor proporção, foi observada principalmente nas escalas Cognitiva e de Linguagem Expressiva, tendo G4 o maior número de classificações - 3 das 5 verificadas (Tabela 19). É necessário ressaltar, contudo, que apenas 1 participante do G4 apresentou essas 3 classificações, relacionadas às escalas Cognitiva, de Linguagem Expressiva e de Motricidade Ampla (APÊNDICE U -Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

Assim, G3 apresentou-se como o grupo mais competente, e G1, o menos competente; G1 foi o mais emergente e G3 o menos emergente; G4 foi o grupo mais em risco, enquanto G2 não apresentou qualquer risco de problemas de desenvolvimento, sendo o segundo grupo mais competente.

Considerando as classificações de risco para problemas de desenvolvimento, por faixa etária, segundo a BSID-III, tem-se:

a) entre 12 e 18 meses (G1): maior frequência de indicações de habilidades emergentes entre todos os grupos; maior competência em linguagem expressiva e em linguagem receptiva, apresentando menor competência na área cognitiva;

b) entre 18 e 24 meses (G2): único grupo sem classificação *Em Risco*; maior competência em motricidade ampla e menor em cognição; habilidade esta com maiores frequências de classificação *Emergente*, seguida da linguagem expressiva;

c) entre 24 e 30 meses (G3): grupo mais competente de todos, inclusive nas áreas motoras ampla e fina, mas com menor competência em habilidades cognitivas; tem a menor frequência de habilidades emergentes, com destaque para a cognição; tem somente uma criança em risco para a linguagem expressiva; foi o grupo mais competente em 5 escalas;

d) entre 30 e 36 meses (G4): grupo com mais indicações de crianças em risco, especialmente nas áreas cognitiva, de motricidade ampla e de linguagem expressiva; segundo grupo em habilidades emergentes, com destaque para as áreas de motricidade fina e ampla (Tabela 19).

As classificações de cada criança foram consideradas a fim de se destacar a quantidade de avaliações positivas obtidas a partir da administração das 5 escalas. Verificou-se uma maior ocorrência da categoria *Competente* no conjunto das 5 escalas, principalmente para G3, a segunda maior frequência da categoria *Competente* ocorreu no conjunto de 3 escalas e a menor ocorrência, de 1 escala, para G1(Figura 3).

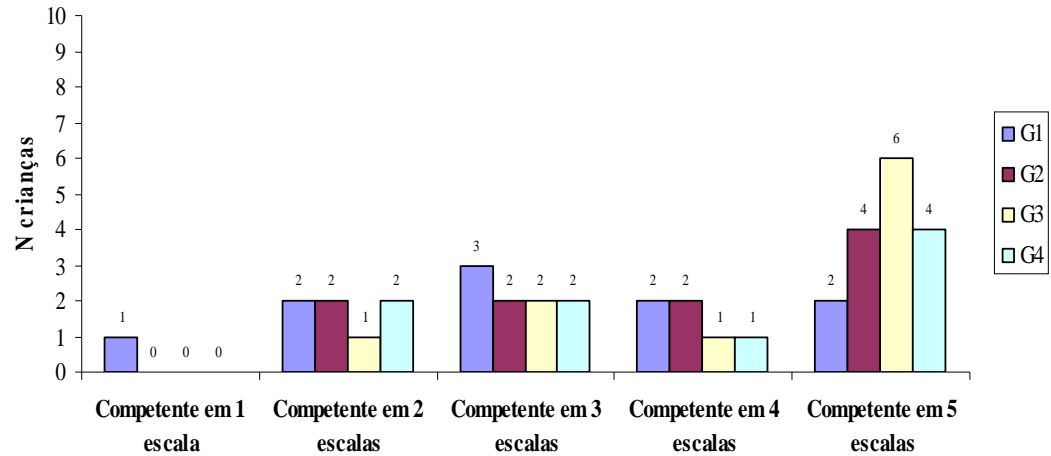


Figura 3. Frequência da categoria *Competente*, nas escalas da BSID-III, por grupo.

Foi possível observar que, em relação à categoria *Emergente*, houve maior frequência no conjunto de 2 escalas, e a menor no conjunto de 4 escalas, para G1 (Figura 4).

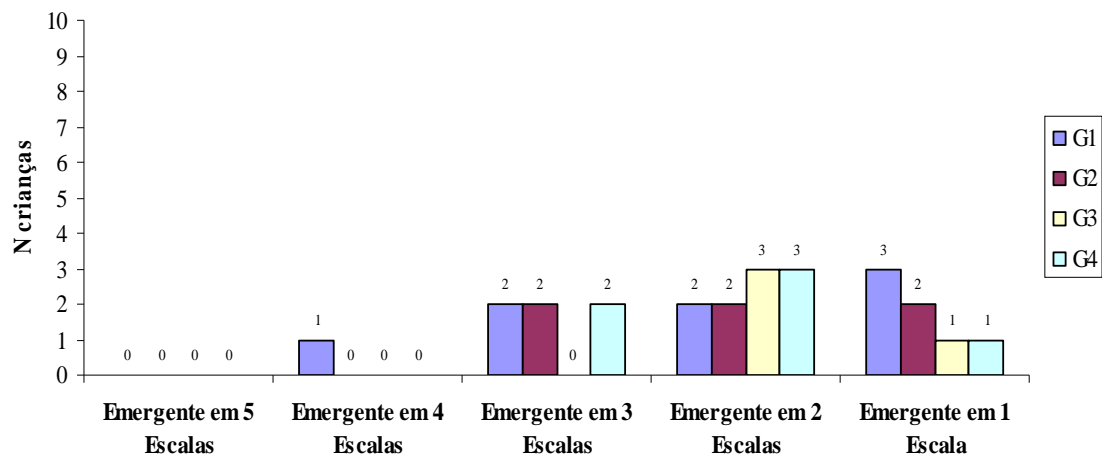


Figura 4. Frequência da categoria *Emergente*, nas escalas da BSID-III, por grupo.

A categoria *Em Risco* teve maior ocorrência no conjunto de 1 escala, seguido do conjunto de 3 escalas, correspondentes ao G4 (Figura 5).

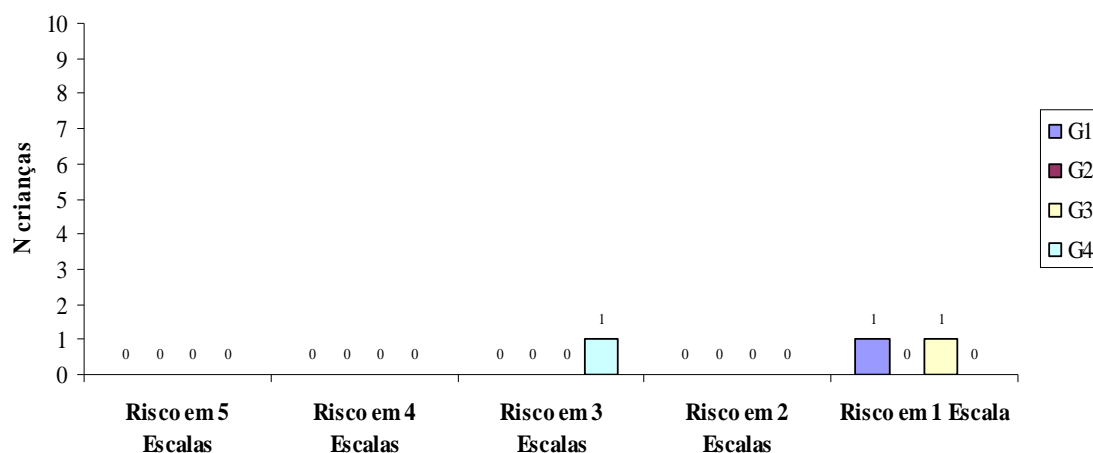


Figura 5. Frequência da categoria *Em Risco*, nas escalas da BSID-III, por grupo.

Os escores médios em cada escala foram ordenados por grupo de idade. De modo geral, os grupos com maior idade obtiveram maiores escores médios (Figura 6).

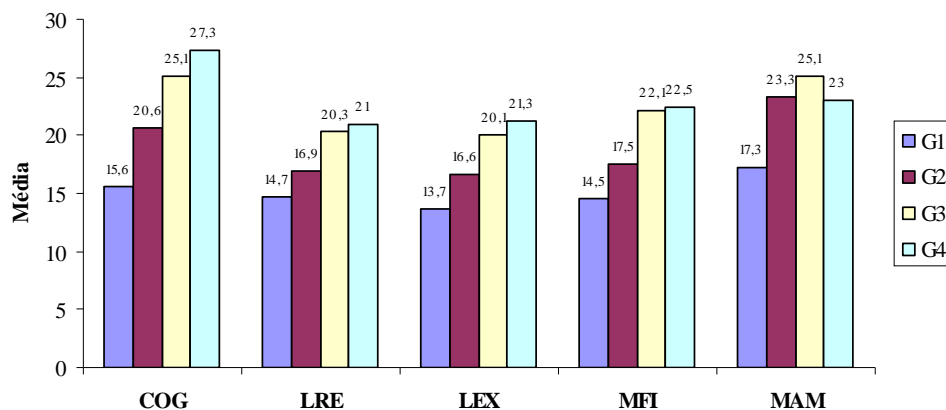


Figura 6. Média da pontuação bruta média dos grupos, nas escalas da BSID-III.

Foi possível identificar uma progressão nos escores brutos, a partir da comparação dos resultados. No entanto, a progressão ficou mais evidente do conjunto do G1 e G2 para G3 e G4, ou seja, do segundo para o terceiro ano de vida. De modo geral, houve uma progressão no desempenho acumulado das crianças, com o aumento da idade (Figura 6).

Nos resultados referentes ao percentual de acerto médio em cada escala, percebe-se um maior desempenho no G4 para a maioria das escalas. Percebe-se, novamente, que G3 e G4 apresentaram desempenho semelhante, com percentual semelhante de acertos na faixa dos 80% (Figura 7).

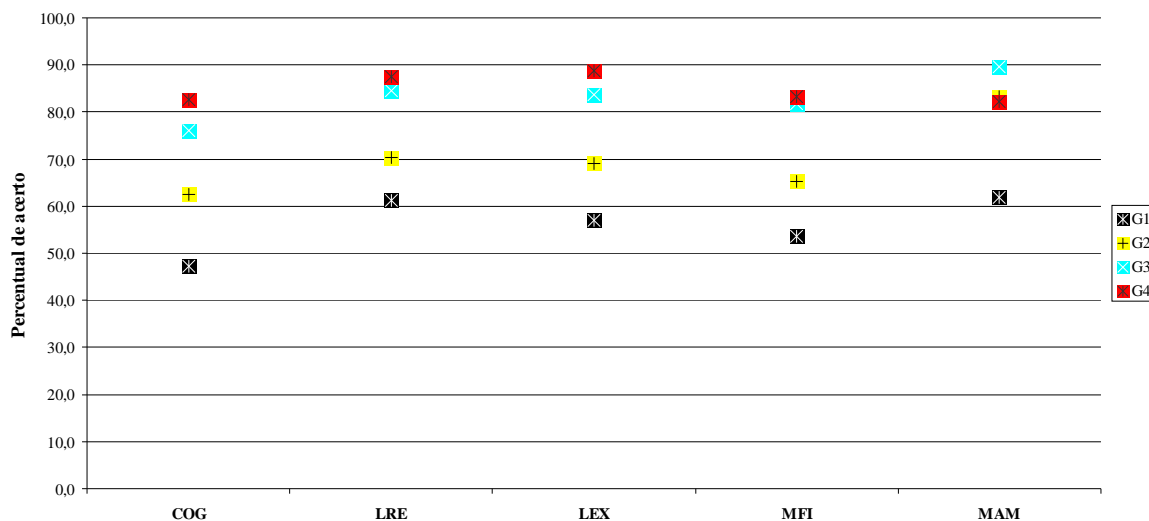


Figura 7. Percentual médio de acerto dos grupos nas escalas da BSID-III.

Com a finalidade de verificar possíveis diferenças no desempenho nas escalas da BSID-III, procedeu-se um estudo complementar com 33 crianças da amostra (82,5%), sendo 15 crianças nascidas com Muito Baixo Peso (MBP: <1.500g) e 18 crianças com Baixo Peso (BP: >2.500g). Esse subgrupo foi montado a partir do critério *idade*. Os grupos apresentaram, respectivamente, idade média de 21,4 e 21,7 meses de idade no dia da coleta de dados. A idade gestacional do grupo MBP foi de 30,3 semanas e 1.158,9g ao nascer. Para o grupo BP, a idade gestacional foi de 33,9 semanas e 1.933,1g ao nascer.

Verificou-se que as crianças com MBP apresentaram, em média, idade gestacional inferior e menores escores em todas as escalas aplicadas. Os dados mostram diferenças maiores nas escalas de Linguagem Receptiva e Motricidade Ampla. Contudo, a diferença entre as médias dos grupos BP e MBP não foi

relativamente alta, estando abarcada nos limites propostos pelos desvios-padrão das médias de cada escala (Tabela 20).

Tabela 20. *Desempenho das crianças nascidas com baixo peso (BP) e muito baixo peso (MBP) na BSID-III*

		MBP (n = 15)				BP (n = 18)			
		\bar{x}	DP	Md	AV	\bar{x}	DP	Md	AV
Variáveis	Peso ao nascer (g)	1158,9	201,9	1200	755-1430	1933,1	249,2	1900	1570-2495
	Idade gestacional (semanas)	30,3	2,3	30,4	26-34	33,9	1,6	34	32-36,4
	Idade durante a avaliação (meses)	21,4	7,4	20	12-35	21,7	6,1	22	12-32
COG	Escore total bruto	20,8	4,8	21	12-21	21,1	4,6	20,5	13-29
	% de acerto	63	14,6	63,6	50-88	64	13,9	62,1	39-88
	Classificação	2,3	0,5	2	2-3	2,4	0,6	2,5	1-3
LRE	Escore total bruto	16,5	3,1	16	11-23	18,2	3	17	13-24
	% de acerto	68,6	13,0	66,7	46-96	75,9	12,3	70,8	54-100
	Classificação	2,8	0,4	3	1-3	2,9	0,2	3	2-3
LEX	Escore total bruto	16,3	4,4	15	13-22	17,8	3,7	18	10-23
	% de acerto	67,8	18,2	62,5	48-82	74,1	15,4	75	42-96
	Classificação	2,4	0,7	3	2-3	2,8	0,4	3	2-3
MFI	Escore total bruto	17,8	3,4	17	15-27	19,0	4,1	18	14-26
	% de acerto	65,9	12,5	63	54-96	70,4	15,2	66,7	52-96
	Classificação	2,7	0,5	3	1-3	2,9	0,2	3	2-3
MAM	Escore total bruto	20,6	4,2	22	14-28	22,7	3,4	23,5	15-28
	% de acerto	73,6	14,9	78,6	42,4-84,8	81,2	12,2	83,9	53,6-100
	Classificação	2,6	0,6	3	2-3	2,9	0,2	3	2-3

Legenda: BP= Baixo peso; MBP= Muito baixo peso; COG= Escala Cognitiva; LRE= Escala de Linguagem Receptiva; LEX= Escala de Linguagem Expressiva; MFI= Escala de Motricidade Fina; MAM= Escala de Motricidade Ampla; \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação; n= quantidade.

3.4.3.2. Dados das crianças na Escala Cognitiva da BSID-III

Verificou-se que 20 crianças (50% da amostra) foram consideradas *Competentes* na escala cognitiva da BSID-III. Outras 18 crianças (45%), foram consideradas *Emergentes*, com risco médio de ter algum comprometimento no

desenvolvimento cognitivo. Apenas 2 crianças foram consideradas *Em Risco*, com alta probabilidade ter algum atraso no desenvolvimento cognitivo (Figura 8).

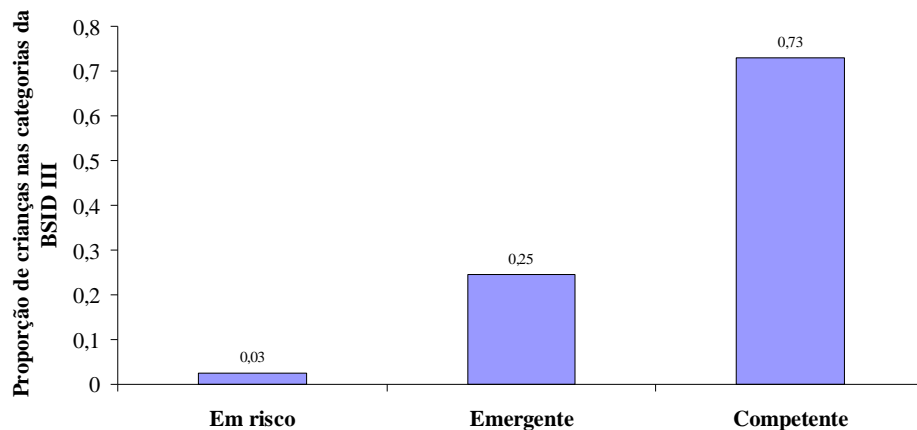


Figura 8. Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala Cognitiva (BSID-III).

Na Escala Cognitiva, a quantidade de crianças classificadas como *Competentes* aumentou com o passar da idade, com maior concentração dessa classificação no G4. Esta área aparece como emergente em relação inversa, diminuindo com relação ao aumento da faixa etária. As crianças em risco são a do G1 e a do G4 (Figura 9).

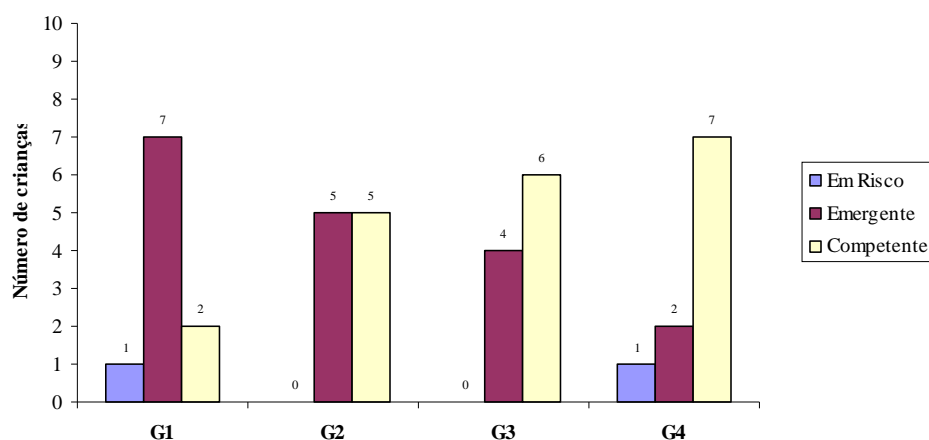


Figura 9. Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco, na Escala Cognitiva (BSID-III).

Considerando-se os escores brutos obtidos na Escala Cognitiva, foi possível identificar a pontuação bruta, de média 22,1, referente a 67,1% de acerto aos itens da escala. Observou-se também uma progressão da pontuação média e percentual de acerto do G1 ao G4 (Tabela 21) (os dados individualizados estão no APÊNDICE U -Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

G4 teve o maior desvio-padrão entre os grupos, indicando uma maior variabilidade dos resultados encontrados, com valores relativamente altos e baixos, como demonstra a amplitude de variação de 21-31 pontos (Tabela 21).

Tabela 21. Pontuação dos grupos na Escala Cognitiva da BSID-III

	Grupos								Total	
	G1 (n=10)		G2 (n=10)		G3 (n=10)		G4 (n=10)		Idade	Escore
	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore
\bar{x}	14	15,6	20,4	20,6	26,2	25,1	33,8	27,3	23,6	22,1
DP	1,9	2,1	1,5	1,7	1,9	2,6	1,1	3,3	7,5	5,1
Md	14	15,5	20	20,5	26	25,5	34	27,5	23,5	22
AV	12-16	13-20	18-23	18-23	24-29	21-29	32-35	21-31	12-35	13-31
% acerto	47,3		62,4		76,1		82,3		67,1	

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação.

3.4.3.3. Dados das crianças na Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III

Verificou-se que 35 crianças (87,5% da amostra) foram consideradas *Competentes* na Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III. Outras 5 crianças (12,5%), foram consideradas *Emergentes*, com risco médio de ter algum comprometimento no desenvolvimento da compreensão da linguagem nesta área do desenvolvimento. Nenhuma criança foi considerada *Em Risco* (Figura 10).

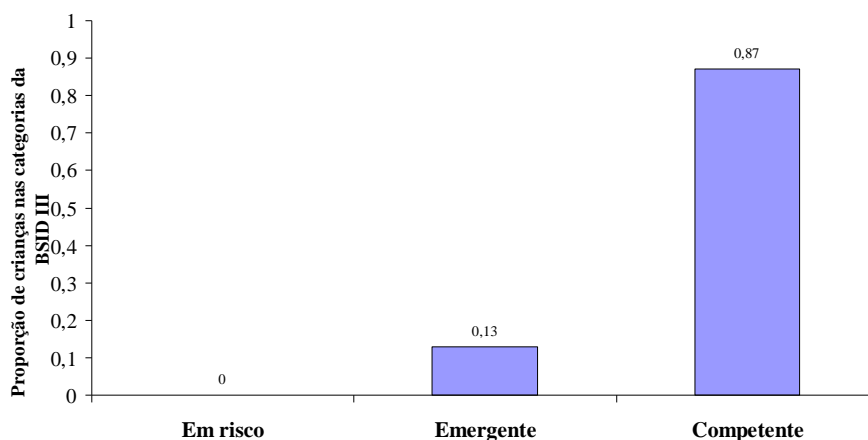


Figura 10. Proporção de crianças de cada Grupo, por categoria de risco a partir da Escala de Linguagem Receptiva (BSID-III).

Pode-se observar, na Escala de Linguagem Receptiva, uma maior ocorrência da classificação *Emergente* no G4 , bem como no G2. (Figura 11).

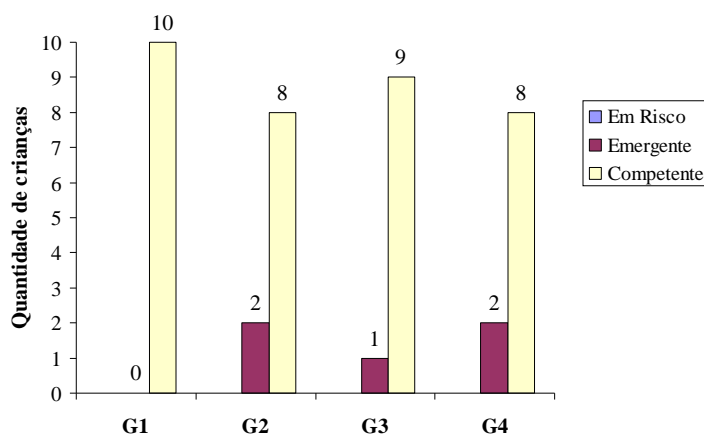


Figura 11. Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco na da Escala de Linguagem Receptiva (BSID-III).

Considerando-se os escores brutos obtidos na avaliação, foi possível identificar a pontuação bruta, com média de 18,2 (75,9% de acerto). Houve pontuação média progressiva do G1 ao G4 (Tabela 22) (os dados individualizados estão no APÊNDICE U -Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

Tabela 22. Pontuação bruta dos grupos na Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III

	Grupos								Total	
	G1 (n=10)		G2 (n=10)		G3 (n=10)		G4 (n=10)		Idade	Escore
	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore		
\bar{x}	14	14,7	20,4	16,9	26,2	20,3	33,8	21	23,6	18,2
DP	1,9	2,5	1,5	1,1	1,9	2,2	1,1	2,7	7,5	3,3
Md	14	13,5	20	17	26	20	34	21,5	23,5	18
AV	12-16	12-20	18-23	15-18	24-29	16-24	32-35	14-24	12-35	12-24
% acerto	61,2		70,4		84,6		87,5		75,9	

Legenda: \bar{x} = Média; DP = Desvio-padrão; Md = Mediana; AV = Amplitude de variação.

3.4.3.4. Dados das crianças na Escala de Linguagem Expressiva da BSID-III

Verificou-se que 28 crianças (70% da amostra) foram consideradas *Competentes* na área de linguagem expressiva. Outras 10 crianças (25%), foram consideradas *Emergentes*, com risco médio de ter algum comprometimento nessa área e 2 crianças (5%) foram consideradas *Em Risco* (Figura 12), uma do G3 e outra do G4 (Figura 13).

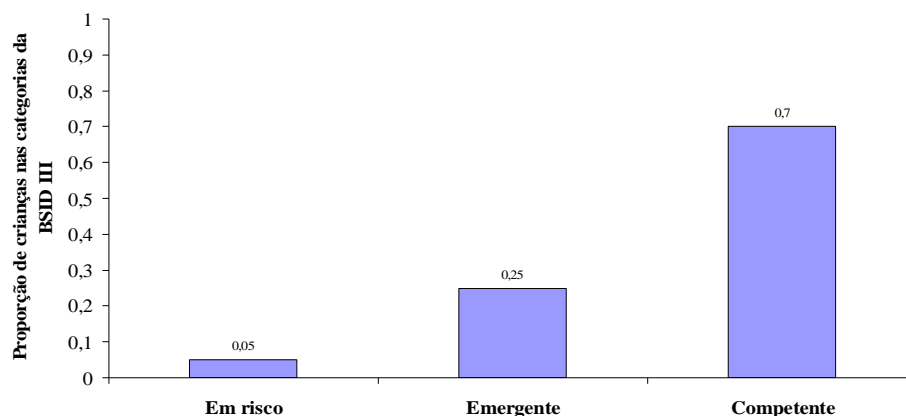


Figura 12. Proporção de crianças em cada categoria risco, na Escala de Linguagem Expressiva (BSID-III).

G2 foi menos competente que G1 e apresentou mais crianças em condições emergentes (Figura 13).

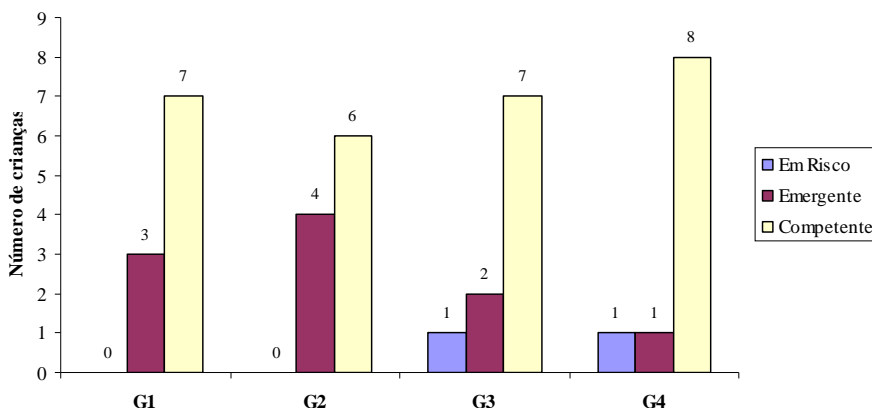


Figura 13. Frequência de crianças de cada grupo, por categoria de risco na Escala de Linguagem Expressiva (BSID-III).

Considerando-se os escores brutos obtidos na área, obteve-se uma pontuação bruta média de 17,9, correspondente a 74,7% de acerto. As médias foram progressivas do G1 ao G4 (Tabela 23) (os dados individualizados estão no APÊNDICE U -Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

Tabela 23. Pontuação bruta dos grupos na Escala de Linguagem Expressiva da BSID-II

	Grupos								Total	
	G1 (n=10)		G2 (n=10)		G3 (n=10)		G4 (n=10)		Idade	Escore
	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore		
\bar{x}	14	13,7	20,4	16,6	26,2	20,1	33,8	21,3	23,6	17,9
DP	1,9	2,9	1,5	1,8	1,9	3,6	1,1	2,7	7,5	4,1
Md	14	13	20	18	26	22	34	22,5	23,5	18
AV	12-16	10-20	18-23	14-18	24-29	12-23	32-35	14-23	12-35	10-23
% acerto	57,1		69,2		83,7		88,7		74,7	

Legenda: \bar{x} =Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação.

É possível observar que, no G3, houve a maior variabilidade dos resultados, com escores relativamente altos e baixos e amplitude de 12-23 pontos (Tabela 23).

3.4.3.5. Dados das crianças na Escala de Motricidade Fina da BSID-III

Nessa escala da BSID-III, 31 crianças (77,5% da amostra) foram consideradas *Competentes* na Motricidade Fina. Outras 9 crianças (22,5%) foram

consideradas *Emergentes*, com risco médio de ter algum comprometimento no desenvolvimento. Não houve ocorrência da categoria *Em Risco* na amostra para a área de motricidade fina (Figura 14).

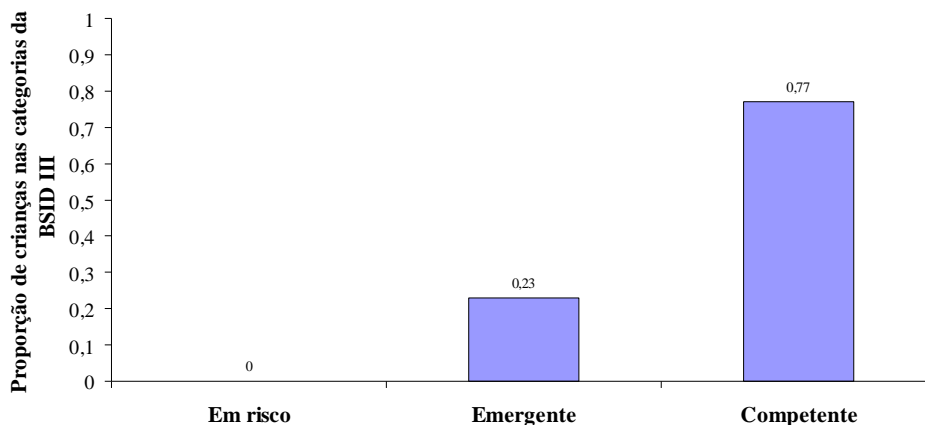


Figura 14. Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala de Motricidade Fina (BSID-III).

O desempenho dos grupos na Escala de Motricidade Fina, aumentou com o aumento da idade, do G1 ao G3. Contudo, observou-se no G4, uma menor proporção da classificação *Competente*, com equilíbrio na proporção das classificações *Competente* e *Emergente* (Figura 15).

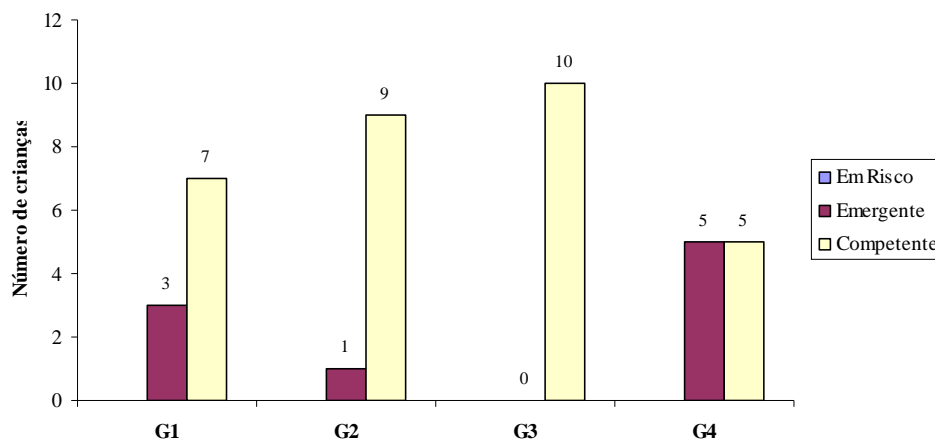


Figura 15. Frequência de crianças por grupo, por categoria de risco na Escala de Motricidade Fina (BSID-III).

Esta amostra teve pontuação bruta de média 19,1 (71% de acerto). A pontuação média foi progressiva do G1 ao G4; mas, entre G3 e G4, não foi acentuada (22,1 e 22,5 pontos, respectivamente) (Tabela 24) (os dados individualizados estão no APÊNDICE U -Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

Tabela 24. Pontuação bruta dos grupos na Escala de Motricidade Fina da BSID-III

	Grupos								Total	
	G1 (n=10)		G2 (n=10)		G3 (n=10)		G4 (n=10)		Idade	Escore
	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore
\bar{x}	14	14,5	20,4	17,5	26,2	22,1	33,8	22,5	23,6	19,1
DP	1,9	1,4	1,5	1,7	1,9	2,2	1,1	1,9	7,5	3,8
Md	14	14	20	17	26	22	34	22	23,5	19
AV	12-16	13-17	18-23	15-22	24-29	19-26	32-35	19-26	12-35	13-26
% acerto	53,7		65,2		83,3		71		71	

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação.

3.4.3.6. Dados das crianças na Escala de Motricidade Ampla da BSID-III

Na Escala de Motricidade Ampla, 32 crianças (80% da amostra) foram consideradas *Competentes* e 7 crianças (17,5%) *Emergentes*. Houve a ocorrência de apenas 1 categoria *Em Risco* (Figura 16).

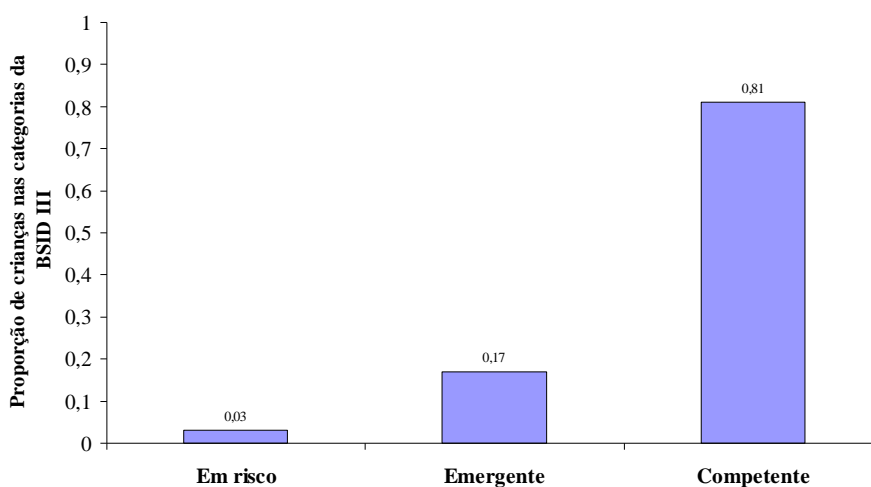


Figura 16. Proporção de crianças em cada categoria de risco na Escala de Motricidade Ampla (BSID-III).

Apesar do desempenho ter aumentado entre os grupos de idade, com maior proporção da classificação *Competente* no G2 e no G3, observou-se a presença das classificações *Emergente* e *Em Risco* no G4 (Figura 17).

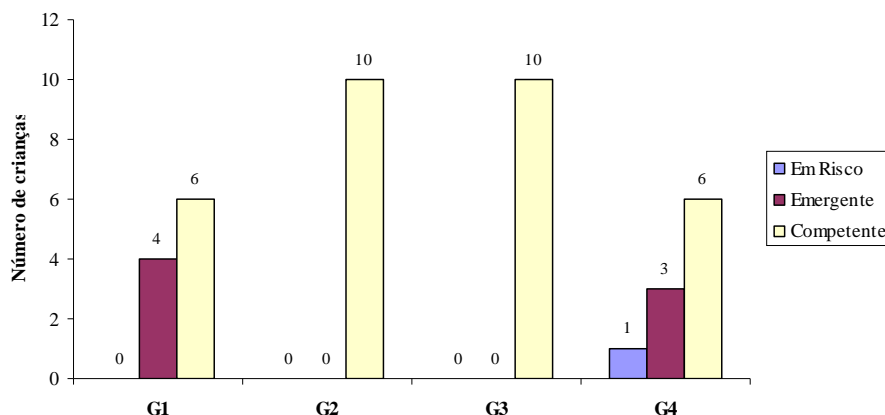


Figura 17. Frequência de crianças de cada grupo por categoria de risco na da Escala de Motricidade Ampla (BSID-III).

Nesta escala, a pontuação bruta média foi de 22,1, com pontuação progressiva do G1 ao G3. No intervalo entre G3 e G4, houve uma queda de 2 pontos no escore bruto (Tabela 25) (os dados individualizados estão no APÊNDICE U - Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante).

Tabela 25. Pontuação bruta dos grupos na Escala de Motricidade Ampla da BSID-III

	G1 (n=10)		G2 (n=10)		G3 (n=10)		G4 (n=10)		Total	
	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore	Idade	Escore
\bar{x}	14	17,3	20,4	23,3	26,2	25,1	33,8	23	23,6	22,1
DP	1,9	2,2	1,5	1,5	1,9	1,8	1,1	3	7,5	3,6
Md	14	17	20	23,5	26	25,5	34	24	23,5	23
AV	12-16	15-21	18-23	21-26	24-29	22-28	32-35	16-27	12-35	15-28
% acerto	61,8		83,2		89,6		82,1		79,2	

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação.

Houve, no G4, uma maior variabilidade dos dados: a amplitude de variação desse grupo foi de 16-27 pontos, englobando pontuações menores, típicas do G1, e pontuações relativamente altas (Tabela 25).

3.5. Resumo dos dados descritivos dos grupos de idade

A seguir, são apresentados os resultados descritivos mais expressivos verificados em cada grupo de idade.

3.5.1. Resumo dos dados do G1 (12-18 meses)

O peso médio ao nascer do G1 (12-18 meses) foi de 1.564,80g, próximo do critério de Muito Baixo Peso, e a idade gestacional média foi de 32,7 semanas. Constatou-se, nas Fichas de Alta da UTIN, que 5 mães tiveram Risco Gestacional. Ao nascer, 7 crianças tiveram problemas respiratórios e passaram por oxigenoterapia, na metade casos, houve a presença de DMH e houve necessidade de reanimação em 4 casos.

Em 7 casos, registraram-se presença de problemas hematológicos e hiperbilirrubinemia. As complicações mais frequentes durante a internação na UTIN, também foram infecção e problemas ortopédicos, em 6 casos. Em média, G1 teve uma permanência de 35,5 dias na UTIN, chegando a uma idade gestacional de 38,1 e ao peso de 2.108,5g no momento da alta hospitalar.

Verificou-se que, em média, as crianças do G1, haviam participado de 6 consultas no Programa de *Follow Up*, realizadas por cerca de 2 especialidades clínicas, em média. Dos aspectos negativos contidos nas fichas de acompanhamento médico, aqueles relacionados à motricidade e ao desenvolvimento neurológico foram os mais frequentes, com 28 ocorrências, seguidos dos aspectos comportamentais, com 16 ocorrências.

Os fatores de risco psicossocial mais presentes foram maternidade / paternidade precoces, baixo nível educacional dos pais e habitação superlotada, com 2 ocorrências no grupo para cada fator. Ao todo, verificaram-se 8 ocorrências

de fatores de risco psicossocial no grupo. Metade das crianças foi classificada como tendo Baixo Risco Psicossocial e a outra metade, Risco Psicossocial Moderado.

O grupo que mais recebeu a classificação *Emergente* na BSID-III foi G1. Em relação à pontuação bruta, ocorreram menores escores no G1, quando comparado aos demais grupos. Na escala de Linguagem receptiva, todas os participantes receberam a classificação *Competente*. Na Escala de Motricidade Ampla, todas as crianças enquadraram no perfil *Competente*. No entanto, na Escala de Linguagem Expressiva, houve 3 ocorrências da categoria *Emergente*. A mesma proporção foi verificada em relação à Escala de Motricidade Fina.

Os aspectos em que G1 mais se sobressaiu em relação aos outros grupos de idade estão na Tabela 26.

Tabela 26. Principais dados do G1 (12-18 meses)

Crítérios investigados	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Características relacionadas às condições de gestação e nascimento	- menor frequência de Fatores de Risco Gestacional (FRG) a partir das Fichas de Alta (50%); - único grupo sem problemas neurológicos e problemas cardio vasculares;	- 2º lugar em proporção de utilização da oxigenioterapia (70%); - maior percentual de problemas ao nascer: hiperbilirrubinemia (70%); problemas hematológicos (70%); problemas metabólicos (60%); infecção (60%); problemas ortopédicos (30%); problemas digestivos (20%); - maior número de dias na UTIN (35,5); - 2º menor peso na alta (2.108g), menor peso ao nascimento;
Características do desenvolvimento	- maior competência em linguagem expressiva;	- com maior número de classificações <i>Emergente</i> (7) a partir da BSID-III; - menor pontuação bruta para as escalas da BSID-III, sobretudo a Escala Cognitiva (COG), (15,6 pontos).

3.5.2. Resumo dos dados do G2 (18-24 meses)

O peso médio ao nascer do G2 (18-24 meses) foi de 1.678g e a idade gestacional média foi de 32 semanas. Nas Fichas de Alta da UTIN, verificou-se que 8 mães tiveram Risco Gestacional. Ao nascer, todas as crianças tiveram problemas respiratórios e 8 passaram por oxigenioterapia. Na metade dos casos, houve a presença de DMH e necessidade de reanimação.

As complicações mais presentes nesse grupo, durante a internação na UTIN, foram a hiperbilirrubinemia, a asfixia e problemas hematológicos, em 6 casos, cada. Além de problemas renais (5 casos) e infecção (4 casos). O tempo médio de dias na UTIN foi de 24,1. Ao final desse período, a idade corrigida foi, em média, 38,8 semanas, e o peso foi de 2.028g.

Verificou-se que, até o momento da coleta de dados, as crianças do G2 tiveram 9,1 atendimentos clínicos, realizados, na maioria das vezes, por cerca de 2

especialidades. Entre os aspectos negativos registrados nas fichas de atendimento do Programa de *Follow Up*, aqueles relacionados aos aspectos comportamentais (32 ocorrências) foram os mais frequentes, seguidos dos aspectos motores / neurológicos, com 27 ocorrências.

O fator de risco psicossocial mais frequente no G2 foi relacionado a problemas conjugais, com 3 ocorrências. Em seguida, tem-se a maternidade / paternidade precoce e a habitação superlotada, com 2 ocorrências para cada fator. Em 6 das 10 crianças, houve a presença de Baixo Risco Psicossocial, em outras 3, houve a presença de Risco Psicossocial Severo.

G2 teve a maior frequência de classificações *Clínico* para as Síndromes Comportamentais do CBCL, com o total de 22 ocorrências, sendo que 7 crianças tiveram a classificação *Clínico* em pelo menos um dos tipos de problema. Em relação às escalas orientadas pelo DSM-IV, naquela relacionada ao TDAH, apresentou classificações *Clínico* em maior número (5), seguida da escala sobre Transtorno Desafiador e Opositor, com 2 classificações. Ao todo, ocorreram 12 classificações *Clínico*- a maior frequência entre os grupos de idade.

Os aspectos em que G2 mais se sobressairam em relação aos outros grupos estão na Tabela 27.

Tabela 27. Principais dados do G2 (18-24 meses)

Crítérios investigados	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Características relacionadas às condições de gestação e nascimento	- sem problemas cardiovasculares (junto com o G1).	- menor Idade Gestacional (32 semanas); - maior frequência de Fatores de Risco Gestacional (FRG) (80%); - mais respiratórios (100%); - asfixia (60%) - maior utilização da oxigenoterapia (80%); - maior proporção de problemas de fundo de olho (40%); - menor peso na alta (2028g).
Características relacionadas a aspectos de desenvolvimento relacionadas ao <i>Follow Up</i>	- maior proporção de realização do ENE (40%).	---
Características do comportamento	---	- maior frequência das classificações <i>Clinico</i> para as Síndromes Comportamentais (22 ocorrências), principalmente para problemas de atenção (5 ocorrências).
Características psicossociais	---	- maior frequência de fatores de risco psicossocial (10); - maior frequência de <i>Risco Psicossocial Severo</i> (3).
Características de desenvolvimento	- único grupo sem risco; - mesmo desempenho em motricidade ampla que G3.	---

3.5.3. Resumo dos dados do G3 (24-30 meses)

O peso médio ao nascer do G3 (24-30 meses) foi de 1.560g, próximo do critério de Muito Baixo Peso, e a idade gestacional média foi de 32 semanas. Constatou-se que 6 mães tiveram Risco Gestacional. Ao nascer, 9 crianças tiveram problemas respiratórios e 6 passaram por oxigenioterapia. Em 3 casos houve a presença de DMH. Houve também necessidade de reanimação em 3 casos.

A hiperbilirrubinemia e a infecção foram os problemas mais frequentes durante a internação na UTIN, com 6 casos, cada. Os problemas hematológicos e a

asfixia ocorreram em 4 casos, cada. Em média, as crianças ficaram 25,1 dias na UTIN, tendo, ao final do período de internação, 2.179,4g e idade gestacional corrigida de 38,3 semanas.

Até o momento da coleta de dados, verificou-se que as crianças do G3 foram submetidas a 11,8 consultas, em média, realizadas, em sua maioria, por cerca de 2 especialidades clínicas. Entre os aspectos negativos observados nas fichas de atendimento do Programa de *Follow Up*, aqueles relacionados aos aspectos comportamentais foram os mais frequentes (41 ocorrências), seguidos dos aspectos motores e neurológicos (31 ocorrências).

Os fatores risco relacionados a problemas conjugais foram os mais frequentes, com 5 ocorrências, em seguida, observou-se o baixo nível educacional e a habitação superlotada, com 2 ocorrências. Houve, no G3, a presença de 10 fatores de risco. Em 6 participantes, houve a presença de Risco Psicossocial Moderado e, em 1, Risco Psicossocial Severo.

Verificou-se que os *Problemas de Atenção* apresentaram média de escore T de 65 pontos, com a maior pontuação da amostra. Em relação às escalas orientadas pelo DSM-IV, a escala relacionada ao TDAH recebeu maior número de classificações *Clínico* (5), seguida da escala sobre Transtorno Desafiador e Opositor (3).

Em relação aos dados de desenvolvimento a partir da BSID-III, verificou-se que, em relação às escalas de Motricidade Fina e Motricidade Ampla, todas as crianças se enquadraram no perfil *Competente*.

Os aspectos em que G3 mais se sobressaiu em relação aos outros grupos de idade estão na Tabela 28.

Tabela 28. Principais dados do G3 (24-30 meses)

Crítérios investigados	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Características relacionadas às condições de gestação e nascimento	- menor ocorrência de reanimação (50%).	- menor peso médio ao nascer (1560g); - menor idade gestacional, junto com G2 (32 semanas).
Características relacionadas a aspectos de desenvolvimento relacionadas ao <i>Follow Up</i>	- maior número de atendimentos (11,8).	---
Características do desenvolvimento	- maior frequência da categoria <i>Competente</i> (42 ocorrências), inclusive nas área de motricidade fina e ampla; - menor frequência de habilidades emergentes; - foi o mais competente em 5 escalas.	- em risco para linguagem expressiva, junto com G4 (1 criança).
Características do comportamento	---	-2ª maior frequência das classificações <i>Clínico</i> para as Síndromes Comportamentais (21 ocorrências), principalmente para problemas de atenção (5).
Características psicossociais	- pais mais velhos (35 anos).	- maior número de fatores de risco psicossocial (10); - maior conjunto de riscos psicossociais Moderado (6), e Severo (1).

3.5.4. Resumo dos dados do G4 (30-36 meses)

O peso médio ao nascer do G4 (30-36 meses) foi de 1.781,10g e a idade gestacional média foi de 33,4 semanas. Constatou-se, nas Fichas de Alta da UTIN, que 6 mães tiveram Risco Gestacional. Ao nascer, 8 crianças tiveram problemas respiratórios, sendo que 6 passaram por oxigenoterapia. Em 5 casos, houve a presença de DMH e houve necessidade de reanimação em 7 casos.

A hiperbilirrubinemia foi o problema mais frequente durante a internação na UTIN, ocorrendo em 6 casos. Em seguida, verificou-se a asfixia e os problemas renais, que ocorreram em 4 casos. As crianças ficaram, em média, 18,7 dias na UTIN, ao término da internação, tinham a idade gestacional corrigida de 38,3 semanas e o peso de 2.223g.

Verificou-se que, até o momento da coleta de dados as crianças fizeram, em média, 7,9 consultas, realizadas por cerca de 2 especialidades clínicas. Entre os aspectos negativos relacionados às fichas de atendimento do Programa de *Follow Up*, os aspectos motores e neurológicos foram os mais registrados, com 23 ocorrências, seguidos dos aspectos comportamentais, com 20 ocorrências.

No G4, os fatores de risco psicossocial estavam relacionados, em sua maioria, a problemas conjugais, rejeição da gravidez e maternidade/ paternidade precoces, com 2 ocorrências para cada fator. Houve, ao todo, a ocorrência de 9 fatores de risco no grupo. Para 4 crianças, houve a presença de Risco Psicossocial Moderado e, para uma, de Risco Psicossocial Severo.

No G4, houve a menor frequência das classificações *Clínico*, com 10 ocorrências, para 6 crianças essa classificação em pelo menos um dos tipos de problema investigados. Ocorreram 4 classificações *Clínico* para a as escalas orientadas pelo DSM-IV, a menor frequência entre os grupos. A escala de Transtornos de ansiedade apresentou maior número de classificações *Clínico*, com 2 classificações.

A partir das avaliações do desenvolvimento pela BSID-III, verificou-se, no G4, a maior proporção do perfil *Competente* na Escala Cognitiva. Observou-se uma menor proporção da classificação *Competente* no G4 em relação à Escala de Motricidade Fina, quando comparado aos outros grupos de idade, com equilíbrio na proporção das classificações *Competente* e *Emergente*. Do mesmo modo, na Escala de Motricidade Ampla, houve uma considerável proporção de classificações *Em Risco* e *Emergente*, totalizando 4 classificações. As pontuações brutas de todas as escalas de desenvolvimento foram maiores no G4.

Os aspectos em que G4 mais se sobressaiu em relação aos outros grupos de idade estão na Tabela 29.

Tabela 29. Principais dados do G4 (24-30 meses)

Critérios investigados	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Características relacionadas às condições de gestação e nascimento	- maior peso médio ao nascer (1.781g); - maior idade gestacional (33,5 semanas); - menor proporção de problemas ao nascer; - menor número de dias na UTIN (18,7 dias); - maior peso na alta (2.223,5g).	- maior proporção de problemas a partir do USTF (40%); - maior proporção de reanimação (70%).
Características relacionadas a aspectos de desenvolvimento relacionadas ao <i>Follow Up</i>	---	- menor frequência de realização do ENE (30%); - menor número de consultas por criança (7,6).
Características do desenvolvimento	- maior ocorrência da categoria <i>Competente</i> na Escala Cognitiva (COG) (7); - maior pontuação bruta nas escalas da BSID-III.	- é o grupo com mais indicações de crianças em risco, especialmente na motricidade ampla e linguagem expressiva; - segundo grupo em habilidades emergentes.
Características do comportamento	- menor indicação de problemas comportamentais nas consultas de <i>Follow Up</i> ; - menor número de classificação <i>Clinico</i> para as Síndromes Comportamentais no CBCL (10 ocorrências).	---
Características psicossociais	- maior escolaridade dos pais; - mais crianças na creche.	- menor renda familiar (R\$ 759,2); - menor renda per capita (R\$ 186,1).

3.6. Resumo dos resultados descritivos

De modo geral, encontrou-se o peso médio ao nascer de 1.646g e a idade gestacional de 32,6 semanas. A maioria (60%) das mães dos participantes tiveram Fatores de Risco Gestacional (FRG). Foi observada uma alta proporção de problemas respiratórios ao nascer (90%), sendo a DMH a alteração mais frequente (50%). Em ordem de ocorrência, as outras alterações mais frequentes foram a hiperbilirrubinemia, a infecção e os problemas hematológicos (Tabela 30).

Tabela 30. *Resumo das características de nascimento e psicossociais da amostra e dos grupos*

	Variáveis	Grupos				Total
		G1	G2	G3	G4	
Nascimento	Presença de FRG na mãe (f)	7	9	8	9	33
	Idade gestacional (\bar{x})	32,7	32	32	33,5	32,6
	Peso ao nascer (\bar{x})	1.564,8	1.678	1.560	1.781,1	1.646
	Problemas respiratórios (%)	70	100	90	80	90
	Hiperbilirrubinemia (%)	70	60	60	60	62,5
	Infecção (%)	60	40	60	30	47,5
	Asfixia (%)	30	60	40	40	42,5
	Problemas neurológicos (%)	-	10	10	10	7,5
	Problemas cardiovasculares (%)	-	10	10	0	5
	Nº. de dias na UTIN (\bar{x})	35,5	24,1	25,1	18,7	25,9
Follow Up	Idade gestacional na alta (\bar{x})	38,1	38,8	38,3	38,3	38,4
	Peso na alta (\bar{x})	2.108,5	2.028	2.179,4	2.223,5	2.134,9
Psicossociais	Consultas por participante (\bar{x})	7,6	9,1	11,8	7,9	9,1
	Total de problemas observados (f)	51	74	141	82	348
	Idade da mãe (\bar{x})	27,6	28,4	35,4	29,9	30,3
	Idade do pai (\bar{x})	30,4	35,1	35,9	33,2	33,6
	Anos que se conheciam (\bar{x})	6,9	5,7	10,4	7,2	7,6
	Renda familiar (\bar{x})	830,0	1.171,1	1.531,1	759,2	1.058,2
	Renda por pessoa (\bar{x})	205,8	251,8	334,3	186,1	244,5
	Número de cômodos na casa (\bar{x})	5,4	1,1	5,0	4-7	4,9
	Escolaridade da mãe/ anos(\bar{x})	7,4	8,1	8,2	8,9	8,2
	Escolaridade do pai / anos(\bar{x})	7,7	8,6	8,5	8,8	8,4
	Mãe trabalha fora (f)	1	3	4	5	13
	Frequenta creche (f)	0	-	2	3	5
	Risco Psicossocial Severo (f)	0	3	1	1	5
Risco Psicossocial Moderado (f)	5	1	6	4	16	

Legenda: G1= 12-18m; G2= 18-24m; G3=24-30m; G4=30-36m; f= frequência; \bar{x} = média; FRG= Fator de risco gestacional.

As crianças apresentaram, em média, idade gestacional de 38,4 semanas no momento de alta hospitalar, indicando, assim, a recuperação da idade gestacional esperada ao nascer. Foi verificada uma adesão ao Programa de *Follow Up*, com uma média de 9,15 consultas por criança.

Na BSID-III, houve uma prevalência da classificação *Competente*, em 73% dos resultados possíveis para as cinco escalas. A maior ocorrência das

classificações *Competente* foi para a Escala de Linguagem Receptiva, em 35 das 40 crianças componentes da amostra (Tabela 30).

Observou-se um considerável percentual (47%) de crianças com Baixo Risco Psicossocial. Para os casos de Risco Psicossocial Moderado e/ou Severo, houve a prevalência dos fatores de risco relacionados à problemas conjugais, maternidade/paternidade precoce e habitação superlotada. O resumo das características psicossociais e de nascimento pode ser visualizado na (Tabela 30).

Foi verificado um aumento nos escores brutos e melhora nas classificações da BSID-III com o passar da idade. Percebeu-se, contudo, uma maior progressão dos resultados do segundo para o terceiro ano de vida (Tabela 31).

Ao ser considerado o desempenho das crianças com BP e MBP, não houve uma diferença marcante, apesar das crianças MBP terem apresentado menor pontuação em todas as escalas da BSID-III. Em todos os casos, as pontuações menores foram consideradas dentro das margens propostas pelos desvios-padrão das escalas (Tabela 31).

A avaliação da linguagem expressiva, realizada a partir de relatos de familiares, na LAVE, houve uma pontuação-padrão média abaixo do esperado para as crianças de 2 e 3 anos, que tiveram pontuação-padrão média de 76,7 pontos, ou seja, 23,3 pontos abaixo da pontuação-padrão média proposta pelo instrumento (100 pontos). Apesar de ter sido verificada uma defasagem média em relação à linguagem expressiva, percebeu-se uma variação na pontuação dos participantes, com altos desvios-padrão, observados tanto no G3 quanto no G4 (Tabela 31).

Tabela 31. *Resumo das características de desenvolvimento e dos problemas de comportamento da amostra e dos grupos*

Instrumento	Variáveis	G1	G2	G3	G4	\bar{x}
LAVE	Pontuação bruta (\bar{x})	-	-	166,5	175	170,5
	% palavras faladas (\bar{x})	-	-	54,8	57,6	56,2
	Pontuação-padrão (\bar{x})	-	-	75,6	77,8	76,7
CBCL (1½-5 anos)	TS total (\bar{x})	-	58,9	57,8	53,5	56,7
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	1	1	1	3
	TS Internalizante (\bar{x})	-	56,9	55,5	54,7	55,7
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	1	1	1	3
	TS Externalizante (\bar{x})	-	61,9	62,4	53,5	59,3
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	5	4	0	3
	TS Transtornos afetivos (\bar{x})	-	56,1	55,6	53,6	55,1
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	1	1	0	2
	TS Transtornos de ansiedade (\bar{x})	-	58,9	55,9	58,2	57,7
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	1	1	2	4
	TS Transtorno desenvolvimental(\bar{x})	-	55,1	56,2	53,9	55,1
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	1	2	1	4
	TS TDAH (\bar{x})	-	61,9	62,6	58,5	61,0
	Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	5	5	1	11
TS Transtorno Desafiador/opositor(\bar{x})	-	62,3	61,1	53,7	59,0	
Clas. <i>Clínico</i> (<i>f</i>)	-	2	3	0	5	
COG	Pt. (\bar{x})	15,6	20,6	25,1	27,3	22,2
	% acerto (\bar{x})	47,3	62,4	76,1	82,7	67,1
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	2	5	6	7	20
LRE	Pt. (\bar{x})	14,7	16,9	20,3	21	18,2
	% acerto (\bar{x})	61,3	70,4	84,6	87,5	75,9
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	10	8	9	8	35
LEX	Pt. (\bar{x})	13,7	16,6	20,1	21,3	17,9
	% acerto (\bar{x})	57,1	69,2	83,8	88,8	74,7
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	7	6	7	8	28
MFI	Pt. (\bar{x})	14,5	17,6	22,1	22,5	19,2
	% acerto (\bar{x})	53,7	65,2	81,9	83,3	71,0
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	7	9	10	5	31
MAM	Pt. (\bar{x})	17,3	23,3	25,1	23	22,2
	% acerto (\bar{x})	61,8	83,2	89,6	82,1	79,2
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	6	10	10	6	32
Geral	Pt. (\bar{x})	75,8	95	112,7	115,1	99,7
	% acerto (\bar{x})	73,3	55,7	69,9	82,9	84,6
	Clas. <i>Competente</i> (<i>f</i>)	32	38	42	34	146

Legenda: G1= 12-18m; G2= 18-24m; G3=24-30m; G4=30-36m; T= Total; Pt.= Pontuação; TS= Escores T; *f*= frequência; \bar{x} = média.

A maioria das crianças (67%) apresentou o perfil *Clínico* em ao menos uma escala de Síndromes Comportamentais no CBCL, obtido, também, a partir do relato

de familiares. Foi observado, sobretudo nas crianças mais novas, maior frequência de problemas de comportamento, com prevalência dos problemas de atenção e dos problemas externalizantes, quando comparados aos internalizantes. Contudo, em 3 casos, um de cada grupo, foi identificado o perfil *Clínico* para o resultado geral da Escala de Síndromes Comportamentais (Tabela 31).

Na BSID-III, um desempenho hierárquico nas áreas de desenvolvimento, com piores resultados nas áreas mais complexas – motora fina e cognitiva. Em sequência, tem-se o melhor desempenho na área motora ampla (MAM), seguido pela linguagem receptiva (LRE), linguagem expressiva (LEX), motora fina (MFI) e cognitiva (COG), em ordem decrescente (Tabela 31).

3.7. Análise inferencial dos dados

A partir do teste de correlação de Pearson, usado para identificar a associação entre as variáveis quantitativas sobre o desenvolvimento (entre elas, os escores padronizados da BSID-III, da LAVE e do CBCL – 1½ a 5 anos), foi possível encontrar correlações entre os indicadores de desenvolvimento. Houve correlação positiva entre o resultado padronizado geral da BSID-III e os resultados da LAVE, estes últimos referentes à linguagem expressiva (Tabela 32).

Os indicadores obtidos pela LAVE apresentaram correlações positivas significativas com todas as escalas componentes da BSID-III, exceto a Escala Cognitiva (Tabela 32).

O resultado geral do CBCL (1½ a 5 anos) correlacionou-se significativamente com todas as escalas orientadas pelo DSM-IV e com as escalas de problemas externalizantes e internalizantes. Enquanto a escala de Problemas Internalizantes obteve correlação significativa com todas as escalas de comportamento, a escala de

Problemas Externalizantes correlacionou-se significativamente apenas com as escalas de Ansiedade, TDAH e Transtorno desafiador e opositor (Tabela 32).

A escala de Problemas Internalizantes do CBCL correlacionou-se negativamente com a escala de Linguagem Expressiva da BSID-III, indicando que quanto mais intensos forem os problemas comportamentais internalizantes, menor será o desenvolvimento relacionado à linguagem expressiva (Tabela 32).

Houve, também, correlação negativa entre a escala de Transtornos Desenvolvimentais Invasivos e as escalas Cognitiva e de Linguagem Expressiva e o resultado total, indicando que maiores frequências de queixas relacionadas a problemas, como retraimento, comportamento atípico, problemas na fala e medo do novo, estão associadas a menor desenvolvimento de habilidades cognitivas e de comunicação expressiva (Tabela 32). (O resultado das correlações entre todas as variáveis de desenvolvimento estão no APÊNDICE Aa.APÊNDICE AA - Correlações entre os dados das avaliações do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental).

Tabela 32. Correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento e comportamento (n=40)

Variáveis			BSID-III					CBCL (1½ a 5 anos)						
			COG	LRE	LEX	MFI	MAM	Total	Total	Internalizante	Externalizante	Afetividade	Ansiedade	
BSID III	LRE	r	.72											
		sig	.00											
	LEX	r	.69	.7										
		sig	.00	.0										
	MFI	r	.69	.5	.58									
	sig	.7	.37	.3										
	MAM	r	.56	.3	.54	.4								
		sig	.0	.80	.3	.92								
	Total	r	.72	.7	.87	.7	.71							
		sig	.00	.9	.1	.92	.6							
LAVE	Padrão	r	---	.5	.47	.5	.45	.53						
		sig		.18	.9	.87	.6	.7						
	%	r	---	.5	.47	.5	.45	.53						
		sig		.18	.9	.86	.6	.6						
CBCL (1½ a 5 anos)	Internalizante	r	---	---	-	---	---	---	.84					
		sig			.41				.00					
	Externalizante	r	---	---	---	---	---	---	.76	.46				
		sig							.00	.01				
	Afetividade	r	---	---	---	---	---	---	.49	.50				
		sig							.00	.00				
	Ansiedade	r	---	---	---	---	---	---	.77	.76	.50	.49		
		sig							.00	.00	.00	.00		
	Transtornos Invasivos TDAH	r	-	---	-	---	---	-	.67	.72	---	.50	.57	
	sig	.36		.42			.39	.00	.00		.00	.00		
Desafiador Opositor	r	---	---	---	---	---	---	.54	---	.67	---	.37	.37	
	sig							.00		.00		.04		
	Desafiador Opositor	r	---	---	---	---	---	.49	.37	.59	---	---	---	
		sig						.00	.04	.00				

Legenda: r = coeficiente de correlação de Pearson; sig = significância. Se sig \leq .05 indica significância.

Foi realizado um teste de regressão logística para a análise de variáveis psicossociais (renda familiar, maternidade precoce, entre outras), de gestação (como fatores de risco gestacional) e de nascimento (presença de asfixia, infecção, hiperbilirrubinemia, entre outras) (Tabela 33).

É necessário destacar que, devido ao número reduzido de sujeitos, foram analisados somente os resultados iniciais do teste de Regressão Logística, que dizem respeito ao grau de correlação isolada entre cada variável de interesse e a variável resposta. Os resultados relacionados à preditividade do modelo de regressão foram desconsiderados.

Entre as variáveis de interesse que tiveram significância na correlação com cada variável preditora, tem-se o risco psicossocial severo, o fato do pai morar com a criança e a renda por pessoa, os quais apresentaram significância na correlação com os problemas comportamentais (Tabela 33).

O desempenho em atividades cognitivas, por sua vez, apresentou correlação significativa com a idade gestacional, a frequência na creche, o peso ao nascer, a hemorragia intracraniana e a escolaridade paterna (Tabela 33).

A linguagem receptiva apresentou correlação significativa com a escolaridade da mãe, e risco psicossocial severo. Considerando-se a linguagem expressiva, houve correlação significativa com os problemas conjugais, o peso ao nascer e a idade gestacional (Tabela 33).

A motricidade fina correlacionou-se significativamente com o número de dias na UTIN, hemorragia intracraniana, idade gestacional e peso ao nascer. Por fim, a hemorragia intracraniana, o número de dias na UTIN e os problemas conjugais tiveram correlação significativa com a motricidade ampla (Tabela 33) (as correlações obtidas entre todas as variáveis de interesse e as variáveis resposta estão no

APÊNDICE Bb. Tabela Bb73. Correlação entre os dados das avaliações do desenvolvimento e comportamento e variáveis biopsicossociais).

Tabela 33. *Correlações entre variáveis psicossociais e de nascimento e variáveis de desenvolvimento e de problemas de comportamento*

Variáveis resposta	Variáveis de interesse	Escore	Sig*
Problemas comportamentais (CBCL 1 ½ 5 anos)	Risco psicossocial severo	7,143	0,007*
	Pai mora com a criança	4,802	0,028*
Risco para cognição (BSID-III/ COG)	Idade gestacional	11,079	0,000*
	Peso ao nascer	4,691	0,030*
	Frequenta creche	6,984	0,008*
	Hemorragia intracraniana	4,675	0,031*
	Escolaridade do pai	3,948	0,046*
Risco para linguagem receptiva (BSID-III/ LRE)	Escolaridade da mãe	3,774	0,052*
	Risco psicossocial severo	9,076	0,003*
Risco para linguagem expressiva (BSID-III/ LEX)	Idade gestacional	4,761	0,029*
	Peso ao nascer	4,947	0,026*
	Problemas conjugais	5,566	0,018*
Risco para motricidade fina (BSID-III/ MFI)	Idade gestacional	4,338	0,037*
	Peso ao nascer	4,214	0,040*
	Dias na UTIN	5,499	0,019*
	Hemorragia intracraniana	4,608	0,032*
Risco para motricidade ampla (BSID-III/ MAM)	Dias na UTIN	4,147	0,042*
	Problemas conjugais	3,793	0,051*
	Hemorragia Intracraniana	5,714	0,017*

Legenda: BSID-III= *Bayley Scales for Infant and Toddler Development* * $\leq 0,05$ indica significância pelo teste de Regressão Logística que, a partir da metodologia *stepwise*, fornece dados de correlação entre variáveis de interesse e a variável resposta.

Foi realizado estudo sobre a variação dos escores T do CBCL (problemas comportamentais), para identificar diferenças significativas entre os diferentes grupos de idade. Pelo teste ANOVA, houve diferença significativa entre os resultados dos grupos somente para a Escala de Agressividade (Tabela 34).

Tabela 34. *Análise de variância dados das escalas do CBCL (1 ½ a 5 anos) entre os grupos*

Escalas de Síndromes Comportamentais do CBCL	(*p-valor)
Reação Emocional	0,289
Ansiedade	0,557
Queixas Somáticas	0,926
Retraimento	0,655
Problemas com sono	0,513
Problemas de Atenção	0,995
Agressividade	0,011*

Legenda: * se p-valor $\leq 0,05$ indica significância pelo teste ANOVA.

Pelo teste de Tukey, encontrou-se uma diferença significativa entre os grupos na Escala de Agressividade do CBCL, mais forte entre G2 e do G4, e entre G3 e G4. Tal resultado reforça os resultados descritivos expressos anteriormente, que apontaram G4 como o grupo de idade com menos queixas comportamentais relacionadas a problemas externalizantes (Tabela 35).

Tabela 35. *Significância dos resultados dos grupos na Escala de Agressividade (CBCL 1½ a 5 anos)*

Escala	Grupo X Grupo				*p-valor
	Grupo	Média	Grupo	Média	
Agressividade	2	61,7	3	61,5	0,997
	2	61,7	4	54,0	0,021*
	3	61,5	4	54,0	0,025*

Legenda: * se p-valor \leq 0,05 indica significância pelo teste de Tukey.

Foi realizada, também, uma Análise de Variância para o resultado bruto e para o escore padronizado¹⁶ da BSID-III, sobre problemas no desenvolvimento, objetivando identificar diferenças significativas entre os resultados dos diferentes grupos (Tabela 36). Observa-se que, em relação aos escores brutos, houve diferença significativa entre os resultados dos grupos para todas as escalas de desenvolvimento. Isso sugere que, as crianças, ainda que sujeitas aos efeitos das variáveis biopsicossociais, podem aumentar o desempenho em atividades cognitivas, linguísticas e motoras, com o passar da idade, a partir das avaliações pela BSID-III.

Tabela 36. *Análise de variância dos resultados dos grupos nas escalas da BSID-III*

Escalas de desenvolvimento da BSID-III	*p-valor
COG	0,000*
LRE	0,000*
LEX	0,000*
MFI	0,000*
MAM	0,000*
Total	0,000*

Legenda: * se p-valor \leq 0,05 indica significância pelo teste ANOVA.

¹⁶ Os escores padronizados foram calculados neste estudo obedecendo a equação de QI de Desvio: Pontuação-padrão = $([pontuação\ bruta - média]/desvio-padrão) \times 15 + 100$.

Analisando a significância dos escores brutos entre os grupos, é possível observar que não houve diferença significativa entre G3 e G4 para todas as escalas de desenvolvimento, o que demonstra a semelhança no desempenho entre esses grupos, tal como foi demonstrado na análise descritiva (Tabela 37).

Tabela 37. Significância dos resultados dos grupos nas escalas da BSID-III

Escala	Grupo X Grupo				*p-valor
	Grupo	Média	Grupo	Média	
Escala Cognitiva	1	15,6	2	20,6	0,000*
			3	25,1	0,000*
			4	27,3	0,000*
	2	20,6	3	25,1	0,001*
			4	27,3	0,000*
	3	25,1	4	27,3	0,227
Escala Linguagem Receptiva	1	14,7	2	16,9	0,147
			3	20,3	0,000*
			4	21	0,000*
	2	16,9	3	20,3	0,009*
			4	21	0,001*
	3	20,3	4	21	0,898
Escala Linguagem Expressiva	1	13,7	2	16,6	0,129
			3	20,1	0,000*
			4	21,3	0,000*
	2	16,6	3	20,1	0,047*
			4	21,3	0,004*
	3	20,1	4	21,3	0,788
Escala Motora Fina	1	14,5	2	17,6	0,003*
			3	22,1	0,000*
			4	22,5	0,000*
	2	17,6	3	22,1	0,000*
			4	22,5	0,000*
	3	22,1	4	22,5	0,962
Escala Motora Ampla	1	17,3	2	23,3	0,000*
			3	25,1	0,000*
			4	23	0,000*
	2	23,3	3	25,1	0,292
			4	23	0,990
	3	25,1	4	23	0,174
Total	1	75,8	2	95	0,000*
			3	112,7	0,000*
			4	115,1	0,000*
	2	95	3	112,7	0,001*
			4	115,1	0,000*
	3	112,7	4	115,1	0,948

Legenda: * se p-valor \leq 0,05 indica significância pelo teste de Tukey.

Também não foi identificada diferença significativa entre G1 e G2, para as escalas de Linguagem Expressiva e Linguagem Receptiva, indicando a possibilidade da criança nascida prematura e com baixo peso desenvolver, ao longo do primeiro ano de idade, as capacidades linguísticas elementares. Também não foi observada diferença significativa para a Escala de Motricidade Ampla entre G2, G3 e G4 (Tabela 37).

Foi realizado, também, o teste Qui-Quadrado para identificar a independência entre as variáveis de desenvolvimento, problemas de comportamento e de risco psicossocial, utilizando as variáveis bidimensionais de classificação obtidas a partir da BSID-III, do CBCL e do Índice de Risco Biopsicossocial (Tabela 38).

Neste estudo, que atribuiu também à característica *Em Risco* as classificações intermediárias entre o risco e o não risco psicossocial, comportamental e desenvolvimental, verificou-se a ausência de associação significativa entre quaisquer indicadores utilizados (Tabela 38).

Tabela 38. Análise de independência entre indicadores de risco psicossocial (RPS) e de risco para problemas de desenvolvimento (BSID-III) e de comportamento (CBCL 1½ a 5 anos)

Resultado X Resultado		V de Cramer	*p-valor (Qui-Quadrado)
Cognitiva	CBCL	0,059	0,745
	RPS	0,050	0,752
Linguagem receptiva	CBCL	0,293	0,109
	RPS	0,208	0,188
Linguagem expressiva	CBCL	0,048	0,794
	RPS	0,295	0,062
Motora Fina	CBCL	0,218	0,232
	RPS	0,087	0,583
Motora Ampla	CBCL	0,257	0,160
	RPS	0,275	0,082
CBCL (1½ -5 anos)	RPS	0,175	0,338

Legenda: * $\leq 0,05$ indica significância pelo teste de Qui-Quadrado e o teste V de Cramer; RPS = Índice de Risco Psicossocial

Apesar da análise não ter apontado uma associação significativa entre as variáveis, pelo indicador V de Cramer, pode-se notar associações moderadas¹⁷. Problemas na linguagem receptiva e problemas comportamentais, nessa perspectiva, apresentaram associação moderada. Risco psicossocial associou-se moderadamente com linguagem expressiva e motricidade ampla (Tabela 38).

Houve também associação moderada entre problemas na motricidade fina e problemas comportamentais e entre problemas na motricidade ampla, problemas comportamentais e risco psicossocial (Tabela 38).

3.8. Descrições de casos

Alguns casos foram escolhidos para que se demonstre com mais clareza a interação entre as condições psicossociais da família, as características do nascimento, o comportamento atual da criança e seu desempenho em atividades cognitivas, motoras e linguísticas. Serão, então, descritos 5 casos, seguindo os critérios: alta frequência de variáveis de risco psicossocial; alta frequência de problemas ao nascer; alta frequência de problemas comportamentais; alto desempenho nas Escalas de Desenvolvimento e baixo desempenho nas Escalas de Desenvolvimento.

3.8.1. Descrição de caso 1: alta frequência de variáveis de risco psicossocial

Dados dos pais- Jamile¹⁸ era uma menina de 16 meses de idade (G1), filha de Tânia, de 44 anos. Jamile era a filha caçula, de um total de 11 filhos nascidos. Na época da coleta de dados, apenas 7 filhos moravam com Tânia, uma vez que três já tinham se casado. Jamile convivia dia-a-dia com 6 irmãos, que tinham idades entre

¹⁷ Indicadores entre 0,20 e 0,40 obtidos a partir do V de Cramer podem ser considerados de associação moderada (Rea & Parker, 2002).

¹⁸ Para as descrições dos casos, foram utilizados nomes fictícios, por questões éticas.

18 e 6 anos. O pai de Jamile mantinha a casa com uma renda de R\$300,00 reais. Assim como ele, a mãe não havia completado o Ensino Fundamental (Tabela 39)

Sobre a gravidez - Durante a gravidez, que não foi planejada, Tânia sentiu-se irritadiça, nervosa e, em muitos momentos, deprimida. Para a ela, a gravidez não foi desejada devido ao grande número de filhos e à necessidade de dinheiro.

Sobre o nascimento - Sem histórico de gestações de recém-nascidos prematuros e com baixo peso, Tânia assustou-se e entristeceu-se com o baixo peso e o tamanho da filha. Achou que o estado agravado de icterícia poderia fazer com a filha não sobrevivesse. Durante a internação de Jamile, o pai esteve presente. Tânia afirmou que ele era um pai presente e carinhoso com os filhos.

Sobre o tratamento e follow up - Logo após a alta de Jamile, não foram detectados antecedentes mórbidos, tais como internações, infecções, problemas visuais e auditivos. Tal fato pode ter incentivado a mãe a abandonar os atendimentos do *Follow Up* oferecidos pelo hospital onde a menina nasceu. A mãe afirmou, no entanto, que o principal motivo para que ela abandonasse o acompanhamento foi a falta de dinheiro para passagens de ônibus e de tempo para o traslado e para a espera do atendimento.

Sobre a amamentação - A mãe afirmou que ela mamava no seio na hora que queria e que, para demonstrar vontade, não costuma se exaltar muito, como chorar. A criança costumava ficar calma e sorrir, interagindo com a mãe.

Hábitos da criança - A mãe relatou que o sono de Jamile era tranquilo. A criança dividia a cama com os pais e seus horários para dormir e acordar estavam relacionados com os horários dos pais. Jamile ainda dormia pela manhã, em horário fixo.

Temperamento e brinquedos - A mãe relatou que a filha era calma na maioria das vezes, amistosa com as outras crianças e até com desconhecidos. Disse também que essa postura de Jamile deveu-se ao fato dela ter sido criada em meio a muitos irmãos e vizinhos. Apesar das crianças brincarem muito entre si, Tânia afirmou que quase não existiam brinquedos disponíveis para elas. Além disso, Jamile não tinha acesso aos livros escolares dos irmãos. As atividades de lazer mais praticadas eram visitas regulares à igreja durante a semana.

Práticas educacionais e expectativas - Ao ser interpelada acerca de suas práticas educacionais e expectativas sobre o desenvolvimento da filha, Tânia afirmou que ensinava o que podia e o que não podia fazer e esperava que a filha fosse muito inteligente. Para ela, o fato de ter nascido prematura e com baixo peso não poderia influenciar no crescimento e desenvolvimento da filha. Para Tânia, o melhor modo de ajudar a filha a se desenvolver seria comprar brinquedos. Ela revelou que esse era um sonho, devido à condição financeira da família.

Resultado das avaliações - Jamile tinha o maior peso ao nascer e atual em relação ao G1 (12-18 meses) e à amostra total, bem como maior idade dos pais. Teve, também, o menor número de dias na UTIN, a menor escolaridade dos pais, além da menor renda familiar (Tabela 39).

Tabela 39. Aspectos biopsicossociais do Caso 1, comparados ao G1(12-18 meses) e à amostra

Variáveis	Caso 1	G1 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
Número de consultas pré-natais	NR	6	6
Peso ao nascer (g)	2.330	1.550	1.710
Idade Gestacional (meses)	36	33,5	33
Número de dias na UTIN	8	30,5	31
Tempo total de oxigênio (h)	-	NR	24,5
Peso aos 6 meses (g)	8.520	6.320	4.700
Peso atual (g)	10.000	8.097,5	10.410
Idade da mãe (anos)	44	27,5	30
Escolaridade da mãe (anos)	1	8	8,9
Idade do pai (anos)	46	28,5	31
Escolaridade do pai (anos)	6	7,5	9,4
Renda familiar (R\$)	300,00	720,00	800,00
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	42,80	180,00	200,00
Quantidade de pessoas trabalhando	1	1	1

Legenda: Md= Mediana; NR= Não relatado.

Jamile obteve a segunda maior porcentagem de acertos nas Escalas de Desenvolvimento dentro G1 (Tabela 40).

Tabela 40. Aspectos do desenvolvimento do Caso 1, comparados ao G1 (12-18 meses) e à amostra

Variáveis		Caso 1	G1 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
BSID-III (% acertos)	Cognição	55	47	67
	Linguagem Receptiva	71	56	75
	Linguagem Expressiva	71	54	75
	Motricidade Fina	63	52	70
	Motricidade Ampla	64	61	82
	Total	64	54	75

Legenda: Md= Mediana.

3.8.2. Descrição de caso 2: alta frequência de problemas ao nascer

Dados dos pais - Elton era um menino de 1 ano e 8 meses de idade (G2), filho de Ana, 32 anos. Era dona de casa, tendo estudado até o 1º ano do 2º grau. Ela ficava o dia todo com o filho. O pai, de 48 anos, cursou até a 5ª série do Ensino Fundamental. Ele trabalhava cerca de 12 horas no bar de sua propriedade. A família, que também era composta por um sobrinho de Ana, morava em uma casa

alugada de 2 quartos. O casal já mantinha uma união consensual há cerca de 5 anos antes de Elton nascer.

Sobre a gravidez - A mãe não esperava ficar grávida. Ela relatou que, no início, não queria muito a gravidez por ter se sentido um pouco abandonada. Foram realizadas 6 consultas a partir do primeiro mês de gestação (Tabela 41). Não houve o relato de problemas na gravidez. Tal condição surpreendeu a família quando Ana começou a perder líquido e teve que anteceder o parto.

Sobre o nascimento - Elton nasceu com 1.310g, ficando 3 meses internado.

Sobre o tratamento e Follow Up - Entre os problemas apresentados por Elton na UTIN, estavam a asfixia, convulsão, alterações respiratórias, infecção, icterícia, além de ter passado por uma cirurgia. O marido de Ana também acompanhou o tratamento. A mãe afirmou que o pai cuidava de Elton, brincando com ele em casa. Os cuidados de alimentação e higiene não eram realizados pelo pai. A mãe levava o filho ao Hospital Dr. Dório Silva para consultas com a pediatra, neurologista, fisioterapeuta e fonoaudióloga. Elton começou a falar com cerca de 15 meses e até o momento da coleta de dados ainda não andava.

Hábitos da criança - Elton amamentou dos 2 aos 7 meses de idade. Era alimentado regularmente, de 2 em 2 horas. Não costumava acordar durante a noite, quando dormia em seu próprio berço, dividindo o quarto com o primo. Quando fazia birra, a mãe costumava deixá-lo chorar sozinho. Sobre a alimentação, Ana relatou que o filho comia muito pouco.

Temperamento e brinquedos - Ana achava o filho normal, apesar de ser muito bagunceiro e nervoso, com episódios de birra, ciúme, ansiedade, agressividade, inquietude e desobediência. Elton costumava fazer passeios ao parque, na praia ou passeios na casa de parentes uma vez por semana. Na maior parte do tempo, a

principal atividade de lazer realizada era o envolvimento em atividades lúdicas. Elton tinha alguns brinquedos disponíveis para brincar, mas não tinha acesso aos livros infantis da casa.

Práticas educacionais e expectativas - Ao ser interpelada a respeito das práticas educacionais utilizadas, a mãe disse que ainda não ensinava o filho, pois julgava que ele era muito pequeno para aprender. Contudo, falava onde podia e não podia mexer. Ela também disse que o nascimento prematuro e o baixo peso não podiam afetar o desenvolvimento de seu filho, sendo o mimo o principal responsável para um possível atraso. A mãe afirmou que a melhor maneira de ajudar o filho a se desenvolver era levar ao médico e ficar com o filho o máximo de tempo possível.

Na Tabela 41, percebe-se o maior tempo de uso de O₂ em relação ao G2 (18-24 meses) e à amostra total.

Tabela 41. *Aspectos biopsicossociais do Caso 2, comparados à amostra*

Variáveis	Caso 2	G2 (Md) N=10	Amostra total (Md) n= 40
Número de consultas pré-natais	6	5	6
Peso ao nascer (g)	1.310	1.705	1.710
Idade Gestacional (meses)	32,4	32,7	33
Número de dias na UTIN	90	28,5	31
Tempo total de oxigênio (h)	508	17	24,5
Peso aos 6 meses (g)	5.565	5.437,5	4.700
Peso atual (g)	10.090	10.205	10.410
Idade da mãe (anos)	32	28	30
Escolaridade da mãe (anos)	9	9	8,9
Idade do pai (anos)	48	36	31
Escolaridade do pai (anos)	5	8	9,4
Renda familiar (R\$)	NR	899,50	800,00
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	NR	224,90	200,00
Quantidade de pessoas trabalhando	1	1	1

Legenda: NI= Não Informado; Md= Mediana, NR= Não relatado.

Resultado das avaliações- Apesar dos problemas ao nascer, Elton não apresentou desempenho consideravelmente inferior ao do G2, com exceção da

Escala de Motricidade Ampla (Tabela 42). Assim como no G2, houve um acúmulo de queixas comportamentais, no CBCL, principalmente sobre comportamentos externalizantes (Tabela 42).

Tabela 42. Aspectos do desenvolvimento do Caso 2, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra

	Variáveis	Caso 2	G2 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
BSID-III (% acertos)	Cognitiva	67	62	67
	Linguagem receptiva	75	71	75
	Linguagem expressiva	75	75	75
	Motora Fina	63	63	70
	Motora Ampla	79	84	82
	Total	71	71	75
	CBCL (1½ -5 anos) (T score)	Internalizante	59	54,5
Externalizante		66	64,5	59
Total		60	58,5	57,5

Legenda: Md= Mediana.

Na Figura 18, tem-se a classificação *Clinico* para problemas de atenção e hiperatividade, nas escalas orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1½ a 5 anos).

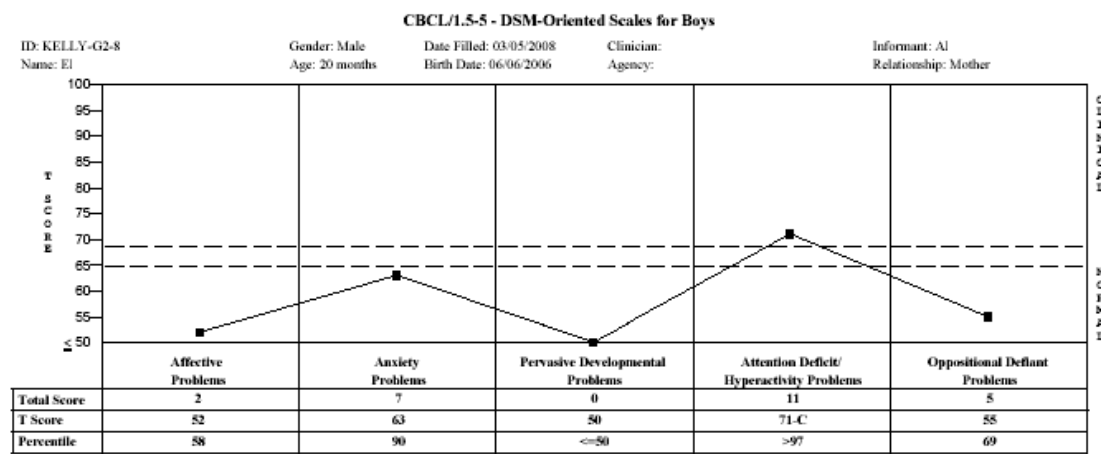


Figura 18. Resultados do Caso 2 nas Escalas Orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1 ½ - 5 anos).

3.8.3. Descrição de caso 3: alta frequência de problemas comportamentais

Dados dos pais- Andressa era uma menina de 18 meses de idade (G2). Sua mãe e seu pai tinham 16 anos quando Andressa foi concebida. A mãe não tinha terminado de cursar o Ensino Médio quando engravidou e teve, por esse motivo, que

interromper os estudos. Na época, o pai havia terminado a 8ª série e trabalhava com serviços informais. O casal havia se conhecido há menos de um ano quando Andressa foi concebida. A mãe ficou muito apreensiva durante a gravidez, pois não havia sido planejada. A notícia da gravidez provocou considerável desgaste no relacionamento familiar, que, vez ou outra, era abalado por brigas entre o tio e o pai de Andressa. Após o nascimento de Andressa, a mãe passou a morar na casa da família do pai. Contudo, por causa de frequentes desentendimentos, a união se desfez em pouco tempo. No momento da coleta de dados, Andressa morava com o pai, a avó paterna e a tia, que a levava para as consultas de rotina. No momento, a avó e a tia trabalhavam. O pai não havia encontrado um serviço temporário. A família sobrevivia com R\$830,00 reais mensais. A mãe ficava com Andressa apenas algumas horas por dia. Nos finais de semana, Andressa visitava a mãe, que estava morando com outro rapaz e estava grávida.

Sobre a gravidez - Durante a gestação, a mãe chorava muito e ficou muito nervosa porque não queria a gravidez. Foram realizadas 4 consultas. Entre os fatores de risco gestacionais encontrados, estava o tabagismo e infecção materna. Houve um episódio de internação hospitalar prolongada, quando a mãe passou a tomar medicação para evitar o nascimento precoce da filha.

Sobre o nascimento- Andressa nasceu com 1.570g e 32,4 semanas e teve problemas de saúde no nascimento, tais como asfixia, outras alterações respiratórias, infecção e hiperbilirrubinemia, que levaram ao internamento na UTIN durante 29 dias (Tabela 43).

Sobre o tratamento e Follow Up - Andressa era levada a consultas com a neurologista, dentista, pediatra e fisioterapeuta desde o nascimento. Ela andou aos 14 meses e falou aos 15 meses. Contudo, a família achava que ela não tinha

problemas para comunicar-se, pois, para eles, ela era muito esperta e tentava falar mais palavras que podia, encontrando dificuldade ao articulá-las.

Hábitos da criança - Como Andressa não se adaptou à amamentação no seio, começou desde cedo a tomar mamadeira, que era oferecida em horários fixos. Quando ela fazia birra, a família tentava distraí-la. Não brigavam com ela porque julgavam que os problemas pelos quais ela passou desde o nascimento já faziam ela sofrer o suficiente. A família acreditava que o motivo do nervosismo da criança era um “problema de cabeça”¹⁹ adquirido no nascimento. Assim, todos evitavam brigar com Andressa. Ela costumava acordar chorando durante a noite.

Temperamento e brinquedos - Andressa era muito agitada e nervosa. Vez ou outra apresentava episódios de birra, ciúme, medo, ansiedade, timidez, inquietude e agressividade, principalmente quando ficava frustrada, levando-a, também, a arrancar os cabelos. Ela costumava passar o tempo brincando no quintal de casa. Passeava na casa de parentes e no calçadão da praia cerca de uma vez por semana. Apesar de não ter contato com livros, Andressa costumava ficar folheando panfletos de supermercado para identificar os objetos. Além disso, possuía alguns brinquedos, exceto aqueles para movimento do corpo, com estímulos de números e letras e brinquedos de montagem e construção.

Práticas educacionais e expectativas - A família acreditava que a prematuridade não podia influenciar no desenvolvimento de Andressa, mas, sim, o estilo de criação oferecido. Por isso, a melhor forma de ajudar no desenvolvimento era o cuidado intensivo à criança, o carinho e apoio. Até o momento da coleta de dados, Andressa era ensinada a falar o nome dos objetos, repetindo as palavras. O que fazer e o que não fazer também era explicitado a ela.

¹⁹ Na Ficha de Alta Hospitalar, foi identificado o exame USTF anormal. Talvez, a família tivesse interpretado o resultado do exame como um “problema de cabeça que levava ao nervosismo”.

Resultado das avaliações - Percebe-se, entre outros aspectos, o menor peso ao nascer e maior tempo de oxigenioterapia, quando comparado ao G2. A idade dos pais foram consideravelmente menores que aquelas apresentadas pelo G2 (Tabela 43).

Tabela 43. Aspectos biopsicossociais do Caso 3, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra

Variáveis	Caso 3	G2 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
Número de consultas pré-natais	4	5	6
Peso ao nascer (g)	1.570	1.705	1.710
Idade Gestacional (meses)	32,4	32,7	33
Número de dias na UTIN	29	28,5	31
Tempo total de oxigênio (h)	120	17	24,5
Peso aos 6 meses (g)	NI	5.437,5	4.700
Peso atual (g)	10.500	10.205	10.410
Idade da mãe (anos)	18	28	30
Escolaridade da mãe (anos)	10	9	8,9
Idade do pai (anos)	18	36	31
Escolaridade do pai (anos)	8	8	9,4
Renda familiar (R\$)	830,00	899,50	800,00
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	207,50	224,90	200,00
Quantidade de pessoas trabalhando	2	1	1

Legenda: NI= Não Informado; Md= Mediana.

Resultado das avaliações - O desempenho nas escalas Cognitiva, de Linguagem expressiva e Linguagem Receptiva foi consideravelmente menor do que o desempenho do G2. Em contrapartida, o desempenho nas escalas de motricidade fina e motricidade ampla assemelhou-se ao do G2 (Tabela 44). Percebe-se, também, altos escores T sobre as queixas comportamentais, a partir do CBCL, em comparação com G1 com a amostra.

Tabela 44. Aspectos do desenvolvimento do Caso 3, comparados ao G2 (18-24 meses) e à amostra

		Caso 3	G2 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
BSID-III (% acertos)	Cognição	54,5	62	67
	Linguagem receptiva	62,5	71	75
	Linguagem expressiva	58,3	75	75
	Motora Fina	63,0	63	70
	Motora A ampla	85,7	84	82
Total		62,5	71	75
CBCL (1½-5 anos) (Escore T)	Internalizante	81	54,5	54,5
	Externalizante	69	64,5	59
	Total	83	58,5	57,5

Legenda: Md= Mediana.

Andressa apresentou perfil *Clínico* em todas as escalas sobre as síndromes comportamentais, exceto na Escala de Agressividade, em que teve o perfil *Limítrofe* (Figura 19).

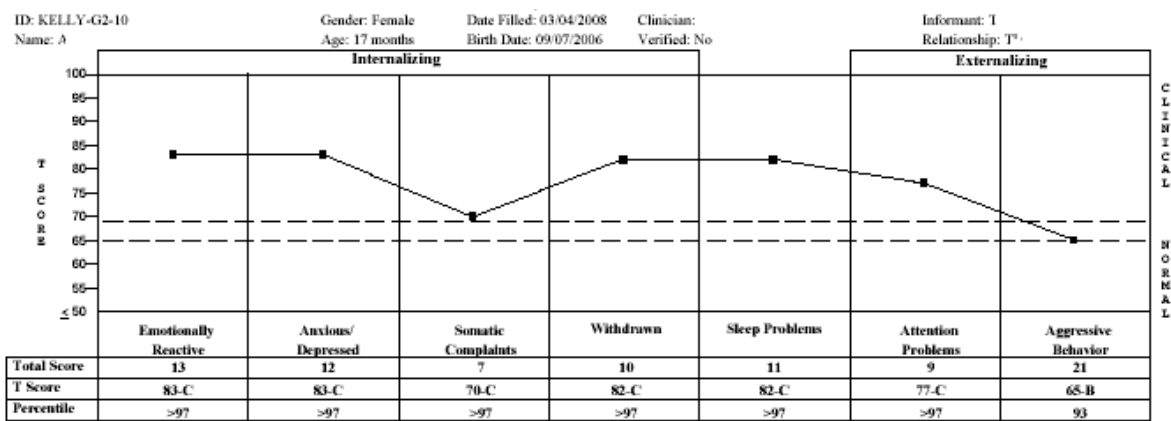


Figura 19. Resultados do Caso 3 nas Escalas de Síndromes Comportamentais do CBCL (1½ -5 anos).

De modo geral, foi contatado o perfil *Clínico* para os problemas internalizantes e externalizantes, levando, também, ao perfil *Clínico* para o total de problemas abordados a partir do CBCL (1½ - 5 anos) (Figura 20).

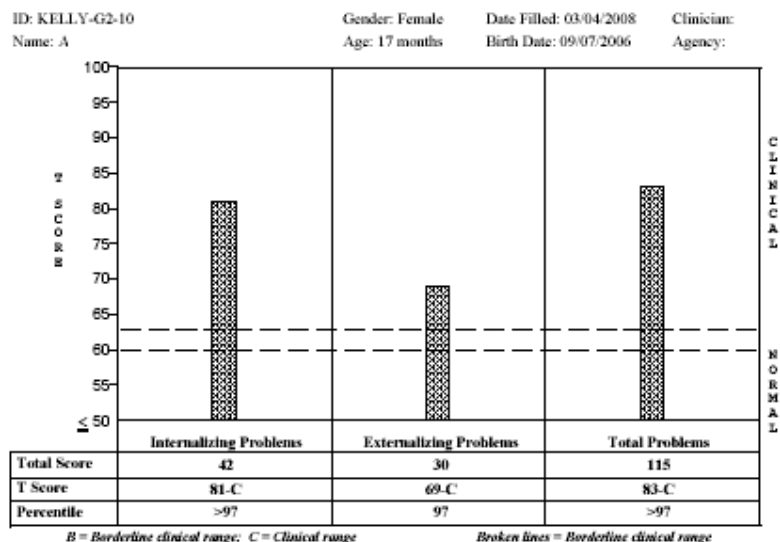


Figura 20. Resultados do Caso 3 nas Escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Total de problemas do CBCL (1 ½-5 anos).

Em relação às escalas sobre síndromes comportamentais, Andressa apresentou perfil *Clínico* nas escalas de Afetividade, Ansiedade e Problemas Desenvolvimentais Invasivos. Para as escalas de Problemas de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Opositor e Desafiador, foi encontrado o perfil Limítrofe no CBCL (1½ a 5 anos) (Figura 21).

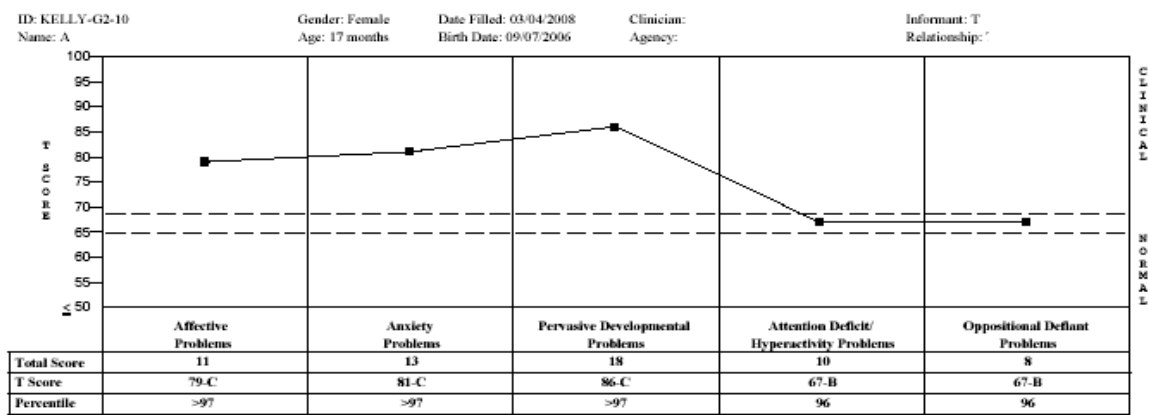


Figura 21. Resultados do Caso 3 nas Escalas Orientadas para o DSM-IV do CBCL (1½ - 5 anos).

3.8.4. Descrição de caso 4: alto desempenho nas Escalas de Desenvolvimento

Dados dos pais - Tamires era uma menina de 29 meses de idade (G3). Sua mãe tinha 23 anos ao engravidar e seu pai, 23. A mãe afirmou que não teve a

intenção de engravidar, pois, na época da concepção, ela e o pai eram apenas namorados. Contudo, já se conheciam havia 4 anos. Tal fato pode ter colaborado para o enfrentamento da gravidez, já que, de acordo com a mãe, não houveram problemas psicológicos ou familiares em decorrência da gestação. Após a notícia da gravidez, os pais de Talita foram morar juntos e permaneciam em união consensual até o momento da coleta de dados. No momento do encontro com a pesquisadora, o pai e a mãe trabalhavam. Ela, com Ensino Médio completo, era vendedora e ele, com a mesma escolaridade, era mecânico. Juntos tinham uma renda mensal de R\$ 1.500,00. A casa, com saneamento básico e 3 quartos, permitia que os três, pai, mãe e filha, morassem com certa tranquilidade.

Sobre a gravidez - De acordo com o relato da mãe, durante a gravidez, houve muita ansiedade, em virtude do nascimento. Relatou que ficava esperando para saber o sexo da criança, o que, em virtude da demora para a confirmação do médico, gerou bastante preocupação na família. Ao todo, foram realizadas 5 consultas pré-natais, a partir do terceiro mês de gestação. De acordo com a mãe, não foram identificados fatores de risco, tais como pressão alta, problemas cardíacos, diabetes. Por isso, o nascimento de Tamires na 36ª semana e com 2.490g²⁰, causou estranhamento. O quadro de saúde da mãe piorou logo antes da menina nascer.

Sobre o nascimento - Tamires teve alterações respiratórias no nascimento, que levaram ao internamento na UTIN durante 9 dias (Tabela 45). A mãe afirmou que ficou preocupada com o nascimento prematuro, já que ela não esperava que sua filha fosse nascer antes do tempo. Ela acreditava que o excesso de exercício praticado durante a gravidez, como andar e trabalhar, causou o nascimento

²⁰ Coincidentemente, esse caso, apresentado como o caso de maior desempenho nas Escalas de Desenvolvimento, também foi o caso de maior peso ao nascer e o segundo caso de menor prematuridade.

premature. A mãe relatou que houve uma boa aceitação da gravidez por parte do pai, que costumava fazer visitas na UTIN e a ajudar em algumas tarefas ao longo do desenvolvimento de Tamires.

Sobre o tratamento e Follow up - O tratamento de 9 dias na UTIN foi uma ocasião muito ruim para a mãe. Ela afirmou ser um lugar onde muitas crianças tem a saúde instável, intensificando o abalo emocional da família. Tamires era levada ao pediatra no setor de *Follow Up*.

Sobre a amamentação/ cuidados - A mãe afirmou que Tamires foi amamentada, regularmente, de 4 em 4 horas até 1 ano de idade, ressaltando a importância da manutenção de uma rotina para a alimentação, para a criança, desde cedo, se acostumar a obedecer a certas regras e ter horários. O pai, a mãe e avó revezavam para dar o banho e tentavam convencê-la calmamente a sair da banheira quando ela fazia alguma birra para continuar.

Hábitos da criança - De acordo com a mãe, Tamires era uma criança tranquila, não tinha problemas com a alimentação, com o sono e com o desenvolvimento da linguagem. Ela sentou por volta dos 6 meses, andou por volta dos 11 meses e falou aos 12 meses.

Temperamento e brinquedos - A mãe relatou que a filha era tranquila na maior parte do tempo, mas, às vezes, fazia um pouco de birra, era pouco inquieta, ciumenta e medrosa. Além disso, a mãe percebia que ela costumava arrancar os cabelos quando ficava frustrada. Tamires ficava metade do dia com a mãe e era assistida pela avó, que ficava com ela enquanto a mãe trabalhava. Havia muitos brinquedos para brincar, apesar de não ter contato com livros, por causa da inexistência desses no lar. Os únicos tipos de brinquedo que não foram apontados durante a entrevista com a mãe foram os brinquedos de construção, tais como

blocos e peças para encaixe. A família costumava fazer passeios a parques e casa de parentes regularmente, cerca de 2 vezes por semana.

Práticas educacionais e expectativas - Ao ser interpelada sobre as práticas educacionais, a mãe disse que achava importante ensinar o que pode e o que não pode fazer. Ensinava a pintar e a contar. Explicava o nome dos brinquedos e ensinava como brincar com eles. De acordo com a mãe, a prematuridade e o baixo peso não poderiam influenciar no desenvolvimento de habilidades, porque percebia que Tamires fazia tudo o que as outras crianças faziam- e até melhor.

Tamires apresentou o peso ao nascer e o peso atual maiores que o peso mediano do G3 da amostra total. A renda familiar e os anos de escolaridade dos pais também eram maiores. Em contrapartida, a idade dos pais foram menores, além do número de dias na UTIN (Tabela 45).

Tabela 45. Aspectos biopsicossociais do Caso 4, comparados ao G3 (24-30 meses) e à amostra

	Caso 4	G3 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
Número de consultas pré-natais	5	5,5	6
Peso ao nascer (g)	2.495	1.560	1.710
Idade Gestacional (semanas)	32	32	33
Número de dias na UTIN	9	45	31
Peso aos 6 meses (g)	3.710	4.750	4.700
Peso atual (g)	13.000	11.200	10.410
Idade da mãe (anos)	25	39	30
Escolaridade da mãe (anos)	11	8	8,9
Idade do pai (anos)	25	36	31
Escolaridade do pai (anos)	11	11	9,4
Renda familiar (R\$)	1.500,00	1.049,50	800,00
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	500,00	233,20	200,00
Quantidade de pessoas trabalhando	2	1,5	1

Legenda: Md= Mediana.

Resultados das avaliações - Os índices de desenvolvimento foram maiores que a mediana do G3 e a da amostra (Tabela 46).

Tabela 46. Aspectos do desenvolvimento do Caso 4, comparados ao G3 (24-30 meses) e à amostra

Variáveis		Caso 4	G3 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
BSID-III (% acertos)	Cognição	84,8	77,3	67
	Linguagem receptiva	95,8	83,3	75
	Linguagem expressiva	95,8	91,7	75
	Motora Fina	96,3	81,5	70
	Motora Ampla	100	91,1	82
	Total	94,1	83,8	75
LAVE	Escore Bruto	244	192	188,5
	Percentual de acerto	80,3%	63,2	62
	Escore Padrão	96,1	82,4	81,8
CBCL (1½ - 5 anos) (Score T)	Internalizante	47	56,5	54,5
	Externalizante	59	79	59
	Total	59	58,5	57,5

Legenda: Md= Mediana.

Os escores T sobre as queixas comportamentais mantiveram-se abaixo da média do G3. Não houve classificação *Clinico* para as escalas do CBCL orientadas pelo DSM-IV (Figura 22).

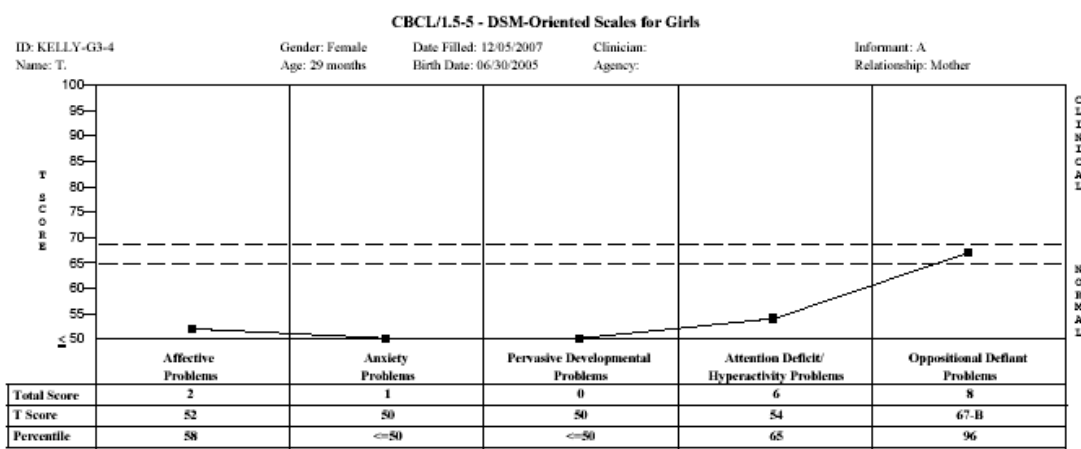


Figura 22. Resultados do Caso 4 nas Escalas Orientadas pelo DSM-IV do CBCL (1½ - 5 anos).

3.8.5. Descrição de caso 5: baixo desempenho nas Escalas de Desenvolvimento

Dados dos pais - Leandro, com 31 meses de idade (G4), caçula, irmão de uma menina de 14 anos, era filho de Nádia, de 39 anos, dona de casa, com Ensino Médio completo. O pai, de 35 anos, que estudou até a 4ª série do Ensino

Fundamental, trabalhava cerca de 10 horas diárias como autônomo. O casal já se conhecia há cerca de 10 anos quando Leandro foi concebido. A família morava em casa própria, com saneamento básico, água e energia. A casa, parcialmente espaçosa para todos, tinha 2 quartos e quintal. Leandro e a família sobreviviam com uma renda mensal de cerca de R\$ 800,00.

Sobre a gravidez - De acordo com Nádia, a gravidez aconteceu naturalmente. Como estava casada e esperava ter outra criança, a notícia da gravidez foi recebida com alegria. Durante a gravidez, Nádia relatou ter ficado muito ansiosa, fazendo planos para a chegada do bebê. Contudo, nessa época, ela distanciou-se do marido, o que causou um ligeiro atrito entre o casal. A mãe foi submetida a 3 consultas pré-natais (Tabela 47).

Sobre o nascimento - Ao longo da gestação, Nádia acabou desenvolvendo complicações de saúde. Assim, Leandro nasceu na 26ª semana, com 755g²¹, ficando 98 dias na UTIN (Tabela 47). Além da prematuridade e do baixo peso, Leandro teve icterícia, asfixia, apnéia e infecção. Além disso, foi submetido a uma operação de hérnia. Apesar da filha mais velha também ter nascido prematura, Nádia não esperava que seu bebê fosse nascer tão cedo. Por isso, teve muito medo dele não sobreviver.

Sobre o tratamento e follow up - Mesmo após 8 dias de internação, Nádia acompanhou diariamente seu filho na UTIN. O pai, também temeroso por causa das circunstâncias em que se deu o nascimento, ajudava a cuidar do filho sempre nos finais de semana. Ao todo, passou pela oxigenioterapia durante 72 dias. Foi constatada, posteriormente, uma perda auditiva, o que levou Leandro a utilizar,

²¹ Assim como no Estudo de Caso 1, também foi verificada uma correspondência entre idade gestacional, peso ao nascer e desempenho nas Escalas de Desenvolvimento. No caso 2, que apresentou menor desempenho nas Escalas de Desenvolvimento, verificou-se o menor baixo peso ao nascer e a maior prematuridade.

diariamente, aparelhos auditivos nos dois ouvidos. A mãe levava o filho regularmente às consultas no setor de *Follow up*, com a fisioterapeuta, fonoaudióloga e pediatra. Ele também estava matriculado em uma APAE para receber estimulação precoce.

Sobre a amamentação - Leandro foi amamentado desde os 3 meses de idade. A mãe relatou não obedecer a uma rotina, amamentando o filho, em ambiente tranquilo, sempre que ele desejava. Tal fato, de acordo com ela, aumentou o contato entre os dois, já que Leandro havia ficado mais de 3 meses internado.

Hábitos da criança - Leandro gostava muito de tomar banho e chorava para continuar brincando durante o banho. Diante da situação, Nádia alertava-o para sair. Ele ainda dormia no berço e tinha o sono tranquilo, apesar de acordar às vezes. Sobre a alimentação, Nádia disse que o filho não comia o suficiente, tendo sempre preferência pelo leite materno.

Temperamento e brinquedos - Nádia afirmou que Leandro era calmo, com episódios de nervosismo. Apresentava ciúme, agressividade, timidez, inquietude e desobediência. Leandro tinha alguns brinquedos disponíveis para brincar, exceto aqueles brinquedos com letras ou números e brinquedos de faz-de-conta. Ele não tinha acesso aos livros infantis da casa, podendo só ouvir a história contada pelos pais. Dificilmente, alguma atividade de lazer era realizada. Na maior parte do tempo, Leandro ficava em casa, saindo só para as consultas médicas. Em casa, gostava de brincar de “motoca” e ajudar a arrumar os brinquedos. Até o momento da coleta de dados, ele tinha problemas na linguagem, não pronunciando as palavras, de acordo com a mãe. Da mesma forma, ainda fazia suas necessidades na fralda. A mãe julgava que faltava tempo para ensinar o treino ao toalete. Ela apenas pedia para ele avisar quando precisava ir ao banheiro.

Práticas educacionais e expectativas - Ao ser interpelada a respeito das práticas educacionais utilizadas, a mãe disse que falava para ele não fazer as coisas, corrigindo-o e explicando a forma correta de se comportar. Ela acreditava que o nascimento prematuro e o baixo peso afetaram o desenvolvimento biológico de seu filho, mas não o desenvolvimento psicológico, pois achava que ele era esperto e agitado como outras crianças. Para o futuro, ela esperava que ele ficasse mais independente. A mãe afirmou que a melhor maneira de ajudar o filho a se desenvolver era continuar participando dos tratamentos médicos, que até então estavam ajudando muito.

Em relação à amostra, houve a participação em maior número de consultas, maior idade dos pais, menor peso ao nascer e atual, além de menor escolaridade paterna em relação ao G4 (Tabela 47).

Tabela 47. Aspectos biopsicossociais do Caso 5, comparados ao G4 (30-36 meses) e à amostra

	Caso 5	G4 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
Número de consultas pré-natais	14	8	6
Peso ao nascer (g)	755	1.827,5	1.710
Idade Gestacional (meses)	26	34	33
Número de dias na UTIN	98	31	31
Tempo total de oxigênio (h)	1728	288,8	24,5
Peso aos 6 meses (g)	7.000	6.790	4.700
Peso atual (g)	11.000	13.550	10.410
Idade da mãe (anos)	36	30,5	30
Escolaridade da mãe (anos)	10	10,5	8,9
Idade do pai (anos)	33	31	31
Escolaridade do pai (anos)	4	11	9,4
Renda familiar (R\$)	800,00	625,00	800,00
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	266,30	156,30	200,00
Quantidade de pessoas trabalhando	1	1	1

Legenda: Md= Mediana.

Resultado das avaliações - Todos os indicadores de desenvolvimento apresentaram-se menores, quando comparados aos resultados do G4 e à amostra

total. Apesar dos escores T do CBCL, sobre as queixas comportamentais, terem sido maiores, não chegaram ao ponto de corte para a classificação *Clínico* (Tabela 48).

Tabela 48. Aspectos do desenvolvimento do Caso 5, comparados à amostra

		Caso 5	G4 (Md) n=10	Amostra total (Md) n= 40
BSID-III (% acertos)	Cognição	64	83	67
	Linguagem receptiva	58	90	75
	Linguagem expressiva	58	94	75
	Motora Fina	70	81	70
	Motora Ampla	57	96	82
	Total	58	86	75
LAVE	Escore Bruto	13	188,5	188,5
	Percentual de acerto	4,3	62	62
	Escore Padrão	35,2	81,8	81,8
CBCL (1½-5 anos) (T score)	Internalizante	58	54,5	54,5
	Externalizante	58	53,5	59
	Total	58	54	57,5

Legenda: Md= Mediana.

Leandro não apresentou classificação *Clínico* nas escalas de comportamento orientadas pelo DSM-IV, sendo observada somente a classificação *Limítrofe* para a escala de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, que aborda aspectos como medo de novas situações, pouco contato de olhar, problemas na fala e retraimento.

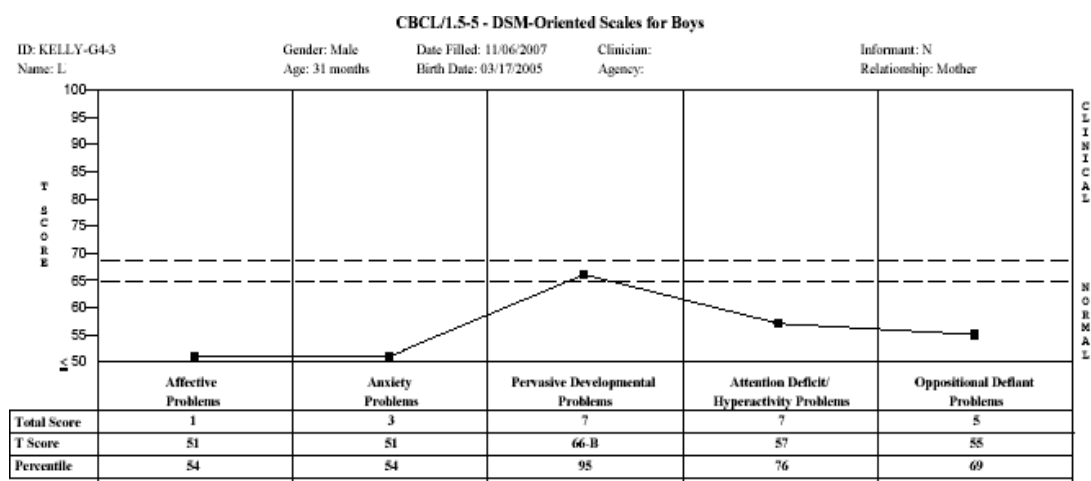


Figura 23. Resultado das Escalas de Síndromes Comportamentais do CBCL (1 ½ -5 anos) para o Caso 5.

4. DISCUSSÃO

Esta pesquisa pretendeu verificar possíveis relações entre condições psicossociais e de nascimento adversas e o risco para atraso no desenvolvimento geral de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, entre um e três anos de idade, nascidas em um hospital público do município da Serra, ES.

Mais especificamente, foram descritas as características do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental de 40 crianças, entre um e três anos de idade, nascidas pré-termo (IG <37 semanas) e com baixo peso (PN <2500g), divididas entre grupos de 10, com intervalo de 6 meses de idade. Supôs-se que haveria diferença significativa nos dados de desenvolvimento cognitivo, motor e linguístico, entre as crianças de maior e menor idade componentes da amostra.

Também foram identificados e descritos os fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e ao contexto familiar que, de acordo com a literatura, podem influenciar o desenvolvimento dessas crianças.

Por fim, foram analisadas as relações entre as condições adversas no nascimento, as características de origem psicossocial dessa amostra e o risco para atraso no desenvolvimento geral dessas crianças. Foi pressuposto que a prematuridade e o baixo peso, se associados a fatores de risco biológico e fatores de risco psicossocial, poderiam afetar com mais intensidade o desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental dessas crianças.

Inicialmente, para identificar e descrever as características do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental, foram utilizadas escalas de desenvolvimento (BSID-III), de problemas comportamentais (CBCL 1½ a 5 anos) e de linguagem expressiva (LAVE).

Com base na versão de triagem (*screening*) das *Bayley Scales for Infant and Toddler Development* (BSID-III), que avaliaram as características gerais do

desenvolvimento e os riscos para possíveis atrasos, encontrou-se um pequeno percentual (2,5 %) de crianças com alto risco para atrasos. Contudo, nessa amostra, 24,5% das crianças apresentaram risco médio para atrasos, proporção semelhante às encontradas na literatura (Mello et al., 1998; Linhares et al., 2005) relacionadas ao risco para problemas no desenvolvimento, em amostras de crianças brasileiras nascidas prematuras e com baixo peso.

Entre as cinco escalas componentes da BSID-III, houve menor frequência de classificações *Competente* na Escala Cognitiva, estando 50% da amostra em risco moderado ou severo para atraso no desenvolvimento. Este dado referenda estudos sobre a relação entre nascimento prematuro e o baixo peso e problemas no desenvolvimento cognitivo (Bordin et al., 2001; Briscoe et al., 2001; Bühler et al., 2007; Méio et al., 2003; Méio et al., 2004; Linhares et al., 2005; Oliveira, 2008; Rodrigues et al., 2006).

Observou-se, contudo, que, com o passar da idade, o desempenho bruto e a classificação tenderam à progressão, de forma que tal constatação ressalta, mais uma vez, a ideia de que, a longo prazo, algumas dificuldades no desenvolvimento infantil podem diminuir a partir do enfraquecimento do efeito de algumas variáveis relacionadas ao nascimento (Zwicker & Harris, 2008). Cabe, contudo, a ressalva de que os estudos utilizam medidas diferentes e que a BSID-III ainda não tem normas brasileiras.

Percebe-se, assim, a possível contribuição das variáveis psicossociais como protetoras do desenvolvimento, uma vez que podem minimizar o efeito de variáveis de nascimento sobre o organismo ainda vulnerável.

De forma geral, observou-se que, à medida em que a idade aumentava, o número de acertos nas escalas da BSID-III aumentava, sendo detectadas diferenças

significativas entre os grupos de idade. A partir desses dados, pode-se notar indícios de traços de validade de constructo no referido instrumento, a partir da discriminação significativa de grupos-critério relacionados à idade (Pasquali, 2001; Urbina, 2007).

O teste de Tukey mostrou, entretanto, que não houve diferença significativa entre G3 (24-30 meses) e G4 (30-36 meses) para todas as escalas da BSID-III, em relação aos escores brutos. O que se pode pensar a respeito desse dado é que, nesta amostra de conveniência, o grupo correspondente ao G4 apresentou um desempenho menor do que poderia ter sido obtido por crianças de 30 a 36 meses. Tal desempenho pode estar relacionado ao fato do G4 ter sido composto por crianças cujas mães tiveram interesse na avaliação dos filhos, que, na maioria das vezes, não compareciam mais ao *Follow Up*, suscitando preocupação quanto ao desenvolvimento já aquém do esperado. Outra hipótese possível seria a de que realmente não haveria diferença marcante em relação ao desenvolvimento das habilidades verificadas a partir a administração dos itens da BSID-III ao longo do terceiro ano de vida. Se a última hipótese for acatada, novas pesquisas sobre crianças nascidas prematuras e com baixo peso poderão conter somente um grupo amostral que abarque crianças ao longo dos dois anos de idade, não sendo necessário dividir a faixa de dois anos de idade em dois grupos independentes.

Percebeu-se, também, ausência de diferença significativa entre G1 (12-18 meses) e G2 (18-24 meses) para os escores brutos nas escalas de linguagem. Tal dado sugere um possível desenvolvimento lento nessas competências, o que foi destacado também no estudo de Oliveira et al. (2003).

Por fim, em relação à utilização e aos resultados obtidos da BSID-III, é necessário destacar que o cálculo e uso de escores padronizados para os dados brutos das escalas da BSID-III devem ser analisados com cautela. Apesar de terem

viabilizado a análise de correlação a partir do teste de correlação de Pearson, minimizando as prováveis distorções decorrentes do uso de escores brutos, grupos de 10 participantes foram substancialmente pequenos para o uso efetivo de escores padronizados, que é recomendado quando se tem uma distribuição de dados que se assemelha à distribuição normal.

A partir do teste de correlação de Pearson, verificou-se que os resultados das escalas da BSID-III estavam correlacionados positivamente. Tal observação confirma o estudo de Schirmer et al. (2006), que ressalta a possibilidade das crianças, que tem atraso no desenvolvimento de linguagem, poderem apresentar um desempenho cognitivo e psicomotor inferior ao das crianças com desenvolvimento normal, a partir da aplicação dos testes Denver-II e Bayley-II.

De modo geral, as crianças nascidas com muito baixo peso ao nascer (<1.500g) tiveram menor desempenho nas escalas de desenvolvimento, quando comparadas com as crianças nascidas com baixo peso (<2.500g), sobretudo nas escalas de motricidade ampla (MBP: 73,1%; BP: 81,2% de acerto) e de linguagem receptiva (MBP: 68,6%; BP: 75,9% de acerto).

Assim, confirma-se a ideia de que o peso inferior a 1.500g pode estar associado a maiores riscos para atraso no desenvolvimento (Schirmer et al., 2006) e de que quanto menor o peso ao nascer, sobretudo abaixo de 1.000g, poderão ocorrer maiores riscos para problemas no desenvolvimento (Rugolo, 2005).

Também avaliando a linguagem dessas crianças, foi aplicada a LAVE (Capovilla & Capovilla, 1997) nos pais, que forneceram dados sobre a linguagem expressiva, a partir de palavras usadas espontaneamente pela criança. Verificou-se um desempenho bruto variado entre as crianças em relação à linguagem expressiva, a partir do relato dos pais, com 18 casos de pontuação-padrão abaixo da média. A

grande variação dos dados pode ter sido influenciada pela percepção e relato das mães sobre o real nível de desenvolvimento linguístico dos filhos. Mesmo assim, observou-se uma melhora no desempenho de G3 para G4.

De modo geral, os dados sobre a LAVE mostraram um desempenho em linguagem expressiva abaixo do esperado para as crianças, o que reforça os estudos que apontam dificuldades em linguagem para crianças nascidas prematuras e com baixo peso (Chermont et al., 2005; Isotani et al., 2002; Oliveira, 2008; Oliveira et al., 2003).

Neste ponto, houve uma incoerência entre os resultados sobre o desempenho em linguagem. Enquanto a BSID-III detectou apenas três casos de risco para atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva, a LAVE indicou 18 casos com pontuação-padrão inferiores, ficando apenas 2 casos acima da média.

É necessário ressaltar que, ao contrário do que ocorre na LAVE, o pesquisador que utiliza a BSID-III avalia diretamente as competências em linguagem expressiva. São, portanto, formas diferenciadas para avaliar a linguagem, - a BSID-III, constituída da observação de diferentes características relacionadas ao desenvolvimento da linguagem, e a LAVE, baseada no relato dos pais acerca das palavras faladas espontaneamente pela criança.

Com base nessas constatações, sugere-se que sejam feitas pesquisas que utilizem a LAVE em crianças de dois a três anos comparando amplas amostras, com e sem o nascimento de risco²², para que se discuta a necessidade da formulação de novos grupos de referência para comporem as normas de avaliação do referido instrumento.

²² Entende-se, aqui, nascimento de risco como a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Para avaliar possíveis problemas comportamentais, foi aplicado o CBCL (1½ - 5 anos) nos pais. Foi possível observar que 67% da amostra apresentou o perfil *Clínico* em, ao menos, um dos sete problemas comportamentais externalizantes e internalizantes. Do total da amostra, metade apresentou problemas externalizantes, sobretudo os problemas de atenção.

Os indicadores comportamentais também foram analisados de acordo com a variabilidade presente em cada grupo de idade. Observou-se diferença significativa apenas para a Escala de Agressividade. Enquanto G2 e G3, ou seja, entre 18 e 30 meses de idade, apresentaram médias semelhantes, as crianças com idade entre 30 e 36 meses (G4), apresentaram médias significativamente menores, indicando menor proporção de queixas dos pais. Tais dados sobre a presença de problemas comportamentais em crianças nascidas prematuras e com baixo peso vão ao encontro daqueles apresentados na literatura (Bordin et al., 2001; Carvalho et al., 2001; Morsh & Abreu, 2008).

O segundo objetivo deste estudo constituiu-se em *identificar e descrever os fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e ao contexto familiar que, de acordo com a literatura, podem influenciar o desenvolvimento das crianças.*

Para que os dados biológicos referentes a fatores pré, peri e pós-natais fossem observados, optou-se pela análise dos dados presentes nas Fichas de Alta Hospitalar, encontrando-se um o peso médio ao nascer de 1.646g, próximo da classificação de Muito Baixo Peso (<1.500g).

A literatura aponta que crianças nascidas com peso próximo ou abaixo de 1.500g podem apresentar sequelas no desenvolvimento neuromotor, podendo apresentar prejuízos em habilidades motoras (Cabral & Penalva, 2008). Observou-se

que, mesmo após a alta hospitalar, o peso médio da amostra, de 2.134,9g, não superou o limite esperado de 2.500g.

Dessa forma, mesmo após a alta na UTIN e a interrupção dos cuidados neonatais intensivos, as crianças ainda estavam com o organismo vulnerável.

Percebeu-se que, ao contrário do peso, a idade gestacional esperada foi atingida durante a internação, em média 38,4 semanas.

Confirmando os dados do Ministério da Saúde (2007), a complicação mais frequente durante a internação na UTIN, foram os problemas respiratórios, com destaque para a Doença da Membrana Hialina que, de acordo com Costa e Marba (2003), pode ser fruto da imaturidade anátomo-fisiológica do sistema respiratório.

Entre os fatores de risco biológico ao nascer para o desenvolvimento, verificou-se, em ordem de importância, a hiperbilirrubinemia, a infecção, problemas hematológicos, asfixia e hemorragia intracraniana. Esses fatores são tradicionalmente mencionados na literatura (Castro & Leite, 2007; WHO, 2003), podendo levar a problemas de desenvolvimento posteriores (Bordin, 2005).

Apesar de 60% das mães terem apresentado fatores de risco gestacional, não é possível afirmar que tal condição tenha tido peso para quaisquer atrasos no desenvolvimento, pois essa variável apresentou correlação pouco significativa a partir da regressão logística, ressaltando a ideia de que alguns fatores de risco gestacional podem não afetar significativamente o desenvolvimento (Dias et al., 2005).

É necessário destacar, aqui, a pouca consistência e fidedignidade observadas nos dados obtidos em algumas Fichas de Alta Hospitalar. Verificou-se que o sistema de preenchimento das fichas necessita de maior precisão, pois faltam algumas informações básicas sobre condições pré, peri e pós-natais dos recém-nascidos,

principalmente no que diz respeito à realização e aos resultados dos exames de rotina, confirmando a análise de Enumo, Queiroz, Paula, Pratti, Felizardo, Martins e Azevedo Jr. (2007) sobre a problemática relacionada a esse banco de dados de prontuários de alta da UTIN.

Mesmo com as dificuldades para obter as informações sobre exames a partir da Fichas de Alta Hospitalar, observou-se uma maior proporção de problemas a partir da USTF (Ultrassom Transfontanela) no G4. Tal exame, grosso modo, avalia características cerebrais.

Também foram observadas anormalidades a partir do exame de fundo de olho, principalmente no G2 (18-24 meses), com proporção de 0,4, e no G4 (30-36 meses), com proporção de 0,3, o que já é constatado na literatura (Graziano & Leone, 2005). Deve-se considerar que G2 também foi o grupo de menor baixo peso ao nascer e maior prematuridade, confirmando dados da literatura sobre a maior incidência de problemas oftalmológicos em casos de maior prematuridade e maior baixo peso ao nascer (Graziano, Leone, Cunha & Pinheiro, 1997).

Além das Fichas de Alta Hospitalar, os dados dos prontuários médicos foram analisados. Verificou-se que o Exame Neurológico Evolutivo (ENE) foi realizado pela equipe de neuropediatria em 50% da amostra, com menor frequência no G3 (0,4) e G4 (0,3). No G1 (0,5) e no G2 (0,6), verificou-se uma maior frequência dos ENE, indicando, a diminuição, ao longo prazo, do empenho dos familiares com os cuidados relacionados ao acompanhamento médico e à estimulação precoce sistematizada destinados ao desenvolvimento dos filhos.

A respeito do acompanhamento no Programa de *Follow Up*, identificou-se uma considerável evasão das crianças no G4, que, coincidentemente, foi o grupo de

idade com maior peso médio ao nascer, maior idade gestacional e menor número de dias de internação na UTIN.

Dos problemas observados a partir dos prontuários médicos do serviço de *Follow Up*, aqueles relacionados à motricidade ou desenvolvimento neurológico e ao comportamento foram os mais frequentes. Apesar dos dados referentes ao comportamento e aos aspectos motores e neurológicos terem a mesma frequência total, aqueles referentes ao comportamento aumentaram com o aumento da idade, especialmente entre G1, G2 e G3; ao passo que aqueles referentes ao desenvolvimento motor e neurológico tiveram um ligeiro declínio com o aumento da idade.

Para a obtenção de dados sobre fatores psicossociais, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, majoritariamente com as mães. Para tanto, aplicou-se se o protocolo da Entrevista Para a Identificação de Riscos Biopsicossociais (Santa Maria-Mengel, 2007).

Foi possível observar que a maioria das mães não planejou a concepção dos filhos, sendo o esquecimento dos métodos anticoncepcionais a justificativa mais usada para a gravidez. Todas as mães do G3 afirmaram não ter planejado a concepção. As mesmas apresentaram maior idade, em média, 35,4 anos.

Observou-se, a partir das entrevistas, que a maioria dos pais das crianças da amostra exercia um papel secundário no cuidado dos filhos, exercendo as atividades de cuidado básico voltadas à higiene e alimentação somente quando ninguém mais podia exercê-las.

Acredita-se que, para o entendimento das diferenças entre pais e mães no exercício das tarefas relacionadas ao cuidado dos filhos, além da dificuldade de enfrentar a diferença entre o filho real e o esperado, com possível distancimento dos

pais (Tronchin e Tsunechiro, 2006), deve ser considerada a diferença de papéis de gênero ainda presente nas famílias. Conforme estudo de Bustamante e Bomfim (2005), ainda na atualidade, os homens, sobretudo das classes populares, tendem a assumir o papel de provedor, exercendo atividades relacionadas ao ensino, à imposição de limites, cabendo à mulher as atividades de rotineiras de cuidado.

Na maioria das vezes, o papel do pai estava voltado à vigilância, às atividades lúdicas e à interação com a criança, ficando, para a mulher, o exercício das principais atividades de cuidado, o que pode gerar sentimento de desalento e abandono nas mães. A análise de Simioni e Geib (2008) evidenciou que, desde os primeiros momentos da criança no seio familiar, podem emergir sentimentos de desamparo e decepção, especialmente quando a mãe se sente sozinha para prestar os cuidados à criança prematura e realizar outras atividades. As autoras afirmaram, ainda, que a rede social diminuta pode intensificar a possibilidade de problemas à saúde materno-infantil. Sabe-se também que, a longo prazo, a manutenção de problemas familiares pode estar relacionada a problemas comportamentais e até mesmo cognitivos (Ferreira & Marturano, 2002)

No presente estudo, verificou-se que os familiares, sobretudo das crianças do G2 (0,5) e G3 (0,3), tinham o hábito de relevar as desobediências das mesmas, justificando tal prática, principalmente, a partir do fato de que a criança nascida prematura e com baixo peso seria mais vulnerável que as outras.

Observou-se, também, que as principais reações frente à birra foram tentar distrair a criança, ajudar a mesma a atingir os seus objetivos e não interferir, em 30,5% dos casos. Diante desses resultados, observa-se o alerta presente na literatura, sobre a importância do limite para a criança tornar-se independente e estável emocionalmente (Morsch & Abreu, 2008).

É necessário ressaltar a alta frequência do índice de risco psicossocial moderado (47%) e a baixa frequência do índice de risco psicossocial severo (12,5%). Os fatores de risco psicossocial mais observados foram os problemas conjugais, a maternidade/paternidade precoces e a habitação superlotada, fatores que, de acordo com a literatura, poderiam acarretar maior comprometimento para o comportamento (Ferrioli et al., 2007; Gray et al., 2004) e para o desenvolvimento neuropsicomotor (Andrade et al., 2005; Halpern et al., 1998; Halpern et al., 2001; Pilz & Scherman, 2007), com a ressalva de que variáveis psicossociais, a longo prazo, teriam maior peso do que o próprio nascimento de risco (Dezoete et al., 2003).

Assim, sugere-se que G4, grupo com maior número de classificações *Em risco* (3 ao todo), e segundo grupo com maior acúmulo de classificações *Emergente* (13 para todas as escalas), sofreu influência significativa tanto de variáveis sociais, como a menor renda familiar média (R\$759,20), menor renda por pessoa (R\$ 186,10), menor número de cômodos na casa (4, em média), quanto de variáveis de nascimento, como a maior proporção de problemas a partir do USTF (0,40 e de reanimação (0,7).

O terceiro e último objetivo específico proposto para este estudo foi *verificar possíveis relações entre as condições adversas no nascimento, características de origem biopsicossocial e o risco para atraso no desenvolvimento geral.*

Para o teste de Qui-Quadrado, considerou-se risco todos os indicadores moderados e severos para o mesmo conceito. Como foi possível observar, não houve nenhuma associação significativa entre índices comportamentais, psicossociais e de desenvolvimento, indicando a ideia de que problemas moderados de diferentes naturezas nem sempre se somam.

Os resultados obtidos por meio do teste de Qui-Quadrado reforçaram a noção de que não é possível generalizar a possibilidade de manifestação, em conjunto, de riscos médios relacionados a atraso no desenvolvimento, fatores de risco psicossocial e problemas comportamentais.

Entretanto, percebeu-se uma ligeira associação, sobretudo, entre a presença de risco para atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva e a presença de risco psicossocial, conforme verificaram Santa Maria-Mengel e Linhares (2007).

Foi possível encontrar, também, correlações significativas entre fatores biopsicossociais e indicadores de desenvolvimento e a presença de informações que se integram em casos de problemas comportamentais no desenvolvimento. Nesse sentido, percebeu-se que condições psicossociais podem interferir na adesão de crianças e familiares ao Programa de *Follow Up* e, conseqüentemente, privar os mesmos de intervenções e orientações necessárias. No G4, grupo com menor renda familiar por pessoa, por exemplo, algumas mães relataram que não tinham nem tempo e nem dinheiro para levarem as crianças no ambulatório de Pediatria e serviço de *Follow Up*, sendo essas as justificativas mais comuns para o abandono do acompanhamento médico e um índice expressivo de evasão.

Acredita-se que tal decisão pode ter sido influenciada, num primeiro momento, pelas boas condições de alta hospitalar. A longo prazo, ao identificarem possíveis indícios de déficits do desenvolvimento, parte dos pais da amostra referente ao G4 deve ter se atentado para a necessidade de métodos de estimulação precoce mais sistemáticos, bem como de uma fonte de orientações sobre processos de desenvolvimento, comportamento e aprendizagem, aceitando, então, a participação na coleta de dados. Tal conjuntura deve ter contribuído para o

acúmulo de crianças com risco para atraso no desenvolvimento dentro do G4, falseando a ideia de que as crianças maiores apresentam maior risco para atrasos.

Contrariando a hipótese formulada acima, de que a amostra forneceu dados tendenciosos, falseando a ideia de que crianças mais velhas são mais comprometidas em seu desenvolvimento neuropsicomotor, Santos et al. (2002) sugerem que, para crianças nascidas prematuras e com baixo peso, comprometimentos motores podem, de fato, aparecer a longo prazo. Oliveira et al. (2003) complementam a discussão, acrescentando a ideia de que mesmo os atrasos significativos de linguagem podem ser detectados tardiamente, após os 12 meses.

Moraes (1995) também analisa essa questão, sugerindo que a avaliação do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, a partir de escalas de triagem, pode apresentar certa imprecisão em casos de danos neurológicos não-evidentes - problemas motores, déficits de aprendizagem, distúrbios de comportamento sócio-emocional, entre outros, que são de difícil definição ou observação e podem ser relacionados com o retardo de crescimento intra-uterino, baixo peso e prematuridade.

Foi possível observar relação entre fatores de risco ao nascimento e problemas no desenvolvimento de diferentes habilidades. O menor peso ao nascer e a prematuridade mais intensa, nesse contexto, aumentaram a produção de problemas, ao serem observadas correlações entre o peso ao nascer e as escalas cognitiva, de linguagem expressiva e de motricidade fina, confirmando a constatação, apresentada na literatura, de que a prematuridade e o baixo peso podem intensificar atrasos (Briscoe et al., 2001; Bühler et al., 2007; Castro et al., 2007; Chermont et al., 2005; Gagliardo et al., 2004; Goto et al., 2005; Guedes, 2008; Linhares et al., 2005; Magalhães et al., 2003; Méio et al., 2003; Mello, Gonçalves &

Souza, 2004; Mello et al., 1998; Oliveira et al., 2003; Rodrigues et al., 2006; Santos et al., 2004; Schirmer et al., 2006).

Tendo os problemas neurológicos como foco, foi possível observar que a hemorragia intracraniana correlacionou-se significativamente com o risco para atraso no desenvolvimento cognitivo, na motricidade fina e na motricidade ampla. Tal constatação vai ao encontro dos resultados de Bordin (2005), que sugerem que a presença de hemorragia intracraniana pode contribuir para problemas no desenvolvimento motor.

Talvez, a alta incidência de problemas identificados pelo USTF, sobretudo no G4, contribuiu para que o desempenho em motricidade fina e motricidade ampla se assemelhassem entre G3 e G4, devido à correspondência entre o USTF, fator de risco para desenvolvimento (Méio et al., 2003), e o maior número de classificações de risco para atraso no desenvolvimento no G4, a partir da BSID-III.

É importante destacar que, a partir da regressão logística, não foram detectadas correlações significativas entre variáveis preditoras relacionadas ao nascimento e indicadores comportamentais.

Por outro lado, houve correlação significativa entre diferentes fatores de risco psicossocial e indicadores comportamentais. O risco psicossocial severo apresentou alta correlação com problemas comportamentais, confirmando a influência de fatores de risco psicossocial para o aumento de queixas comportamentais (Gray et al., 2004). A ausência da figura paterna no lar esteve correlacionado, também, com problemas comportamentais, confirmando a proposta de Eizirik e Bergman (2004).

Acredita-se que o cuidado excessivo oferecido pelos pais de crianças prematuras e com baixo peso pode ter contribuído para o desenvolvimento de problemas comportamentais. No entanto, destaca-se que, apesar de, no G3, as

mães terem apresentado a maior idade média da amostra e as crianças terem apresentado maior número de queixas comportamentais, não foi possível identificar quaisquer relações gerais entre a variável idade materna e problemas comportamentais, não sendo possível afirmar com clareza que mães de maior idade tendem a apresentar filhos nascidos prematuros e com baixo peso com muitas queixas comportamentais, entre as idades de dois e três anos, assim como é proposto por Gray et al. (2004).

A partir dos dados obtidos, sugere-se que condições psicossociais negativas podem influenciar no aparecimento de queixas comportamentais, podendo essas ter um peso maior que o próprio nascimento prematuro, o baixo peso e as condições biológicas adversas, assim como afirmaram alguns pesquisadores (Eickman et al., 2002; Halpern et al., 2001). Sendo assim, o modo como a família enfrenta as condições de risco associadas ao nascimento, bem como os problemas cotidianos, pode influenciar positiva ou negativamente para o aparecimento de queixas comportamentais.

A partir do presente estudo, observou-se que, coincidentemente, as crianças dos grupos de idade, cujos pais mais ajudavam nos momentos de birra, por julgarem que eram frágeis, foram as crianças que mais apresentaram queixas comportamentais externalizantes, ou seja, aquelas relacionadas à agressividade e agitação, principalmente as do G3. O mesmo grupo apresentou maior frequência de crianças com acúmulo de características ligadas ao perfil do Transtorno Desafiador e Opositor e ao TDAH, sendo verificadas 12 classificações *Clínico* para as escalas do CBCL (1 ½ a 5 anos) orientadas pelo DSM-IV. Sendo assim, conclui-se que a superproteção familiar decorrente do nascimento prematuro e do baixo peso pode ter influenciado para a ocorrência de problemas comportamentais.

A partir dos dados obtidos, observou-se que algumas mães, talvez para compensar quaisquer sentimentos de apreensão e medo decorrentes do nascimento de risco, conforme observado nas entrevistas, podem ter recorrido à superproteção da criança, evitando que a mesma tivesse experiências ricas de estimulação e, conseqüentemente, de aprendizagem.

Tais dados estão em consonância com aqueles apresentados por Magalhães et al. (2003), que mostram que pais de crianças prematuras e com baixo peso tendem a vê-las como se fossem mais frágeis e indefesas do que realmente são, tendendo à superproteção e a limitação de experiência sensório-motoras. Tais dados também estão em consonância com aqueles apresentados por Mancini et al. (2004). Os mesmos afirmaram que o cuidado excessivo pode impedir o desenvolvimento da independência em atividades de função social.

Foi possível verificar a influência de fatores psicossociais para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras e linguísticas. A escolaridade do pai, a escolaridade da mãe, os problemas conjugais e a frequência em creche, nesse sentido, apresentaram correlação com altos níveis de significância para os índices de desenvolvimento.

A frequência na creche e a escolaridade paterna correlacionaram-se com o desenvolvimento cognitivo. Pesquisas confirmam esses dados. Quanto menor for a qualidade da estimulação ambiental, menor pode ser o desenvolvimento cognitivo (Andrade et al., 2005). Assim como esclareceram Pacheco e Dupret (2004), a permanência na creche também pode promover o desenvolvimento cognitivo, pois representa um espaço privilegiado para oferecer à criança oportunidades e alternativas que estimulem potencialidades, uma vez que a mesma se encontra em interação constante com outros sujeitos que interferirão em seu desenvolvimento.

Silva (2002) complementa essa questão ao afirmar que quanto menor for a idade gestacional, mais a criança será susceptível a influências ambientais para o desenvolvimento cognitivo, demonstrando a importância da proteção e cuidados médicos para essas crianças.

Por outro lado, a escolaridade da mãe e o risco psicossocial severo foram variáveis preditoras de correlação significativa com o desempenho em linguagem receptiva. Pode-se sugerir que a menor escolaridade materna vem acompanhada da dificuldade em propiciar uma melhor organização do tempo e do ambiente físico e uma melhor variação da estimulação diária, dificultando o desenvolvimento da linguagem, assim como é expresso na literatura (Andrade et al., 2005).

Ainda, a partir dos testes de correlação utilizados, os problemas conjugais apresentaram-se como preditores altamente correlacionados com o desempenho em linguagem expressiva e motricidade ampla. Esses dados confirmam a literatura (Oliveira et al., 2003), que afirma o importante papel das influências de origem psicossocial para o desenvolvimento, podendo amenizar ou potencializar quaisquer tendências de origem biológica para atraso no desenvolvimento.

Foi possível observar, também, correlações entre indicadores comportamentais e indicadores de desenvolvimento. A partir da correlação de Pearson, verificou-se que, quanto maior o número de queixas relacionadas a Transtornos Desenvolvimentais Invasivos, referentes a comportamentos, como a esquiva do olhar, a diminuição de respostas afetivas, retraimento, medo do novo, entre outros, menor o desempenho a partir da Escala de Linguagem Expressiva e do resultado geral das *Bayley Scales for Infant and Toddler Development* (BSID-III). O menor desempenho a partir Escala Cognitiva também foi observado, em acordo com

resultados de Bordin et al. (2001) sobre correlações significativas entre os resultados das avaliações cognitivas e comportamentais.

Do mesmo modo, verificou-se que, quanto maiores as queixas sobre problemas internalizantes, menor o desempenho em linguagem expressiva.

Tal dado pode indicar, ainda que precariamente, que a BSID-III apresenta uma ligeira validade de constructo, observada a partir da discriminação significativa de algumas características (Pasquali, 2001; Urbina, 2007). Ou seja, o instrumento consegue minimamente identificar perfis, como discriminar crianças com problemas internalizantes relacionados à expressão verbal e não-verbal como crianças que tem risco para problemas na linguagem expressiva.

De modo geral, partir da coleta e análise dos dados propostas neste estudo, verificou-se que as crianças estavam expostas a vários fatores de risco desde o seu nascimento, sejam aqueles relacionados ao parto e às complicações produzidas em decorrência dele, sejam aqueles relacionados às dificuldades psicossociais inerentes a cada realidade familiar.

Pode-se verificar que fatores de risco contribuíram de modo diferenciado no desenvolvimento das habilidades cognitivas, linguísticas, motoras e comportamentais. Tal constatação ressalta o fato de que os efeitos de cada variável que incide sobre o sujeito tem um efeito cumulativo e diferenciado, a partir de inúmeras combinações possíveis.

Dessa forma, torna-se difícil afirmar relações de causa-efeito, em que uma variável independente de interesse produz um efeito em outra variável dependente, quando o foco de análise é o desenvolvimento infantil. Ao longo de sua trajetória de desenvolvimento, os processos maturacionais e a própria interação do indivíduo sobre o mundo são permeados por inúmeras condições orgânicas, psicológicas,

sociais e econômicas que se somam em seus efeitos negativos, ou que, contrariamente, adquirem o poder de proteger a criança contra atrasos no desenvolvimento (Rutter, 2000).

É possível que eficazes processos de resiliência estejam atuando nos casos em que há diminuição do efeito da ação de variáveis biopsicossociais comprovadamente perturbadoras para o desenvolvimento infantil.

A resiliência, definida como o manejo de recursos pessoais e contextuais (Sapienza & Pedromônico, 2005), está associada a fatores protetores que predizem consequências positivas em crianças em situação de risco. Dessa maneira, é possível que, diante da presença de fatores de risco ao nascimento, algumas crianças sejam mais resilientes, conseguindo administrar de forma positiva outras variáveis promotoras presentes no contexto ambiental e consigam desenvolver-se, como afirmaram Fraga, Linhares, Carvalho e Martinez (2008).

Entende-se que a interação entre pais e criança seja fundamental para o desenvolvimento adequado e que a forma de enfrentamento dos mesmos sobre o nascimento da criança prematura e as expectativas construídas a respeito de seu desenvolvimento podem influenciar o modo de interação com essa (Klein, 2005; Klein & Linhares, 2006), bem como afetar o processo de crescimento e desenvolvimento (Linhares et al., 2006).

Sendo assim, é de extrema importância a prática da intervenção precoce, a partir de grupos com pais, e de estimulação precoce especializada e individualizada, para esses casos de maior vulnerabilidade infantil a diferentes fatores de risco. Tendo em vista que o sistema neurológico ainda está em amplo processo de maturação durante os três primeiros anos de vida (Antunha, 1994; Ferrari et al., 2001) e que a criança está mais suscetível ao aprendizado de habilidades básicas.

Conclui-se, assim, este estudo, ressaltando a necessidade da elaboração, tanto de políticas públicas que minimizem o impacto de determinadas variáveis sociais sobre a criança, quanto de intervenções especializadas que estimulem, precocemente, habilidades gerais do desenvolvimento infantil, ou que potencializem o enfrentamento positivo, por parte de crianças e familiares, das limitações físicas ou psicossociais que podem vir a se manifestar ao longo da vida.

5. REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2004). Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). In: Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Org.). *Guia para profissionais da Saúde Mental sobre o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA)*. (Trabalho não publicado, Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Trads.). São Paulo: Universidade de São Paulo. [Reprodução do *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*, de Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A., 2004, 4ª ed. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families].
- Almeida, A. M. O., & Cunha, G. G. (2003). Representações Sociais do desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155.
- Alves, H. P. F. (2006). Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: Uma análise sócio-demográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23(1), 43-59.
- American Psychological Association (2005). *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Andraca, I., Pino, P., La Parra, P., & Marcela, F. R. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Revista de Saúde Pública, 32*(2), 479-487.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: Uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 606-611.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behavior problems in brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(4), 779-788.
- Antunha, E. L. G. (1994). Avaliação neuropsicológica na infância (0 a 6 anos). In V. B. Oliveira & N. A. Bossa (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos* (pp. 89-121). Petrópolis: Vozes.
- Babson, S. G. (1970). Growth of low-birth-weight infants. *Journal of Pediatrics, 77*, 11-18.
- Barradas, J., Fonseca, A., Guimarães, C. L. N., & Lima, G. M. S. (2006). Relationship between positioning of premature infants in Kangaroo Mother Care and early neuromotor development. *Jornal de Pediatria, 82*(6), 475-480.
- Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development: Screening test manual*. San Antonio, PsychCorp.
- Bonvicine, C., Quibáo, E. F., Asa, S. K. P., Silva, P. N., & Gaetano, E. S. M. (2004). Prematuridade como possível fator influenciador do controle da cabeça. *Salusvita, 23*(3), 489-500.

- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M., & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57.
- Bordin, M. B. M. (2005). *Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças ex-prematargas, diferenciadas quanto ao risco clínico neonatal*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria/Associação Psiquiátrica da América Latina*, 17(2), 55-66.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Manual de assistência ao recém-nascido*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Estatísticas do Ministério da Saúde*. Disponível em: www.Saude.gov.br/Indicadores/estatísticas.htm. Acesso em: 01/06/2007.
- Briscoe, J., Gathercole, S.E., & Marlow, N. (2001). Everyday memory and cognitive ability in children born very prematurely. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 749-754.
- Bühler, K. E. B., Flabiano, F. C., Mendes, A. E., & Limongi, S. C. O. Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. *Revista CEFAC- Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação*, 9(3), 300-307.
- Bustamante, V., & Bomfim, L. A. (2005). Participação paterna no cuidado de crianças pequenas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1865-1874.

- Cabral, A. H. L., & Penalva, O. (2008). Acompanhamento no ambulatório. In O. P. V. Silva (Coord.), *Novo manual de Follow Up do recém-nascido de alto-risco*. Disponível em: http://www.sbp.com.br/follow_up/index.html#editorial. Acesso em: 13/03/2009.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21.
- Capovilla, F. C., & Capovilla, A. G. S. (1997). Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos: Tradução e estandardização do *Peabody Picture Vocabulary Test* de Dunn & Dunn, e da *Language Development Survey* de Rescorla. *Ciência Cognitiva: Teoria Pesquisa e Aplicação*, 1(1), 353-380.
- Carvalho, A. E. V. (2005). *Indicadores emocionais maternos e intervenção psicológica durante a internação do bebê pré-termo em UTI Neonatal*. Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. L., & Martinez, F. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 1-33.
- Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. L. (2001). *Lembretes preciosos para a mamãe- Livro de apoio à orientação psicológica de mães de recém-nascidos pré-termo*. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da FMRP-USP.
- Carvalho, M., & Gomes, M. A. S. M. (2005). Mortality of very low weight preterm infants in Brazil: Reality and challenges. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 111-118.

- Castro, A. G., Lima, M. C., Aquino, R. R., & Eickmann, S. H. (2007). Desenvolvimento do sistema sensório motor oral e motor global em lactentes pré-termo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(1), 29-38.
- Castro, E. C. M., & Leite, A. J. M. (2007). Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g no município de Fortaleza. *Jornal de Pediatria*, 83(1), 27-32.
- Chermont, A. G., Cunha, M. S, Sales, L. M. M, Moraes, A. N. & Malveira, S. S. (2005). Avaliação do desenvolvimento pela escala de Denver II, de recém-nascidos prematuros de baixo peso. *Revista Paranaense de Medicina*, 19(2), 59-66.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 25 jun. 2008.
- Costa, F. P., & Marba, T. S. (2003). *O recém-nascido de muito baixo peso: Atualizações pediátricas*. São Paulo: Ateneu.
- Departamento de Informática do SUS – DATASUS. (2005). Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais: Mortalidade e Nascidos Vivos. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/infms.def> acesso em 23 outubro de 2007.
- Dezoete, J. A., Macarthur, B. A., & Tuck, B. (2003). Prediction of Bayley and Stanford Binet scores with a group of very low birthweight children. *Child: Care Health and Development*. 29(5), 367-372.

- D'Orsi, E., Carvalho, M. S., & Cruz, O. G. (2005). Similarity between neonatal profile and socioeconomic index: A spatial approach. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 786-794.
- Dias, B. R., Piovesana, A. M. S. G., Montenegro, M. A., & Guerreiro, M. M. (2005). Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, 63(3-A), 632-636.
- Domingos, N. A. M., Miyazaki, M. C. O. S., Valério, N. I., & Pucci, F. F. (1996). Estresse em funcionários de um hospital-escola. *HB Científica*, 3(1), 4-7.
- Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 55-58.
- Egewart, C., Pires, F. D. A., & Guardiola, A. (2002). Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(3-B), 755-759.
- Eickman, S. H., Lira, P. I., & Lima, M. C. (2002). Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo e com baixo peso. *Arquivos de Neuropsicologia*, 60(3), 748-754.
- Eizirik, M., & Bergman, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: Um relato de caso. *Revista de Psiquiatria*, 26(3), 330-336.
- Enumo, S. R. F., Queiroz, S. S., Paula, K. M. P., Balbi Neto, R. R. Q., Santos, P. B., Pereira, T. A. F., Oliveira, C. G. T., Martins, S. W., & Azevedo Jr., R. R. (2007). Sintomas de *stress* em funcionárias de UTIN de hospital público na Grande Vitória, ES [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Anais*

Eletrônicos XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia. Florianópolis, SC: Sociedade Brasileira de Psicologia.

Espírito Santo, M. W. P., & Nunes, M. L. (2009). Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. *Jornal de Pediatria*, 85(1), 35-41.

Ferrari, L. A. M., Toyoda, M. S. S., Faleiros, L., & Cerutti, S. M. (2001). Plasticidade neural: Relações com o comportamento e abordagens experimentais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 187-194.

Ferreira, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Family context and child mental health in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.

Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 33-41.

Freitas, J. O., & Camargo, C. L. (2007). Kangaroo Mother Method: Newborn weight outcome. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 75-81.

Gagliardo, H. G. R. G., Gonçalves, V. M. G., Lima, M. C. M. P., Francoso, M. F. C., & Netto, A. A. (2004). Visual function and fine-motor control in small-for-gestational age infants. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(4), 955-962.

Goto, M. M. F., Gonçalves, V. M. G., Netto, A. A., Morcillo, A. M., & Moura-Ribeiro, M. V. L. (2005). Neurodesenvolvimento de lactentes nascidos a termo pequenos

- para a idade gestacional no segundo mês de vida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(1), 75-82.
- Graziano, R. M., Leone, C. R., Cunha, S. L., & Pinheiro, A. C. (1997). Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*, 73(6), 377-382.
- Graziano, R. M., & Leone, C. R. (2005). Problemas oftalmológicos mais freqüentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 95-100.
- Gray, R. F., Indurka, A., & McCormick, M. C. (2004). Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problem in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*, 114, 736-743.
- Guedes, Z. C. F. (2008). A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(1), 97-98.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N., & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Halperin, J. M., & McKay, K. E. (1998). Psychological testing for child and adolescent psychiatrist: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 575-84.
- Halpern, R., Barros, F. C., Horta, B. I., & Victora, C. V. (1998). Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: Diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1), 73-78.
- Halpern, R., Giugliani, E. R. J., Victora, C. G., Barros, F. C., & Horta, B. L. (2002). Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(1), 529-539.

- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110.
- Hamrick, S.E., Miller, S.P., & Leonard C. (2004). Trends in severe brain injury and neurodevelopmental outcome in premature newborn infants: The role of cystic periventricular leukomalacia. *Jornal de Pediatria*, 145, 593-599.
- Horta, B. L., Barros, F. C., Halpern, R., & Victora, C. G. (1996). Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 12(1), 27-31.
- Isotani, S. M., Pedromônico, M. R. M., Perissinoto, J., & Kopelman, B. I. (2002). O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no terceiro ano de vida. *Folha Médica*, 121(2), 85-92.
- Kantowitz, B. H., Roendiger III, H. L., & Elmes, D. G. (2006). *Psicologia Experimental – Psicologia para compreender a pesquisa em Psicologia* (8ª ed., R. Galman, Trad.). São Paulo: Thonson Learning Edições.
- Klein, V. C. (2005). *Interação entre mães e crianças pré-escolares nascidas pré-termo e com muito baixo peso em situações estruturadas lúdicas e de ensino*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 277-284.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17(36), 33-44

- Lambert, A. A., & Oliveira, C. M. (1996). As vivências ansiosas nos trabalhadores em saúde mental: Estudo qualitativo-comparativo como os funcionários de hospitais gerais e empresas de variadas atividades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2(4), 93-104.
- Lefèvre, A. F. B. (1985). *Exame Neurológico Evolutivo* (2ª ed.). São Paulo: Sarvier.
- Lichtig, I., Monteiro, S. R. G., Couto, M. I. V., Haro, F. M. B., Campos, M. S. C., & Vaz, F. A. C. (2001). Avaliação do comportamento auditivo e neuropsicomotor em lactentes de baixo peso ao nascimento. *Revista de Assistência Médica Brasileira*, 47(1), 52-58.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Correia, L. L., Gasparido, C. M., & Padovani, F. H. P. (2006). Psicologia Pediátrica e neonatologia de alto risco: Promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (p. 39-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B., & Martinez, F. E. (2004). A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória do desenvolvimento* (pp. 11-38). São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP.
- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordin, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2005). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 109-117.

- Lorenzi, D. R. S., Tanaka, A. C. A., Bozzetti, M. C., Ribas, F. E., & Weissheimer, L. (2001). A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 141-146.
- Lubchenco, L. O. (1984). Determinação do peso e da idade gestacional. In G. Avery (Org.), *Neonatologia* (pp. 207-227). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Machado, E. S., Feres, J. G. F., Feijó, L. A., Andrade, J., & Nogueira, S. A. (1995). Is CK-MB isoenzyme useful for diagnosis of cardiac involvement in icteric leptospirosis? *Revista do Instituto Médico de São Paulo*, 37(5), 461-465.
- Magalhães, L. C., Catarina, P. W., Barbosa, V. M., Mancini, M. C., & Paixão, M. L. (2003). Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(2A), 250-255.
- Mancini, M. C., Megale, L., Brandão, M. B., Melo, A. P. P., & Sampaio, R. F. (2004). Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4(1), 25-34.
- Mansur, S. S., & Neto, F. R. (2006). Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes desnutridos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(2), 185-191.
- Martinelli, A. L. C. (2004). Icterícia. *Medicina Ribeirão Preto*, 37, 246-252.
- Martinez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B., & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: Um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 73-81.
- Martins, I. M. B., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 235-243.

- Méio, M. D. B. B., Lopes, C. S., & Morsch, D. S. (2003). Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública, 37*(3), 311-318.
- Méio, M. D. B. B., Lopes, C. S., Morsch, D. S., Monteiro, A. P. G., Rocha, S. B., & Borges, R. A. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria, 80*(6), 495-502.
- Mello, B. B. A., Gonçalves, V. M. G., & Souza, E. A. (2004). Comportamento de lactentes nascidos a termo pequenos para a idade gestacional no primeiro trimestre de vida. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 62*(4), 1046-1051.
- Mello, R. R., Dutra, M. V. P., Silva, K. S., & Lopes, J. M. A. (1998). Valores da predição neurológica e ultra-sonográfica cerebral neonatal em relação ao desenvolvimento de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública, 32*(5), 420-9.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related field*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 28*(1), 36-44.
- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética (1996). *Norma n. 196/96*.
- Moraes, M. C. L. (1995). O retardo de crescimento intra-uterina/prematuridade/baixo peso ao nascer e suas possíveis conseqüências: Danos neurológicos evidentes e danos neurológicos não evidentes. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 5*(1), 96-103.
- Morsh, D. S., & Abreu, M. C. R. M. (2008). Aspectos comportamentais da criança de alto risco. In O. P. V. Silva (Org.), *Novo manual de Follow Up do recém-nascido*

de *alto-risco*. Disponível em:

http://www.sbp.com.br/follow_up/index.html#editorial. Acesso em: 13/03/2009.

Nascimento, L. F. C. (2003). Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3(1), 37-42.

Olhweiler, L., Silva, A. R., & Rotta, N. T. (2005). Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(2A), 294-297.

Oliveira, C. G. T. (2008). *Avaliação assistida e psicométrica: Indicadores cognitivos, linguísticos, comportamentais e acadêmicos em pré-escolares prematuros e nascidos a termo*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. Disponível em: <http://www.cchn.ufes.br/ppgp>. Acesso em: 10/02/2009.

Oliveira, L. N., Lima, M.C.M.P., & Gonçalves, V. M. G. (2003). Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento. Aquisição de linguagem. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 802-807.

Pacheco, A. L. P. B., & Dupret, L. (2004). Creche: Desenvolvimento ou sobrevivência? *Psicologia USP*, 15(3), 103-16.

Pasquali, L.(org). (2001). *Técnicas de Exame Psicológico- TEP: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo/ Conselho Federal de Psicologia.

Formiga, C. K. M. R., Pedrazzani, E. S., & Tudella, E. (2004). Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8(3), 239-245.

- Pedromônico, M.R.M. (2006). A relevância da avaliação psicológica na clínica pediátrica. In: M.A. Crepaldi, M.B.M. Linhares & G.B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 39-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise dos dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silaba.
- Pilz, E. M. L., & Scherman, L. B. (2007). Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 181-190.
- Rabuske, M. M., Oliveira, D. S., & Arpini, D. M. (2005). A criança e o desenvolvimento na perspectiva de mães usuárias do Serviço Público de Saúde. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 321-331.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Balbi Neto, R. R. Q., Santos, P. B., Amorim, T. N., & Vicente, S. R. C. R. M. (2008). Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos internados em UTIN [Resumo]. In Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.), *Anais Eletrônicos do XVII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas, SP: ABPMC.
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (2000). *Metodologia de pesquisa: Planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira.
- Restife, A. P., & Gherpelli, J. L. D. (2006). Comparação das idades cronológica e corrigida na avaliação motora grosseira de lactentes pré-termo com baixo risco no primeiro ano de vida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(2B), 418-425.
- Rocha, R. C. L., Souza, E., Guazzelli, C. A. F., Chambô Filho, A. C., Soares, E. P., & Nogueira, E. S. (2006). Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de

- adolescentes primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(9), 530-535.
- Rodrigues, M. C., Mello, R. R., & Fonseca, S. C. (2006). Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. *Jornal de Pediatria*, 82, 6-14.
- Rugolo, L. M. S. S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 101-110.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265- 296.
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Developmental and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Santa Maria-Mengel, M. R. (2007). *Vigilância do Desenvolvimento em programa de saúde da família: Triagem para detecção de risco para problemas de desenvolvimento em crianças*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.
- Santa Maria-Mengel, M. R., & Linhares, M. B. M. (2007). Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(número especial). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 21 de março de 2009.
- Santos, A. S. M., Paiva Neto, N., & Passos, C. M. (2005). *Relatório 2005. Resultados perinatais da Unidade de Trabalho Materno Infantil do Hospital Dr. Dório Silva*. Serra, ES: Núcleo de Informação em Perinatologia HDDS.

- Santos, D. C. C., Campos, D., Gonçalves, V. M. G., Mello, B. B. A., Campos, T. M., & Gagliardo, H. G. R. G. (2004). Influência do baixo peso ao nascer sobre o desempenho motor de lactentes a termo no primeiro semestre de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8(3), 261-266.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sawaia, B. B. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Org.), *Novas veredas da Psicologia Social* (pp. 157-68). São Paulo: Brasiliense-EDUC.
- Schirmer, C. R., Portuguese, M. W., & Nunes, M. L. (2006). Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(4), 926-931.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Muller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: Fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF*, 10(1), 61-68.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543.
- Senesi, L. G., Tristão, E. G., Andrade, R. P., Kraiden, M. L., Junior, F. C. O., & Nascimento, D. J. (2004). Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à

- idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(6), 477-482.
- Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e adolescência* (C. R. P. Cancissu, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Silva, A. A. M., Barbieri, M. A., Bettiol, H., Dal Bó, C. M. R., Mucillo, G., & Gomes, U. A. (1991). Saúde perinatal: Baixo peso e classe social. *Revista Saúde Pública*, 25(2), 87-95.
- Silva, O. P. V. (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 15-24.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco Clínicas-Escola brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E. F. de M. Silvares (Org.), *Atendimento psicológico em clínica-escola* (pp. 59-72). Campinas, SP: Alínea Editora.
- Simioni, A. S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 645-651.
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281(9), 799-805.
- Tronchin, D. M. R., & Tsunehiro, M. A. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: A experiência do pai. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(1), 93-101.
- Tzuriel, D., & Klein, P. S. (1990). *The Children's Analogical Thinking Modifiability Test: Instruction manual*. Ramat-Gan: School of Education Bar Ilan University.

- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem em Psicologia* (575p., Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Velasco, V. I. P. (1998). *Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói*. Dissertação de Mestrado não publicada Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ.
- World Health Organization. (1992). *Low birth weight: A tabulation of available information*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses, and midwives*. Department of Reproductive Health and Research, Geneva: World Health Organization.
- Yunes, J., Coelho, H. S., Cólili, A. S., & Conceição, J. A. N. (1978). Principais características biológicas e sociais do recém-nascido prematuro. *Revista de Saúde Pública*, 12, 367-387.
- Younger, J. B., Kendell, M. J., & Pickler, R. H. (1997). Mastery of stress in mothers of preterm infants *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(1), 29-35.
- Zambonato, A. M. K., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., & Tomasi, E. (2004). Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 24-9.
- Zardo, M. S., & Procianoy, R.S. (2003). Comparação entre diferentes escores de risco de mortalidade em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 591-596.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1), 89-97.

Zwicker, J. G., & Harris, S. R. (2008). Quality of life of formerly preterm and very low birth weight infants from preschool age to adulthood: A system review. *Pediatrics*, 121, 366-376.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento para realização de pesquisa encaminhado ao HDDS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
HOSPITAL Dr. DÓRIO SILVA
CNPq/MCT Proc. n. 485564/2006-8

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Título do Projeto: Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN.

Estudo 3- Intervenção precoce no desenvolvimento infantil no HDDS

Título do Subprojeto 3.1: Identificação precoce de risco para problemas de desenvolvimento em bebês e crianças até 3 anos nascidas pré-termo e com baixo peso, por procedimento de rastreamento

Pesquisadores Responsáveis: Profª Drª Sônia Regina Fiorim Enumo (coordenadora) e Profª Drª Kely Maria Pereira de Paula (vice-coordenadora), docentes do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da UFES; Ms. Sandra Willéia Martins (neonatólogista), Pasqualina Magliano (neurologista), Ms. Flávia Almeida Turini (psicóloga); Ms. Romildo Rocha Azevedo Jr. (estatístico).

Alunos: Daniele Garioli, Jessica Puppim, Juliana Peterle Ronchi e Grace Rangel, alunas de graduação em Psicologia, UFES; Elissa Orlandi Moraes, Christyne G. T. Oliveira e Daina Stursa, mestrandas em Psicologia, UFES; Alessandra B. Motta, doutoranda em Psicologia, UFES.

Instituições: Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; Hospital Dr. Dório Silva, Ambulatório de Neurologia, UTIN.

Objetivo do Subprojeto 3.1: verificar as relações entre as condições adversas de nascimento (prematuridade, baixo peso, por exemplo) e problemas de desenvolvimento em crianças até 3 anos de idade, fazendo uma identificação precoce de risco para problemas de desenvolvimento por meio da avaliação das crianças incluídas na faixa etária indicada como preventivas para riscos de desenvolvimento geral (0 a 3 anos), de modo a discriminar os casos mais graves, em procedimento de *screening* (rastreamento).

Participantes: bebês internados na UTIN e crianças até 3 anos de idade em atendimento no Ambulatório de Neurologia do HDDS e suas mães.

Síntese dos Procedimentos: serão aplicados, de modo individualizado, instrumento para avaliação geral do desenvolvimento em bebês e crianças até 3 anos de idade, nascidas em condições adversas (pré-termo, com baixo peso). As avaliações serão filmadas e gravadas em áudio, para facilitar o processamento dos dados. Serão aplicados também instrumentos para avaliação da linguagem receptiva e expressiva das crianças com idade acima de 2 anos e meio, em situação de entrevista individualizada com pais ou cuidadores da criança.

A aplicação deverá ser gravada em áudio, sendo todas feitas individualmente, no Ambulatório de Neurologia do HDDS. Todas as crianças a partir de 1 ano e meio de idade serão também avaliadas quanto a problemas de comportamento, em entrevista gravada com os pais ou responsáveis. Os bebês e crianças avaliados e referidos por problemas de desenvolvimento e de comportamento serão encaminhados para os serviços de fonoaudiologia e fisioterapia do HDDS, e para clínicas de atendimento psicológico da região da Serra, ES.

Esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto ao HDDS;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do cliente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos, se exibidos em Reuniões Científicas e aulas para alunos universitários, não poderão permitir a identificação da criança;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES).

Consentimento:


Identificação do responsável pela setor da instituição:

Nome: Nilo Paiva Neto


RG: 411 831 Órgão emissor: SP-ES

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias:

Vitória, ES, 25 de Outubro de 2006.



Representante legal



Prof. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
(bolsista de produtividade em pesquisa 1C do CNPq/MCT)
(Coordenadora)

APÊNDICE B - Termo de consentimento para a realização de estudo-piloto

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vitória, 13 de Julho de 2007

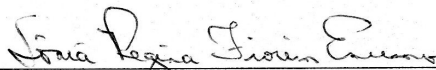
À coordenadora geral da Criarte, Cláudia Rios Fonseca

Eu, Sônia Regina Fiorim Enumo, Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Desenvolvimento/UFES, encaminho-lhe a mestranda Kelly Ambrosio Silveira para que esta colete os dados necessários para estudo piloto relacionado a sua dissertação.

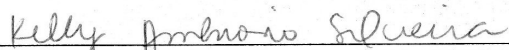
A dissertação objetivará avaliar o risco para o atraso no desenvolvimento motor, lingüístico e cognitivo em crianças de 0 a 3 anos nascidas prematuras e com baixo peso num hospital público da Grande Vitória. As crianças serão avaliadas a partir da escala de desenvolvimento Bayley III, versão de triagem.

Para o estudo piloto que será realizado na Criarte, pretende-se utilizar a mesma escala e, conseqüentemente, verificar possíveis riscos para atraso no desenvolvimento das crianças com idades entre 0 e 3 anos.

Os resultados obtidos sobre o desempenho das crianças serão encaminhados para a Criarte. Desse modo, possíveis comprometimentos em alguma área do desenvolvimento, sobretudo a motricidade ampla e fina, poderão ser minimizados a partir de intervenção específica, com atividades oferecidas pelo Centro de Educação Física, conforme sugestão do Professor Leonardo Graffius Damasceno.

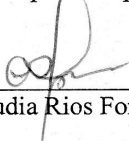


Prof. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo (orientadora)



Kelly Ambrosio Silveira (mestranda PPGP/CCHN/UFES)

Eu, Cláudia Rios Fonseca, coordenadora geral da Criarte, concordo com a realização do estudo piloto supracitado.



Cláudia Rios Fonseca
Coordenadora Geral - Criarte / CE - UFES

Cláudia Rios Fonseca

APÊNDICE C -

Tabela C49. *Dados sobre as aplicações do estudo-piloto*

Instrumento	BSID-III	CBCL	LAVE	Questionário de Risco Biopsicossocial	Questionário Sócio Emocional
Número de aplicações	4	1	1	1	1
Idade dos participantes	C1- 19 meses C2- 26 meses C3- 36 meses C4- 40 meses	Mãe de criança de 36 meses-24 anos	Mãe de criança de 36 meses-24 anos	Mãe de criança de 36 meses-24 anos	Mãe de criança de 36 meses-24 anos
Tempo médio de aplicação	45 min	20 min	25 min	50 min	20 min

APÊNDICE D-

Tabela D50. *Características das crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDSS*

Município	Não prematuro e/ou Peso acima de 2.500g	Prematuro e Baixo Peso	Total
Cariacica	2	8	10
Fundão	1	2	3
Guarapari	1	4	5
Serra	80	104	184*
Viana	–	1	1
Vila velha	2	3	5
Vitória	7	8	15
Total	93	130	223

* O HDSS localiza-se na Serra, ES

APÊNDICE E-

Tabela E51. *Contato com as crianças inscritas no Programa de Follow Up do HDDS*

Características do contato estabelecido		<i>f</i>
Tentativa de contato via telefone (Sem sucesso)	Telefone inexistente	31
	Telefone desligado ou não recebe ligações ou fora de área (4 tentativas)	23
	Mudou-se	9
	Engano	10
	Subtotal	78
Contato via telefone (sem sucesso)	Não se interessou pela pesquisa	14
	Trabalhava e não tinha tempo	4
	Marcou entrevista e não apareceu (3 tentativas)	11
	Subtotal	29
Participação após contato telefônico		23
Total		130

Legenda: *f* = frequência.

APÊNDICE F -

Tabela F52. Quantidade de sujeitos entrevistados após contato telefônico e após visita ao HDDS em dias marcados para consulta médica

Amostra do Grupo de Estudo (GE)	G1 (12-18 m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)
Contato via telefone	7	3	6	6
Visita ao HDDS	3	7	4	4
Total	10	10	10	10

APÊNDICE G –
Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa

I. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: Fatores biopsicossociais e problemas no desenvolvimento em crianças de um a três anos de idade, nascidas prematuras e com baixo peso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina Fiorim Enumo

Pesquisadora: Kelly Ambrosio Silveira (mestranda do PPGP/UFES, bolsista do CNPq)

II. Informações sobre o projeto:

Estamos realizando um estudo no Hospital Doutor Dório Silva (HDDS) sobre o desenvolvimento de crianças com idades entre 0 e 3 anos. Para o desenvolvimento desta pesquisa, estão sendo selecionadas crianças que nasceram neste hospital, com peso de nascimento inferior a 2.500g e crianças que nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas. O mesmo número de crianças sem essas condições também serão chamadas para o estudo. O estudo tem como objetivo realizar a avaliação do desenvolvimento cognitivo, motor, comportamental e emocional dessas crianças e analisar fatores sociais e orgânicos associados. Serão realizadas sessões de avaliação com a criança e entrevistas com a Sr(a). Nas sessões com a criança, será aplicada uma escala de desenvolvimento, onde observaremos o modo como seu filho(a) brinca com determinados objetos, além do modo como ele se comporta, anda, entre outros. Na sessão que será realizada com a Sra., será aplicado um questionário, para obtenção de informações sobre as condições de nascimento de seu filho, os aspectos de desenvolvimento e as condições ambientais da criança, além disso será utilizada uma escala do comportamento infantil atual. Esta pesquisa fornecerá informações sobre dados relativos ao desenvolvimento da criança, além de fornecer indicadores para o planejamento de atividades que promovam o desenvolvimento infantil. A Sra. pode aceitar ou não participar do estudo, mas a sua colaboração será muito importante para ajudar na compreensão do desenvolvimento de crianças nesta faixa etária.

Outros esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto ao HDDS;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do cliente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos, se exibidos em Reuniões Científicas e aulas para alunos universitários, não poderão permitir a identificação da criança;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES).

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias”.

Consentimento: *Eu, _____ RG _____, abaixo assinado, responsável pelo (a) menor _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo.*

Serra, ES, ____ de _____ de 2007.

Representante legal

Responsável pelo projeto

Kelly Ambrosio Silveira

APÊNDICE H -

Tabela H54. *Proporção de problemas respiratórios ao nascer, por grupo de idade*

	Grupos				Total (\bar{x})
	G1	G2	G3	G4	
Problemas respiratórios	0,7	1	0,9	0,8	0,9
Doença da membrana Hialina	0,5	0,5	0,3	0,5	0,5
Displasia broncopulmonar	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Atelectasia	0,2	0	0	0,2	0,1
Procedimentos					
Oxigenoterapia	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7
Reanimação	0,4	0,5	0,3	0,7	0,5

APÊNDICE I -

Tabela I55. Dados de nascimento, por criança

	Idade gestacional (semanas)	Peso ao nascer (gramas)	Reanimação	Respiratório	Oxigenoterapia	Tempo Total O2	Problemas de Saúde										N. dias na UTIN	IG alta	Peso alta		
							Cardiovascular	Asfíxia	Neurológico	Hemorragia IC	Infecção	Digestivo	Metabólico	Hematológico	Hiperbilirrubinemi	Renal				Ortopédico	
G 1	1	30,1	1.048	0*	1	1	240	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	39	NI	2.140
	2	36	2.330	0	0	0	NI	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	8	NI	2.430
	3	33	2.040	1	0	0	NI	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	12	36	2.020
	4	36	1.900	1	1	1	13	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11	37,1	2.000
	5	36,4	1.900	0	0	0	NI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NI	NI	2.040
	6	34	2.090	0	1	1	48	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	16	NI	2.120
	7	29	1.050	1	1	1	1008	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	52	37,5	1.995
	8	28,4	1.010	1	1	1	600	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	40	37,5	1.955
	9	30,5	1.080	1	1	1	2016	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	96	NI	2.510
	10	34	1.200	1	1	1	24	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	46	42,2	1.875
G 2	1	32,1	1.820	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	36,2	2.245
	2	32	1.740	0	1	1	14	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	23	NI	2.115
	3	33	1.860	0	1	1	82	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	28	36,6	2.000
	4	30,4	1.410	1	1	1	192	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	40	42,3	1.970
	5	34,1	1.670	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	37	1.960
	6	34	2.070	1	1	1	24	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	7	NI	2.025
	7	34	1.900	1	1	1	17	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	NI	1.805
	8	32,4	1.310	0	1	0	508	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	57	41,4	2.160
	9	33	1.430	0	1	1	96	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	28	40,5	2.010
	10	32,4	1.570	1	1	0	120	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	29	37,5	1.990
G 3	1	27,4	890	1	1	1	96	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	22	43,2	2.725
	2	33	1.015	1	1	1	332	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	38	NI	2.185
	3	32,1	1.625	1	0	0	NI	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	35,1	1.865
	4	36	2.495	0	1	0	NI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	NI	NI	2.400
	5	36	2.285	1	1	1	72	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	7	NI	2.300
	6	32	1.200	1	1	1	192	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	47	38,6	2.080
	7	33,5	1.810	0	1	1	480	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	30	38,2	2.140
	8	28	1.420	1	1	1	151	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	27	36,6	1.940
	9	35	2.480	1	1	1	NI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	38,6	3.060
	10	30	1.300	0	1	0	96	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	21	NI	1.980
G 4	1	33,1	1.905	1	1	1	60	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	10	36,4	1.955
	2	36	1.591	0	0	0	NI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	NI	1.920
	3	26	755	1	1	1	1728	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	NI	38	1.845
	4	34	1.935	0	0	0	NI	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	NI	38	2.060
	5	34,3	1.940	0	1	1	144	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	17	36,6	1.300
	6	31	1.265	0	1	1	672	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	58	39,6	2.115
	7	36	2.240	0	1	0	NI	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	NI	2.190
	8	36,1	2.180	0	1	0	NI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	NI	NI	2.425
	9	34	1.710	0	1	1	26	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	15	39,1	2.315
	10	34	1.750	0	1	1	288	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	22	NI	2.350

Legenda: G1= 12-18m; G2= 18-24m; G3= 24-30m; G4=30-36m; NI= Não Informado; *0= não tem o problema; 1= tem o problema.

APÊNDICE J -

Tabela J56. *Proporção de problemas ao nascer, por grupo de idade*

	Grupos				Total (\bar{x})
	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	
Hiperbilirrubinemia	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Infecção	0,6	0,4	0,6	0,3	0,5
Hematológico	0,7	0,6	0,4	0,2	0,5
Asfixia	0,3	0,6	0,4	0,4	0,4
Metabólico	0,6	0,3	0,1	-	0,3
Renal	0,1	0,5	0,1	0,4	0,3
Ortopédico	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2
Problemas digestivos	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Convulsões	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Hemorragia IC	-	-	0,1	0,1	0,1
Cardiovascular	-	0,1	0,1	-	0,1
Meningite	-	-	-	0,1	0,0

Legenda: IC= Intracraniana; \bar{x} = média.

APÊNDICE K -

Tabela K57. *Proporção de anormalidades identificadas por exame, por grupo de idade*

Exame	Grupos de Estudo				T
	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	
Fundo de olho anormal	0,1	0,4	0,1	0,3	0,2
USTF anormal	-	0,1	0,2	0,4	0,2
CT anormal	-	0,2	-	0,1	0,1
RM anormal	0,10	-	-	-	0,0
CKMB anormal	-	-	-	0,1	0,0

Legenda: USTF= Ultrassonografia Transfontanela; CT= Tomografia Computadorizada; RM= Ressonância Magnética; CKMB= Isoenzima referência para comparação com outros marcadores de lesão miocárdica; T= Total.

APÊNDICE L -

Tabela L58. Média de consultas e de tipos de atendimentos diferentes, por grupo

Grupo	Indicadores	Atendimentos/participante	Tipos de atendimento
G1 (12-18m)	\bar{x}	7,6	2,4
	DP	5,9	1,3
	Md	7	2
	AV	1-17	1-4
G2 (18-24m)	\bar{x}	9,1	2,5
	DP	6,4	1,2
	Md	7,5	2,5
	AV	1-20	1-4
G3 (24-30m)	\bar{x}	11,8	2,4
	DP	6,7	0,9
	Md	8,0	3,0
	AV	5-25	1-4
G4 (30-36m)	\bar{x}	7,9	2,4
	DP	6,9	0,9
	Md	5,0	2,5
	AV	1-21	1-4

Legenda: \bar{x} = Média; DP= Desvio-padrão; Md= Mediana; AV= Amplitude de variação.

APÊNDICE M -

Tabela M59. *Frequência de atendimentos por especialidade, por criança*

Criança	Especialidade de atendimento				Total	
	Pediatria	Fisioterapia	Neurologia	Fonoaudiologia		<i>f</i>
G1	1	1	5	3	0	9
	2	3	0	0	0	3
	3	1	0	0	0	1
	4	5	0	2	0	7
	5	1	0	0	0	1
	6	1	0	0	0	1
	7	7	0	3	0	10
	8	4	5	4	0	13
	9	3	7	3	0	13
	10	4	5	1	0	10
G2	1	5	6	1	0	12
	2	5	0	1	0	6
	3	1	0	0	0	1
	4	5	0	3	0	8
	5	8	5	4	2	19
	6	4	6	0	0	10
	7	4	0	0	0	4
	8	3	1	4	0	8
	9	5	2	3	0	10
	10	2	6	3	0	11
G3	1	10	7	2	4	23
	2	2	4	1	0	7
	3	5	2	3	0	10
	4	7	0	0	0	7
	5	6	0	0	0	6
	6	6	0	4	0	10
	7	8	7	6	0	21
	8	7	11	4	0	22
	9	6	5	1	0	12
	10	6	0	1	0	7
G4	1	1	0	0	0	1
	2	1	1	0	0	2
	3	6	0	7	0	13
	4	1	8	1	0	10
	5	1	4	1	0	6
	6	1	1	0	0	2
	7	4	3	0	0	7
	8	8	0	3	3	14
	9	6	4	0	3	13
	10	7	0	1	3	11
Total	171	105	70	15	361	

APÊNDICE N -

Tabela N60. *Frequência de problemas registrados nas consultas do Follow Up, por grupo (cont.)*

		Frequência por Grupo de Idade				
Características observadas		G1	G2	G3	G4	Total
Motores/ Neurológicos	Apoio plantar ruim	0	0	0	1	1
	Assimetria no crânio	0	0	0	1	1
	Atraso de (meses)	5	2	1	2	10
	Atrofia cerebral	0	1	0	0	1
	Atrofia em me	0	0	1	0	1
	Controle cervical incompleto	4	7	8	9	28
	Claudica	0	0	1	0	1
	Convulsões	0	1	2	0	3
	Corre na ponta do pé	0	1	0	0	1
	Diparesia cervical	0	0	0	1	1
	Desvio Neuromotor	6	4	2	0	12
	Fica na ponta dos pés	0	1	0	0	1
	Ganho motor alterado	0	1	0	0	1
	Hipertonia	4	4	1	0	9
	Hipotomia	2	1	0	1	4
	Hipotomia cervical	4	0	0	0	4
	Ligeiro desequilíbrio postura/ marcha	0	0	3	0	3
	Microcefalia	0	0	1	0	1
	Nao anda	1	0	0	0	1
	Nao anda sozinho	0	1	3	0	4
	Nao engatinha	0	0	5	1	6
	Nao fica de quatro apoios	1	0	1	0	2
	Nao rola	1	1	1	1	4
	Pé em eversão	0	0	0	1	1
	Rigidez	0	0	0	1	1
	Rigidez articular	0	0	0	1	1
	Succao forte	0	0	0	1	1
Tremor nas extremidades	0	2	1	2	5	
Vicio postural	0	0	0	1	1	
Cognitivos/ Perceptivo	Nao acompanha objetos	0	0	1	0	1
	Nao conhece cores	0	0	1	0	1
Influencia Familiar	Família em processo de separação	0	1	0	0	1
	Família não quer freqüentar	0	1	0	0	1
	Família sem dinheiro para ônibus	0	0	2	0	2
	Família suja	0	1	0	0	1
	Mãe pouco colaboradora	0	2	2	1	5
	Mãe acredita em déficit no desenvolvimento	0	0	0	2	2
	Mãe superprotetora	2	0	5	1	8

(cont.)

Tabela N60. *Frequência dos aspectos registrados nas consultas do Follow Up, para cada grupo de idade (cont.)*

Outras Ocorrências	Anemia	0	1	1	2	4
	Asma	0	0	1	0	1
	Assadura	0	0	2	0	2
	Baixo peso	0	3	6	3	12
	Bronquiolite	1	0	1	3	5
	Cianose	0	0	0	1	1
	Cólica	0	1	2	0	3
	Constipada	0	1	3	1	5
	Dengue	0	0	0	1	1
	Diarréia	0	0	3	1	4
	Dor de ouvido	0	1	0	0	1
	Dor no pé	0	0	1	0	1
	Dor no peito	0	0	0	1	1
	Engasga	0	0	3	0	3
	Estomatite	0	0	1	0	1
	Estrabismo	0	0	2	0	2
	Febre	0	1	5	1	7
	Hernia inguinal	0	0	1	0	1
	Impetigo	0	0	1	0	1
	Internações frequentes	0	0	1	0	1
	Manchas na pele/ coceira	0	0	2	0	2
	Olho infeccionado	0	1	1	0	2
	Osteopenia de prematuridade	0	0	0	1	1
	Otite	0	1	1	1	3
	Perda auditiva	0	0	0	1	1
	Perde peso	0	1	0	0	1
Pneumonia	0	0	3	1	4	
Protese auditiva	0	0	0	1	1	
Tosse/ gripe	5	2	22	13	42	
Uso de vermífugo	0	0	1	1	2	
Vômito/refluxo	0	1	5	3	9	
Comportamentais	Acorda durante a noite/ sono agitado	2	0	0	0	2
	Agitado	0	4	1	0	5
	Agressividade	0	1	0	0	1
	Bate cabeça nos outros/ objetos	0	3	0	0	3
	Birra	0	1	0	0	1
	Cansaço	2	0	0	0	2
	Chorona	6	5	5	0	16
	Come pouco	1	3	10	10	24
	Dorme mal	0	2	4	0	6
	Estressado	0	1	0	0	1
	Grita muito	0	1	1	0	2
	Hiperativa	3	2	4	1	10
	Hipoativa	1	0	1	1	3
	Irritado ao manuseio/nervoso	0	6	3	1	10
	Levado	0	0	1	0	1
	Mama muito	0	1	0	0	1

(cont.)

Tabela N60. *Frequência de problemas registrados nas consultas do Follow Up, por grupo (cont.)*

	Manhosa	0	0	4	1	5
	Medrosa	0	1	1	0	2
	Não quer o seio	0	0	0	1	1
	Olhar perdido	0	1	0	0	1
	Pirraça	0	0	1	0	1
	Quer seio/ mamadeira	0	0	1	2	3
	Sem limites- sem normas	1	0	0	0	1
	Tímida / apegada a mãe	0	0	4	3	7
Linguísticos	Fala pouco/ problemas de fala	0	0	4	8	12
	Não fala	0	1	0	0	1

APÊNDICE O -

Tabela O61. Problemas registrados nas consultas do Follow Up, por criança

Dados consulta	Participantes dos grupos de idade																																							
	G1										G2										G3										G4									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motores/ Neurológicos	9	0	0	0	0	0	4	7	7	1	0	0	0	6	4	0	2	6	2	7	3	0	1	0	0	4	13	7	2	1	1	0	10	4	2	2	0	4	0	1
Cognitivos/ Perceptivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Influência Familiar	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	5	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Outras ocorrências	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	2	3	0	0	0	2	2	4	0	8	9	4	5	13	6	3	4	1	1	6	0	1	0	2	10	3	3
Comportamentais	4	0	0	2	1	0	3	2	2	2	5	0	0	5	10	0	0	2	4	6	7	6	4	2	3	6	7	3	0	3	0	0	4	1	0	0	0	9	2	4
Linguísticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	2

APÊNDICE P -

Tabela P62. Ocorrência de fatores de risco psicossocial, por criança

Grupo	Criança	Fatores de risco psicossocial										Classificação de risco psicossocial
		1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
G1 (12-18m)	1					1		1				2 Moderado
	2	1	1									2 Moderado
	3											0 Baixo
	4										1	1 Moderado
	5						1					1 Moderado
	6											0 Baixo
	7											0 Baixo
	8											0 Baixo
	9	1						1				2 Moderado
	10											0 Baixo
G2 (18-24m)	1											0 Baixo
	2											0 Baixo
	3	1	1			1						3 Severo
	4						1					1 Moderado
	5											0 Baixo
	6											0 Baixo
	7											0 Baixo
	8											0 Baixo
	9		1			1					1	3 Severo
	10					1	1				1	3 Severo
G3 (24-30m)	1		1									1 Moderado
	2					1						1 Moderado
	3	1										1 Moderado
	4											0 Baixo
	5					1	1					2 Moderado
	6											0 Baixo
	7					1						1 Moderado
	8											0 Baixo
	9	1	1			1						3 Severo
	10					1						1 Moderado
G4 (30-36m)	1						1	1	1			3 Severo
	2											0 Baixo
	3											0 Baixo
	4											0 Baixo
	5											0 Baixo
	6						1					1 Moderado
	7											0 Baixo
	8								1			1 Moderado
	9		1			1						2 Moderado
	10		1			1						2 Moderado
Total	40					1						
		5	7	0	0	1	7	3	1	0	3	

Fatores de risco psicossocial: 1- Baixo nível educacional dos pais 2- Habitação superlotada 3- Pais com doença psiquiátrica. 4- História de delinquência 5- Problemas conjugais 6- Maternidade/paternidade precoces. 7- Rejeição da gravidez 8- Falta de apoio e integração social 9- Dificuldades severas crônicas. 10- Falta de capacidade de lidar com problemas

APÊNDICE Q –

Respostas das mães na Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança

1- A gravidez foi planejada?

- 1-Não. Já estava terminando a relação...na verdade, nunca quis ter filhos, porque não via futuro no relacionamento
- 2-Não, não tava não, porque já tinha muitos filhos.
- 3-Não foi não, na verdade, ele é adotado. A mãe dele sofreu um estupro e eu adotei ele.
- 4-Não foi planejada, não. A gente planejava que fosse depois do casamento.
- 5-Não foi não. Eu estava namorando há poucos meses na época.
- 6-Bom, ela foi planejada por mim, pelo menos, não pelo pai.
- 7-Não. Eu tive que parar de tomar o anticoncepcional porque tive trombose. Eu passei a usar preservativo e depois a tabelinha, aí, eu fiquei grávida.
- 8-Foi sim, e muito
- 9-Não. Eu estava noiva
- 10-Sim.
- 11-Foi. Demorou uns 5 anos pra eu conseguir engravidar
- 12-Não, eu não estava esperando ficar grávida, tava preparando pra depois, não praquele momento
- 13-Não. Eu tomava remédio e não sei o que houve.
- 14-Não foi não
- 15- Foi programada, sim, graças a Deus, essa benção. Mas na verdade eu não tava querendo muito não, o pai dele que tava pedindo pra gente ter um filho, enchendo a paciência. Eu queria mais tempo pra gente ganhar mais dinheiro, mas foi assim, aí nasceu essa coisinha!
- 16-Não. Era uma gravidez esperada, mas não foi planejada, não.
- 17-Não. Era uma gravidez esperada, mas não foi planejada, não.
- 18-Não foi não.
- 19-Não foi não, mas foi desejada. Eu não quis tirar não, quis assumir a neném...Eu não tinha um bom relacionamento com o meu marido, tinha muita briga por causa de ciúme, tinha problema com a cunhada, porque ela fazia um monte de intriga contra mim.
- 20-Não foi
- 21- Não foi. Na verdade, eu nem sabia que estava grávida. Eu fiquei sabendo somente aos 6 meses de gravidez. Eu estava passando mal, enjoada. Achava que estava com um cisto na barriga que tava grande. Aí fiz os exames e o medico disse que eu estava grávida.
- 22- Não foi planejada, não, mas aceitamos.
- 23- Não foi. Eu estava com dificuldade na minha família, meu pai estava passando mal. Aí eu esqueci de tomar o remédio. Sabe, a gente ta com muitos problemas de saúde na família e eu acabei esquecendo. Mas não teve problema. Desde que eu fiquei sabendo, eu aceitei...o pai aceitou, ele ajuda a brincar, a pegar..
- 24- Não foi. Passamos a morar juntos.
- 25- Não. Eu troquei o remédio e ele não funcionou.
- 26- Não. Eu troquei o remédio e ele não funcionou..
- 27- Não. Tomava remédio, mas falhou
- 28- Não, eu tomava remédio. Foi de repente. Eu fui fazer uma consulta e a medica achou estranho e me pediu uns exames. Aí ela foi me falar que eu estava grávida. E eu já tinha 5
- 29- Não.
- 30-Não
- 31-Não
- 32- Foi muito planejada, sim
- 33- Foi sim. Eu estava esperando e aconteceu naturalmente
- 34- Foi
- 35- A dele não. Eu tava estudando e esqueci de tomar o remédio.
- 36- Foi, pelo menos por nós dois. Ninguém da família da gente sabia que a gente tava querendo engravidar. A gente, novo, né, aquela paixão de adolescente, achava que se engravidasse, não teria que esperar pra ficar junto, a gente teria que ficar junto. Que iam obrigar a gente a casar. Foi aí que eu fiquei grávida.
- 37- Foi sim, a dela foi.
- 38- Não.
- 39- Não foi
- 40- Não foi

2-Sentimentos frente à gravidez

1-Ah, no início foi um choque, eu não estava preparada, mas depois eu fui me acostumando com a idéia...tiveram alguns problemas sim. A gente era namorado e ele ficava me perturbando, querendo toda hora me ver e fazendo eu ficar em casa...ele passava lá todo dia para me ver e eu me sentia sufocada com aquilo. Eu senti muita ansiedade durante a gravidez, porque eu não sabia como seria depois que ela nascesse. Eu nunca planejei ter filhos, muito menos com eleah, o pai gostou muito da gravidez. Ia sempre visitar no horário de almoço. Hoje em dia ele fica com ela o dia todo, porque recebe benefício e não está trabalhando. Ele ajuda a cuidar, dar banho e brinca com ela.

2-Eu fiquei muito nervosa, ficava irritada muito fácil..Eu fiquei arrasada quando fiquei sabendo que estava grávida. Eu queria fazer a ligadura, mas não consegui... Eu já tenho muitos filhos e lá em casa o dinheiro é pouco, falta dinheiro, sabe?...depressão na gravidez? Ah, isso aí foi muito...

O pai, ah, ele ajuda a cuidar. Ele tem muito carinho pelas crianças.

3-No início ela tava certa que ia tirar. Um dia ela foi conversar comigo pra ver o que eu achava. Eu aconselhei ela que não..depois eu fiquei pensando naquilo, porque eu já era casada e tava tentando ter filhos há muito tempo e não conseguia. Eu já tinha perdido um bebe e tinha medo de perder outro. Aí eu conversei com o meu marido sobre a adoção e ele concordou. Aí eu acompanhei a gravidez dela todo o tempo....Ela ficou muito abalada, não fez prenatal porque ficou muito chocada..quando fez o primeiro exame e eu fui levar pro medico, o bebe já tava querendo nascer...

4- Fiquei desesperada, apreensiva e depois a gente marcou o casamento. Não houve problema na família não...Foi uma gravidez tranquila...Eu não sabia que era de risco até os 7 meses ...antes eu estava tranqüila, tinha programado tudo, sabe, mas o liquido estava secando aos 7 meses. Eu fiquei muito ansiosa, mais por saber que ela ia nascer antes da hora em outro hospital...o pai aceitou a gravidez. Ele ajuda em tudo.. na época, ele ficava todo o dia na UTIN.

5- Eu aceitei a gravidez, a gente não teve problema na família, essas coisas. Hoje em dia, a gente mora junto...na época, eu só achava ruim porque tinha que abandonar um monte de coisa, sabe, abandonar a escola, os colegas...o pai ajuda a cuidar dela

6- Eu fiquei feliz, porque era um sonho pra mim, sabe. O pai ficou meio abalado, mas depois aceitou numa boa...quando ela nasceu, ele ia no hospital, ajudava a cuidar dela e ainda ajuda ela. Ele fica com ela quando eu preciso fazer alguma coisa de casa, ou, quando não posso, ele mesmo faz.

7-Mesmo não sendo planejada, foi uma gravidez alegre, não tive rejeição não..Foi uma gravidez tranqüila...o pai aceitou a gravidez..no nascimento, ele ficou assustado, ele deu muita força.. ele ajuda quando pode

8-Eu fiquei muito feliz. Tinha o sonho de engravidar...Ele (o pai) aceitou a gravidez...Hoje em dia ele não ajuda porque tem que trabalhar o dia todo.

9-Eu fiquei contente e triste porque eu sou muito nova e tive que parar de estudar e fazer o que eu estava acostumada a fazer, mas eu não pensei em tirar...eu chorava bastante, ficava triste durante a gravidez...Nao teve problemas com o pai dele, não. ...quando ele nasceu, o pai vinha visitar todo dia, uns 10 minutos. Hoje em dia ele ajuda a cuidar- sai para passear com ela.

10-Foi tudo muito bem, eu tava querendo muito ter um filho... O pai aceitou também. Ele ajuda a cuidar um pouco, dar comida, mas quem faz mais as coisas sou eu.

11-Eu gostei quando soube que estava grávida. Tinha muita expectativas, sabe, querendo que nascesse bem e com saúde, e medo de perder o filho, porque eu perdi a primeira filha quando estava grávida. Achei que poderia acontecer denovo... durante a gravidez eu fiquei muito ansiosa. Eu tive também problemas na relação com o meu marido, um distanciamento, que continua até hoje, porque agora todos os cuidados vão para o meu filho....o pai aceitou a gravidez e ia na UTIN todos os dias. Hoje em dia, ele ajuda a cuidar um pouco

13- Eu queria ligar, sabe, mas não deu. Eu sentia muita depressão, não tinha vontade de comer, só chorava, porque eu já era avó já, sabe. Eu achava isso uma vergonha, como que uma mulher que já é avó fica grávida? Eu acho que ele nasceu cedo porque eu não tava querendo a gravidez...no início eu não queria comer. Pensei em tirar, mas daí eu pensei : ele vai ser o meu futuro. Hoje em dia, ele é a minha vida, sabe, qualquer coisa que acontece, eu fico doidinha...o pai dele não aceitou a gravidez. Ele foi embora assim que o neném nasceu. Ele não foi visitar na UTIN e voltou para a esposa dele quando descobriu a gravidez.

14-No início eu não queria não, mas depois aceitei a gravidez e quis muito.. o pai também, mas no nascimento ele ia visitar nos finais de semana...Quando ele está em casa, ele ajuda a cuidar dela, dá banho, mamadeira, coloca pra dormir

15- Eu tinha medo de perder...Durante a gravidez eu e o meu marido tivemos problemas de desentendimento, mas uma coisa normal, desentendimento normal...Eu não tive muito problema nessa gravidez não, foi mais na do outro que eu perdi. Fiquei com pressão alta e deprimida e depois ele morreu com 8 meses de gestação...Eu já tive um aborto logo no comecinho e perdi o primeiro filho. Então, tem esse drama na pessoa, porque o outro, com 8 meses, já tava pronto pra nascer e eu perdi..Nessa gravidez, a pressão subiu e eu tive medo de perder também....O pai aceitou a gravidez, sim, ele que queria mais...hoje em dia, ele ajuda mais ou menos a cuidar. Ele ajuda a dar o remédio. De vez em quando, quando a fralda é de xixi, ele tira, mas o grosso sou eu.

16-Foi Muito bom, Só felicidade... O pai aceitou, no nascimento, ele ficou besta. Hoje em dia ele ajuda a cuidar, quando fica em casa, ajuda em alguma coisa, as vezes dá banho.

17-Foi Muito bom, Só felicidade... O pai aceitou, no nascimento, ele ficou besta. Hoje em dia ele ajuda a cuidar, quando fica em casa, ajuda em alguma coisa, as vezes dá banho.

18-No inicio eu não queria muito. Ah, a gente se sente meio abandonada, né. ...o pai aceitou a gravidez, ele ajuda a cuidar hoje, mas não essas coisas de dar banho, comida, ele brinca muito com ele, passeia.

19-Eu ficava preocupada de acontecer alguma coisa por causa desse monte de problemas com o meu marido, aquele "traste", de acordo com a minha mãe. Mas eu tinha muito carinho por ela...eu chorava muito durante a gravidez, tinha depressão...a gente brigava muito e ele chutava a minha barriga, sabe, por isso eu vim muito no medico....ele teve problema em aceitar a gravidez, mas depois do nascimento ele aceitou mais, tanto é que ele ta brigando pra ficar com a guarda da menina...Ele não ajuda a cuidar dela, em nada, nem em casa ele ajudava.

20-Ela ficou muito atormentada por causa da gravidez, muito nervosa, porque era muito nova e não estava esperando ter um filho...ela chorava e ficava tensa porque não queria a gravidez...Teve desentendimento e briga por causa da gravidez..o pai aceitou a gravidez sim, ajuda a tomar conta, às vezes dá banho e comida quando é necessário e ninguém mais pode dar...ele fica com ela só nos finais de semana, porque ela está morando com outra pessoa e está grávida e ela fica durante a semana com eles.

21-Eu fiquei sabendo que estava grávida aos 6 meses. Depois de 20 dias, ele nasceu. Então, eu não tive muito tempo para pensar sobre a gravidez. No inicio foi aquele choque, porque não estava mesmo achando que estava grávida, mas eu fiquei muito feliz...o pai reagiu muito bem, aceitou bem a gravidez. Ele me ajudou muito. Ele é muito bom pai....Ele está ajudando ele a fazer xixi no penico

22-- - ...O pai tem problemas com bebida e não fica muito com ela e a irmã...o relacionamento é meio conturbado, sabe, eu estou precisando até de um psicólogo para resolver esse problema

23-Eu pensava que não podia ter mais filhos...quando eu estava grávida, eu fiz dieta por causa da pressão alta. Ai eu fiquei com medo de dar problema com a neném, né. Eu também tinha pouco liquido, e tinha medo de acontecer alguma coisa errada com ela.

24-Não tivemos problemas no relacionamento. Eu fiquei muito ansiosa para ela nascer, para ver como seria, o sexo, né. Mas a gente demorou tanto pra ver o sexo que a gente achou que ela tinha algum problema...o pai aceitou a gravidez, ajudou quando ela estava na UTIN e até hoje. Ele é muito presente

25-Bom, foi um choque pra minha. Eu já não falava com o meu pai, então, não mudou muito. A minha mãe me incentivou a fazer pré-natal. A família dele não aceitou no momento. Eu tinha pensado em tirar o bebe, mas segui com a gravidez. Na verdade, a gente teve problemas na relação, porque ela não estava preparado para ser pai. Nos nos separamos porque ele me deixava sozinha grávida em casa e depois com a neném. Eu ficava com muita raiva, sabe, porque não tinha apoio nem da família e nem tinha o apoio dele. Eu levei tudo sozinha e hoje em dia também....Eu fiquei deprimida a gravidez todinha, chorava o tempo e tomava calmante para dormir. Eu acho que tudo isso tava relacionado a falta de companheirismo do pai e da família. Eu não fui mimada como as outras grávidas. Sempre tive que cuidar de tudo sozinha...quando a gente tava junto ele cuidava dela, saía com ela. Agora, tem meses que ele não vê ela.

26-Foi uma alegria só. Eu fiquei muito surpresa. O pai ficava ansioso para saber o sexo. Ele ficou um pouco decepcionado com por ter sido menina, mas ele é muito apegado a ela...eu fiquei muito deprimida, dormia e tomava remédio e depois tive depressão pós-parto durante anos

27-Eu fiquei assustada, não queria, mas depois eu aceitei. Eu discutia muito com o meu marido durante a gravidez...Ele não ajudava muito no inicio, nem agora. Ia na UTIN só no sábado por causa do serviço

28-Ah, eu fiquei abalada no inicio, porque não fazia idéia da gravidez. Eu não estava preparada para ter outra criança, porque os outros filhos já estavam grandes. Mas depois eu só senti coisas boas e quis muito a neném. ..o pai sempre quis a neném e ajuda a cuidar quando ele esta em casa. Pega ela, as vezes dá banho e comida

29- Eu sentia muita dor na barriga durante a gravidez..Na verdade eu sempre falava que não queria ter filhos do pai dela. Por causa da gravidez e de ficar com ele, teve muito problema na família, porque eles também não queriam a gente junto. As minhas irmãs falavam que ele era velho demais para ter filhos...hoje a gente ta junto, mas não mora mais junto não..ele gosta dela, liga todo dia pra saber como ela está. Ajuda a cuidar quando pode...eu acho que ele está dando atenção de pai para ela, está sempre junto, acompanhando.

30-Ah, teve aquele impacto. Eu senti muita ansiedade por causa do trabalho e por causa de problemas em casa. Pelo meu marido, a gente tinha tirado ela. Ele não tava querendo e a gente tava com uns problemas no relacionamento, mas depois foi uma alegria....no início o pai quis que tirasse e quando ele nasceu, ele só vinha ver de vez em quando. Hoje em dia ele não ajuda a cuidar dela não, ele só sabe brincar com ela.

31-Eu não queria a gravidez, mas o pai dela queria. Eu achava que seria difícil porque a gente ia mudar de estado, que ia atrapalhar muito...Hoje em dia ele mora em Portugal, mas a gente ainda é casado.

32-Tudo de bom, sem problema. Eu trabalhei o tempo todo....o pai aceitou a gravidez, sim, quando ele nasceu, ele não ajudava, não, porque tinha medo de machucar. Hoje em dia, ele também não ajuda muito porque trabalha, mas ele tem muita paciência com ele.

33-Eu ficava ansiosa com a chegada dele, ficava esperando que fosse tudo de bom...na gravidez eu fiquei distante do meu marido e a gente teve problemas com isso, porque eu dava mais atenção para a gravidez....o pai aceitou a gravidez também, ele teve muito medo do neném morrer ia ajudar no hospital nos finais de semana. Ele lavava a roupa, fazia as coisas da casa e hoje em dia a cuidar dele.

34-Eu fiquei muito ansiosa, porque era uma gravidez de risco. Eu já tinha perdido um casal de gêmeos antes..o pai apoiou a gravidez e ia na UTIN visitar

35- Foi um choque muito grande porque eu quase morri da outra gravidez. O medico queria me ligar de qualquer forma, chamou ginecologista, cardiologista, mas eu não queria de jeito nenhum, porque o sonho do meu marido era ter uma filha ..no início eu não queria pensar sobre a gravidez, porque as outras foram de risco. Eu até parei de andar, fiquei muito ruim mesmo. Os médicos falavam que era uma dor psicológica. ..eu não queria falar para as pessoas sobre a gravidez, para não ficar aquele medo em volta de mim. Aos 5 meses eu descobri que era um menino, mas não demorou muito e ele nasceu. Mas eu me concentrava mais no serviço e quando eu fiquei ruim, o medico mandou eu pra cá....eu fiquei deprimida durante a gravidez, eu chorava, tinha uma tristeza. Eu achava mais que era porque eu tava esperando tanto uma menina e veio um menino. Foi aquele impacto... O pai aceitou a gravidez e depois quando ele nasceu. Hoje em dia ele não cuida muito não, só eu e minha mãe. Ele trabalha o dia todo e não tem tempo, mas brinca muito com eles.

36- O pai dela tava doido pra ter um filho. Na época, a gente tinha 16 anos e a gente foi morar junto. Meus avós ficaram decepcionados comigo, sabe, avós de antigamente, que falam que tem que casar virgem, essas coisas. Eles me rejeitaram durante um tempão. Agora é que eles ficam de dengo com a minha filha. Eu mesma não tive nenhum problema psicológico. Eu gostei muito da gravidez. Por mim, eu ficava mais tempo grávida. Se dependesse de mim, eu ficava grávida de novo e, dessa vez, ela não nasceria cedo, nasceria na hora e sem nenhum problema. Mas ela nasceu cedo e quase morreu. Eu queria ficar grávida de novo pra ela não ter problema mais, porque ela teve muito problema. ..o pai aceitou a gravidez. Na verdade, ele que planejou a gravidez. Ele ajuda, sim. Ele é presente, dá carinho, amor, compra as coisas pra ela. Antes era difícil, a gente era muito novo e ele reclamava que não podia fazer nada, agora ele ajuda. Agora ele ta desempregado... O banho e a comida eu não gosto, porque pai, assim, porque homem é mais agressivo na hora de pegar, dar banho, dar comida, então, eu prefiro fazer essas coisas..

37- Não teve nenhum problema no relacionamento, eu não fiquei deprimida também não, não tive depressão não, mas foi difícil. Eu tive um monte de complicações durante a gravidez dela. Com 2 meses eu entrei em trabalho de parto dela, foi como um princípio de aborto. A gravidez toda eu tive que ficar tomando cuidado. Eu fiquei um mês inteiro internada por causa de pressão alta, aí ela nasceu. ...mas eu já sabia mais ou menos como era, porque a minha outra filha também nasceu prematura, só que eu entrei em trabalho de parto só aos 6 meses, então a gravidez dela foi mais fácil....o pai aceitou a gravidez sim, mas quando ela nasceu, ele nem pegava ela, com medo de machucar. Ajudar, ele não ajuda a dar banho, dar comida, porque ele trabalha, mas ele ajuda a cuidar, a ensinar o que pode, o que não pode, a dar disciplina.

38- Foi muita tristeza. Na verdade, eu nunca me senti preparada para ter filhos. Eu tinha medo de não conseguir das as coisas para eles e medo de faltar alguma coisa para eles, assim, tão pequenininho, com a condição financeira apertada que a gente tem. Eu não queria ter filhos para eles não passarem o que eu passei, porque eu não conheci a minha mãe e passei falta de muita coisa. Então, quando eu

descobri, fiquei muito triste, chateada, eu não queria. Demorou muito para eu aceitar... Durante a gravidez toda eu não quis ter o neném, mas eu não quis tirar. Demorei para aceitar. Na família do pai dele, as pessoas tiveram dificuldade em aceitar a gravidez toda. Eles não deram muita atenção .eu sentia muita depressão, vontade de chorar, porque não sabia o que fazer. ..Eu tava programada para não ter filhos, porque eu tinha medo de criar, e sempre me cuidava com camisinha, mas aconteceu de ficar grávida, né.. mas agora ele é minha paixão..

39- Foi só felicidade...com o pai delas, eu tive problema, com ele eu tenho problema até hoje. O relacionamento é até bom, mas, as vezes tem umas intrigas...eu trabalhei até o 8 mês. No final, o útero estava muito baixo. ...eu senti muita depressão. Eu fiquei sozinha e me sentia muito sozinha. ...quando elas nasceram, ele ficou bobo...Ele não ajuda a cuidar, não. Eu sempre ligo pra elas falarem com ele. Ele vai lá de vez em quando...as vezes passa 2 meses sem ver a gente

40- Foi só felicidade...com o pai delas, eu tive problema, com ele eu tenho problema até hoje. O relacionamento é até bom, mas, as vezes tem umas intrigas...eu trabalhei até o 8 mês. No final, o útero estava muito baixo. ...eu senti muita depressão. Eu fiquei sozinha e me sentia muito sozinha. ...quando elas nasceram, ele ficou bobo...Ele não ajuda a cuidar, não. Eu sempre ligo pra elas falarem com ele. Ele vai lá de vez em quando...as vezes passa 2 meses sem ver a gente

3-Reação ao nascimento

1-No inicio, eu não aceitei..ah, todo mundo planeja aquele bebe de 3 quilos. Quando via aquele bebê pequeno eu só chorava. Eu não sabia se ela iria sobreviver... A experiencia na UTIN pra mim foi um terror. Lá, os bebes têm a saúde muito instável, uma hora o bebe ta bem, outra hora o bebe está muito mal e voce nem sabe se ele vai sobreviver

2-Ela nasceu roxinha, preta, tava passando da de nascer..Eu fiquei muito triste, nunca tinha tido um filho tão pequeno..eu pensava muita coisa, medo dela não sobreviver

3-A mãe biológica não queria visitar e dar o leite. A médica convenceu ela a dar o leite...Eu ia visitar todo o dia, mas ela não ia ver

4-Não saiu nada como a gente tinha planejado. A minha saúde piorou e o parto teve que ser adiantado. Eu via as crianças morrendo todo dia...foi muito ruim, eu vim para o Dório com medo de perder o neném. Aqui, eu fui muito mal atendida, a medica fazia má vontade, não queria me atender. Eu sentia muita dor, chorava e a enfermeira falava que a médica estava em hora de descanso. Na verdade, ela estava de papo em outra sala...eu fiquei com muito medo de perder neném. Eu via outros nenéns morrendo. Foi Muito difícil...Eu já sabia da possibilidade dela ficar na UTIN há uns 2 meses...do atendimento de lá, eu não tenho o que reclamar...Pra mim, a pior fase que tem é a mãe ir para casa e voltar para amamentar. As maes deveriam ficar lá o tempo todo, porque quando a mãe sai, atrapalha o desenvolvimento da criança, porque ela fica chorando

5-Ela ficou 13 dias na UTIN...Eu ia todo dia visitar ela...Eu achei que estava tudo certo com ela. Na verdade, a gente ficou surpreso, porque, pelas nossas contas, ela já tava de 9 meses, pra gente, ela não era prematura, mas na verdade era

6-Eu fiquei supresa com a prematuridade, eu não estava esperando. Foi muito difícil pra mim, eu pensava muito nela, chorava muito, queria que ela saísse logo do hospital. Depois que ela saiu, foi uma alegria.

7-Eu chorei muito, porque não tinha esperança de vida. Os médicos disseram que o estado dele era grave. Eu chorei muito, fiquei desesperada...eu já sabia como era porque a 1 filha foi prematura tambem...Mas eu ia lá todo dia pra ver ele.

8-Eu fiquei triste quando via a minha filha tão pequenininha internada lá na UTIN. .. Durante a internação, ele (o pai) tinha muita esperança de que a neném ia ficar bem.

9-Eu não estava esperando que teria problema. Pra mim, estava tudo bem. Um dia eu fui viajar e quando voltei estava tudo bem. Aí, eu passei mal. Até hoje eu não sei o que aconteceu, nem os médicos souberam explicar o que que aconteceu.

10-Eu fiquei com medo dele não resistir. Todo dia eu ia lá e via as crianças das outras mães morrendo. Um dia elas tavam bem e a gente chegava no outro e ela não tinha sobrevivido. É muito triste mesmo. Eu fiquei com muito medo dele não agüentar também.

11-A pressão subiu e tive medo de ter problemas ao nascer. Quando fiquei sabendo que não tinham muitos problemas graves, foi um alívio pra mim... A experiência de ficar na UTIN com meu filho foi muito intensa, sabe, aquele lugar é muito difícil de ver, tem muita gente sofrendo, criança muito mal..Eu fiquei muito emocionada no nascimento, sabe, de passar por tudo aquilo...Depois, eu fiquei muitos meses em depressão. A medica disse que foi pos-parto. Ainda hoje eu sinto umas coisas...

12-Eu fiquei deprimida depois da gravidez, porque eu não fazia mais nada alem e ir ao medico e cuidar das crianças. Eu tinha pouco tempo pra mim, pouco espaço, sabe. ..A minha sogra ficava com

os outros filhos quando eu ficava na UTIN, depois acumulou tudo pra mim, tinha que fazer tudo sozinha...Eu já tinha passado por isso, de ficar na UTIN, então, eu tava tranquila com o nascimento...Eu acho que o que provocou o nascimento dela foi mais o choque da morte do meu pai e os abortos que eu tive ...

13-Eu fiquei muito alegre quando nasceu. Mas eu fiquei nervosa também e deprimida, com medo dele não resistir, porque ele era bem fraquinho, sabe. Eu conversei com os médicos e eles não deram muita esperança. Ai eu fiquei nervosa e com medo porque ele era pequeno. Eu também pensava em como que eu ia cuidar dele assim, tão fraquinho, quando a gente chegasse em casa. Ficava com medo de dar algum problema com ele.

14-O nascimento foi antes do esperado, né, eu fiquei com dor e fui pro hospital. Ah, eu tive medo dela não agüentar, sabe. Lá a gente vê bebe de todo o tipo e eu achei que ela não fosse sobreviver, porque ela era muito fragil

15- Por mais que eu tivesse perdido o outro, eu achei que seria tudo normal com esse. Pra mim, foi uma surpresa. Eu fui fazer o prenatal e a medica pediu um exame e pediu pra internar na mesma hora. Ah, foi um choque. Pra mim, quando ele ficou internado na Utin, foi a pior época. Ele ficou na Utin e depois no médio risco. ..Quando ele nasceu, ele tava muito magro e cheio de fio por todo lado. Quando ele perdia a veia, era de cortar o coração. As maes falam que era pra ficar perto quando os médicos ficavam furando pra achar a veia, que tinha que olhar, mas eu não olhava, eu saia de perto porque era muito ruim de ver. Naquela época que ele estava na Utin, morreram umas 3 crianças. Aquela cena, quando a mãe recebia a noticia, era de cortar o coração. A mãe dava cada grito dentro daquele lugar. E eu via aquilo e ficava com medo, apesar que ele não tinha muitos problemas como aquelas crianças que morreram. Mas, pra mim, não foram bons aqueles dias que ele ficou internado.

16-A gente não estava esperando que nascesse cedo...Ah, a gente fica preocupado, né, porque nasce muito pequenininho demais, com probleminha... Eu não achei que ela fosse sobreviver não, porque nasceu depois, mais pequenininha. Os médicos tinham falado que ela não tinha muita chance de sobreviver, mas, graças a Deus, Ta aqui, sapeca que dói...quando nasceram, correram com ela para a UTIN e ficaram lá uns 30 minutos socorrendo ela, mas o que ela teve, eu não sei

17-A gente não estava esperando que nascesse cedo...Ah, a gente fica preocupado, né, porque nasce muito pequenininho demais, com probleminha... Eu não achei que ela fosse sobreviver não, porque nasceu depois, mais pequenininha. Os médicos tinham falado que ela não tinha muita chance de sobreviver, mas, graças a Deus, Ta aqui, sapeca que dói...quando nasceram, correram com ela para a UTIN e ficaram lá uns 30 minutos socorrendo ela, mas o que ela teve, eu não sei

18-Eu não estava esperando que ele fosse nascer assim tão cedo, porque eu não tive nada. Na verdade, ninguém ta, né. Eu comecei a perder líquido e fui ao medico só pra ver o que era e eles me mandaram pra cá...Ah, foi muito ruim, né, porque a gente fica naquela incerteza se ele vai ficar vivo ou não.

19-Ela nasceu dentro de casa, sozinha, aos 7 meses. Depois eu chamei a vizinha e ela chamou a ambulância. Ai eles me trouxeram para o HDDS. Ela ficou 62 dias aqui na UTIN...No inicio, quando fui ver ela, eu achei ela feia, estranha. Ai fiquei com aquele sentimento de culpa, achando que eu que tinha provocado tudo aquilo com ela. Eu chorei muito, ficava muito preocupada com a vida dela...o pai ficou muito preocupado, nervoso. Ele vinha no hospital, via ela e falava que ela tinha nascido assim por causa dele.

20-Ela já estava esperando que fosse nascer prematura mesmo, porque ela tinha que ficar internada e tomar injeção para segurar a neném na barriga quase todo mês.

21-Eu fiquei feliz e triste ao mesmo tempo. Eu pensei que ele não fosse escapar

22-

23-Eu tive medo dela nascer e ela não agüentar. Eu ficava o dia todo com ela lá na UTIN porque tinha medo de deixar ela sozinha e fazerem alguma coisa com ela...Ah, eu ficava vendo as outras crianças passando muito mal, morrendo. A gente via os outros casos e ficava com medo dela não agüentar...Depois que a gente foi para a casa, eu não sabia como cuidar direito, tinha medo de machucar ela,acontecer alguma coisa.. Toda noite eu acordava toda hora pra ver se ela tava respirando direito, porque eu tinha medo de engasgar por causa do refluxo

24-Eu fiquei muito preocupada por ela ter nascido de 8 meses, porque não teve problemas durante a gravidez. Eu acho que na verdade ela nasceu cedo porque eu fiz muito esforço, sabe, não parava quieta, andava muito fazia muito exercicio

25-Eu não esperava que fosse nascer prematura. Eu não sabia se chorava, porque durante a gravidez eu não tinha sentimento, mas, depois, sim. Eu queria ficar perto dela o tempo todo. A noite toda eu chorava, quando ela tava na UTIN. Ficava ansiosa para ela sair. Eu não fiquei muito com medo porque disseram que o caso dela era o menos grave que os outros.

26-Eu estava esperando que fosse nascer cedo. Quando a bolsa rompeu, eu fiquei assustada, com medo dela não sobreviver. Eu fiquei com muito medo porque esperei anos para ter ela. Na UTIN eu ficava tensa e ansiosa e muito curiosa. Eu não saía para comer e nem para dormir. de madrugada eu ficava do lado dela. Todo dia eu passava álcool na incubadora para ela não ter infecção. Eu tinha muito medo dela pegar uma infecção seria lá e ter um problema serio porque eu via as outras crianças com problema serio de infecção. Eu tinha um excesso de cuidado e medo sim, sabe, as enfermeiras brigavam para eu sair de la e comer e dormir, mas eu não queia que nada acontecesse com ela. Ela foi a promessa de Deus para mim, minha única filha e eu não podia abandonar ela lá.

27-Eu não sabia que ia nascer antes. Eu acho que nasceu antes porque eu fui para a piscina e depois teve um sangramento. Eu sinto muita culpa. Eu acho que fui a responsável por ele ter nascido prematuro por eu ter ido na piscina. Eu ia todo dia vê-lo na UTIN.

28-Eu falei que ela não ia sobreviver, mas no fundo eu tinha um pensamento positivo, sabe. Mas a gente sempre tem um pouco de medo, né.

29- Eu não esperava que ela fosse ficar internada. Quando ela ficou internada, eu fiquei com muito medo de perde-la. Todo dia eu ia no hospital para vê-la e ficava o dia todo pra ver se ela estava precisando de alguma coisa.

30-Eu não sabia que ela ia nascer prematura. ..todo os dias eu ia visitar na UTIN. Pra mim foi muito ruim, eu fiquei muito mal, principalmente nos primeiros dias, porque quando chegava lá eu não sabia se ia encontra-la bem ou mal. Eu ficava muito preocupada porque tinha que voltar pra casa e ficava pensando só nela, porque, na verdade, a gente não pode ficar lá de noite...Eu cuidava dela, eu via como as enfermeiras faziam e eu aprendi e eu não deixava ninguem colocar a mão nela, pra ela não sofrer com infecção, sabe. E eu também achava que eu deveria ter um contato maior com ela.

31-Ah, a gente nunca acha que vai acontecer alguma coisa, né...Quando ela nasceu e ficou internada, eu fiquei muito preocupada, triste, porque eu achava que ela não ia agüentar, que ela ia morrer. Eu ficava todo dia pensando que a culpa era minha, sabe. Eu fiquei muito arrependida de não ter aceitado, depois vê daquele jeito e acha que ela vai morrer. ...ele queria mudar para Bahia para ela ter mais cuidado, porque nasceu prematura.

32-Ah, tudo foi muito rápido, eu passei mal e fui para o hospital...eu achei que ele estava morto, mas depois eu fiquei sabendo que ele foi para a UTIN. Eu ficava o dia todo lá esperando para dar leite para ele. Ficava o tempo todo perto, tomando conta dele.

33-Eu não estava esperando que ele fosse nascer antes do tempo. A minha outra filha também nasceu prematura, mas eu não estava esperando que fosse acontecer com ele também..eu tinha muito medo dele não sobreviver lá na UTIN

34-Quando ela nasceu, eu fiquei com medo, fiquei assustada, porque ela não chorava, ela não chorou e eu percebi que tinha algo de errado.

35- eu ficava com ele. Fiquei internada com ele. Tomava os meus remédios e ficava na sala com ele. Fazia mãe canguru. Eu achei uma época boa porque antes eu não tinha tempo de pensar sobre a gravidez, por causa do trabalho, eu não dava muita atenção. Então, foi nesse momento da internação que eu me voltei pra ele, pra dar carinho, atenção, a pensar nele.

36- Na verdade, eu não sei o que aconteceu que fez ela nascer cedo. No hospital, eles falaram que ela teve infecção, mas deu tudo certo. Eles não falaram muito. Depois de um tempão, na escola, meu professor falou da hiperbilirrubinemia e eu olhei na ficha dela e ela teve. Talvez seja por isso que ela teve esses probleminhas. ...o pai dela, quando era pequeno, tinha um retardo mental porque passou da hora de nascer. Ele não fazia o que era esperado para a idade. Eu acho que isso pode ter influenciado ela, porque ela puxou muito ele, todo mundo fala que ela é a cara dele. ...A gravidez foi tranqüila até a hora dela nascer. Eu não tava esperando que ela fosse nascer cedo. Eu tava fazendo faxina na casa da minha sogra e passei mal. Fiquei o dia com dor, mas achava que era uma cólica normal. Fui correndo para o hospital e no mesmo dia eu tive ela. Quando ela ficou na Utin, por uns 2 meses, eu ia todo dia lá, ficava das 7 as 7. ..Eu não achei legal, não. Muito triste. Pra mim, também, eu não gostava daquela bombinha, porque machucava o peito. Algumas mulheres falam que o peito fica flácido. Ah, meu Deus, meus peitos. Vou colocar silicone!

37- Eu já estava esperando que ela fosse nascer prematura, porque eu fiquei 1 mês internada passando mal com hipertensão. Foram os 30 dias mais sofridos da minha vida. Eu fazia ultrassonografia de 2 em 2 dias para ver se estava tudo bem como ela. Eu ficava com medo de acontecer alguma coisa seria com ela, mas, graças a Deus, ela ficou só 3 dias na UTIN. Quase não teve problema...quando ela foi para casa, foi tudo novo, foi como um recomeço. Por mais que eu tivesse outra filha prematura, depois de tantos anos, é como se a gente fosse aprender tudo de novo. E tem aquele medo de acontecer algo com a criança, porque a gente é responsável. Medo da criação, não tanto pela prematuridade, por ter nascido prematura, mas era mais pela jeito de criar, que eu tinha medo.

38- Eu passei mal e vim para o hospital. Eu não achava que ele fosse ficar internado aqui, porque eu não tive nenhum problema durante a gravidez, nenhum. Aí ele teve que ficar aqui mais 90 dias. Ah, eu fiquei com muito medo de perde-lo, né, porque eu demorei para aceitar a ficar com ele, e depois ia ficar sem? Eu não queria que ele morresse e que acontecesse alguma coisa com ele...eu fiquei internada aqui uns 90 dias, para fazer o canguru com ele....eu fiquei com depressão pos-parto, tinha muito medo de acontecer problema com ele, de ele passar mal, de se machucar, de eu não saber cuidar direito dele.

39- Eu só vi uma e não vi a outra, porque ela nasceu depois e ficou entubada, e eu também tive um problema. Eu só vi na hora que nasceu e foi uma sensação diferente. Foi bom. Sobre a UTIN, foi muito ruim. O pai delas teve um acidente e não podia entrar na UTIN. E eu esperava a ajuda dele e não tive. E a minha família estava muito longe.

40- Eu só vi uma e não vi a outra, porque ela nasceu depois e ficou entubada, e eu também tive um problema. Eu só vi na hora que nasceu e foi uma sensação diferente. Foi bom. Sobre a UTIN, foi muito ruim. O pai delas teve um acidente e não podia entrar na UTIN. E eu esperava a ajuda dele e não tive. E a minha família estava muito longe.

4-Atividades desenvolvidas com a mãe

1-Assistimos TV, ela tenta brincar com brinquedos e eu fico ajudando, a gente ouve música... Raramente a gente viaja ou passeia. Uma vez a gente foi na pedra da cebola. Uma vez por semana a gente vai na casa dos meus irmãos para ela brincar com os primos

2-Eu vou mais na igreja com ela, umas 3 vezes na semana..Já viajei para outra cidade com ela também uma vez...

3-A gente brinca muito com os brinquedos dele. A gente vai no parque...A minha sobrinha leva ele para passear...eu levo ele para a roça e, uma vez por semana, para a casa dos tios. Na pracinha, ele vai todo dia

4-A gente brinca. Ela ajuda a fazer alguma coisa na casa, brincando de varrer. A gente costuma fazer viagens para outras cidades, ir na casa de parentes, e na praia e no parque, umas 2 vezes por semana.

5-A gente passeia no parque, vai na casa do vizinho, mas não é toda semana, não.

6-A gente vai mais na igreja e também passeia na rua..ela também brinca com muitas crianças. Ela tem muitos primos e brinca muito com eles, umas 3 vezes na semana.

7-A gente vai mais no medico, na igreja, na casa de parente, quase toda a semana..a gente ainda não viajou

8-A gente não sai muito não, a gente vem mais mesmo aqui no hospital

9-A gente brinca, ele dorme de manha comigo...Quase nunca a gente faz atividade de lazer.

10-Eu brinco de esconder, passeio com ele..a gente passeia no parque, vai na casa de parente, mais ou menos 1 vez por semana.

11-Passeio no parque, shopping, e na casa de parentes, mais ou menos uma vez por semana..

12-Eu coloco o DVD pra ela brincar. Ela gosta de brincar de ajudar a arrumar a casa. ..A gente costuma viajar pra roça, mas pouco, na pracinha a gente vai pouco porque lá é perigoso. As vezes a gente vai na casa da minha mãe.

13-A gente brinca de bola. Eu dou uns papeis pra ele ficar riscando....a gente vai no parquinho, mas é só uma vez por semana.

14-Eu levo ela na pracinha, a gente brinca..as vezes sai para a casa de parente, isso umas 2 vezes por semana

15- A gente brinca muito, brinca de balançar, de carrinho o dia todo..no final de semana, a gente passeia mais. Eu levo ele para a feira lá no bairro, levo pra passear na Fazendinha lá no Bairro de Fátima.

16-A gente não sai muito não, fica só em casa.

17-A gente não sai muito não, fica só em casa.

18-A gente passeia no parque, na praia,na casa de parente, sempre uma vez por semana, nos finais de semana.

19-A gente vai ao parque, eu levo ela para brincar com outras crianças na rua, no final da tarde. Ela gosta muito de brincar de bola, com cachorro e gato, todo dia a gente faz isso.

20-Ela gosta de brincar de boneca, brincar com água, então a gente faz muito isso. A gente passeia muito na praia, no calçadão, e vai na casa dos parentes, isso mais ou menos uma vez na semana, nos finais de semana.

21-A gente brinca todo dia de bola, vai passear na rua, na casa da avó dele. É sempre todo dia

22-

- 23-A gente brinca, sai para passear, andar....A gente vai na pracinha umas 2x no mês. Sempre a gente vai na casa de parente
- 24-A gente brinca de boneca de bola. A gente passeia no parque e vai na casa de parente, mais ou menos umas 2 vezes por semana
- 25-Vai na pracinha para andar de motoca, perto de casa...A gente vai na pracinha e na casa de parentes...raramente a gente sai. A gente fica mais dentro de casa, vendo televisão.
- 26-A gente pula, brinca, eu conto historinha para ela. Ela toma banho de piscina e brinca com muitos brinquedos ...a gente vai na casa dos tios dela, na roça, na casa de parentes, na pracinha, no shopping, mais ou menos uma vez por semana.
- 27-A gente ouve som, brinca...Vai passear na pracinha e na casa de parentes, 1 vez por semana
- 28-A gente brinca de boneca, vai passear na pracinha e no shopping, mais ou menos uma vez por semana.
- 29- Ela gosta de mexer com roupa e gosta de brincar. Eu aproveito para ensinar as coisas para ela e ensinar o que é certo e o que não é. ..ela costuma ir na casa da tia, passear no parquinho e tomar sorvete com o pai. Ele sempre pega ela pra tomar sorvete e passear, isso umas 2x por semana.
- 30-A gente vê TV, assiste DVD, brinca de boneca e de balançar..a gente vai no parquinho, no shopping e na igreja, mais ou menos umas 3x nas semana.
- 31-A gente brinca, canta. Ela fica o dia todo comigo. ..a gente anda pela rua, faz compras juntas todo dia..de vez em quando a gente vai para a Bahia.
- 32-A gente passeia na pracinha, anda de motoca na rua, de bicicleta mais ou menos 1 vez por semana. Eu levo ele quando eu faço faxina na casa dos outros.
- 33- -
- 34-A gente brinca de jogos de montar, de bola, de bicicleta. ..a gente vai na praia, passeia na pracinha, 1x por semana.
- 35- A gente brinca muito juntos e passeia muito também. A gente sempre vai na igreja, quase todo dia. A gente vai nos parquinhos mais no final de semana.
- 36- A gente passeia, brinca, sai de casa, vai para a pracinha. Ela faz compra sempre com a vovó para comprar chips.. Esses passeios são sempre umas 2x por semana.
- 37- A gente passeia umas 2 vezes na semana, vai na pracinha e na igreja. A gente brinca muito também.
- 38- A gente fica muito dentro de casa. Fica brincando, eu fico ensinando ele e dando uns corretivos de vez em quando (risos)..o tio é quem mais sai com ele. Leva para o shopping, para a praia, para a igreja, mas isso é lá pra uma vez no mês só.
- 39- A gente passeia na rua, sai pra tomar sorvete, vai na Pedra da cebola. Isso é quase todo dia, depois que elas saem da creche. ...a gente brinca muito, elas correm atras de mim, eu sou muito brincalhona.
- 40- A gente passeia na rua, sai pra tomar sorvete, vai na Pedra da cebola. Isso é quase todo dia, depois que elas saem da creche. ...a gente brinca muito, elas correm atras de mim, eu sou muito brincalhona.

5-Comportamento atual da criança/ causas do comportamento

- 1-Acho que ela é calma, mas tem a personalidade forte. Quando quer algo, fica insistindo pra conseguir aquilo. As vezes não aceita o que a gente dá pra ela comer...
Eu acho que ela é insegura ao andar. Fica segurando na gente e nas coisas. Parece que ela tem medo de andar. A gente segura, né, com medo dela cair, mas na maioria das vezes ela fica se segurando sozinha...Ela se bate quando é contrariada, tenho medo dela se machucar...
- 2-Ela é calminha, mas se mexer com ela ela fica nervosa..se brigar com ela ela fica arrasada, ela é muito sensível..De vez em quando, ela arranca os cabelos quando fica irritada...
- 3-Durante o banho, ele chora para ficar mais, mas eu não fico brava com ele não. Ele vai ficando até quando quer. Eu brinco com ele até ele parar de chorar. O pai dele reclama que eu estou mimando demais...Eu acho que ele é calmo, mas, as vezes é nervoso. Ele costuma a bater a cabeça no chão quando não fazem o que ele quer.
- 4-Eu acho que ela é muito mais desenvolvida do que as crianças da idade dela, mesmo aquelas que nasceram no tempo certo, sabe. Eu quero colocar ela na creche com crianças mais velhas que ela, para ela aprender mais ainda, porque, com os mais novos, ela não acompanha a atividade mais, ela acha chato. Eu quero colocar ela na aula de natação para desenvolver mais a postura, estimular mais ela...Eu acho que ela é uma criança muito calma
- 5-Eu acho que ela é muito dispersa para mamar... Ah, ela é uma pimenta, você precisa ver..
- 6-Ah, quando ela faz bagunça com a água do banho, eu não fico brava, eu brinco também...

7-Quando ele não quer comer, ele cospe a comida toda, aí eu paro de dar..Ele gosta muito de sair. Se fica o dia todo em casa, ele fica irritado.

8-Ah, ela é muito pirracenta, sabe

9-Quando ele fica fazendo bagunça no banho, eu fico nervosa, mas deixo ele fazer bagunça para conseguir dar banho nele...Eu acho que ele é muito bagunceiro

10-Ele chora pra sair do banho, aí eu fico nervosa, né, mas não bato, tento convencer ele a sair...acorda toda noite para dormir na nossa cama....as vezes quando ele quer algo, ele fica todo tenso, com os músculos, assim, repuxando e arregalando o olho. Eu fico preocupada com isso.

11-voce sabe, né, a gente sai do hospital com aquele medo da criança não sobreviver e o medico toda hora insiste que o seu filho tem que ganhar peso, então, toda hora que ele queria mamar, eu dava...eu tinha medo dele ficar fraco, passar mal, então cedia..tudo que ele queria eu dava, com medo dele ficar frustado, triste. Coitado, ele já nasceu tão pequenininho, sofrendo, eu não achava certo deixar ele sofrendo mais e deixava ele fazer o que queria. Hoje eu sei que tava errada, porque ele está muito mal acostumado, desobediente (choro)...eu acho que ele é muito agitado, ele não para quieto...ele tem o costume de ficar batendo a cabeça na parede quando faz pirraça, aí a gente fica com medo de machucar e acaba fazendo o que ele quer para ele parar de se bater...

12-Ah, quando ela faz birra pra tomar banho eu não fico brava, fico brincando até ela acostumar, as vezes leva tempo, mas, fazer o que?...ela é muito agitada

13-Já tem um tempo que ele quer mamar nos 2 seios ao mesmo tempo. Eu não gosto disso, porque ele fica querendo tirar a minha roupa no meio de todo mundo e, se eu não deixo, ele faz aquela birra. Ele fica beliscando um peito e brincando com ele enquanto mama no outro. Eu não acho isso certo, mas não consigo fazer ele parar. ...no banho, ele nunca quer sair. Eu tenho que fazer outras coisas e ele não quer sair de lá. Daí eu fico nervosa, mas fico lá com ele. Eu gosto de ver ele brincando com a água...eu acho que ele é muito bagunceiro...fica batendo e mordendo os outros quando faz birra

14-Eu acho que ela é muito pirracenta. Mas isso é por muito mal costume. Eu acho que a gente fica cuidando demais dela, sabe, antes dela pedir a gente já dá as coisas, daí ela fica com preguiça de esperar, de pedir, fica impaciente e fazendo pirraça....no banho ela faz aquela bagunça e chora quando vai sair. Eu fico nervosa, mas as vezes eu deixo ficar mais. As vezes eu falo que o pai ta chamando ela pra ela sair. As vezes eu não agüento e bato ...eu acho que ela é muito agitada..fica arrancando os cabelos quando a gente não faz o que ela quer

15- Quando ele faz birra, eu tento convencer ele a fazer o que tem que fazer. Eu converso, com calma...eu acho que ele é muito nervoso, grita muito quando a gente não faz o que ele quer...eu acho que ele tem problema pra falar, porque ele conversa na linguagem dele mas a gente não entende nada. Tem gente que fala que é preguiça dele, ou que ele tem a língua presa, mas eu não sei se é por isso não. ...Eu acho que por ele ter nascido pequeno, a gente trata com mais delicadeza, porque é mais frágil. Então, ele é mais mimadinho, sim, porque é muito fraquinho. Então, ele ficou assim, repelente, foi muito furado. Ele morre de medo do médico, principalmente quando tem que colocar aquele metro para medir o tamanho dele, ele chora que só voce vendo. E ele é nervoso, igual eu falei pra voce, é hiperativo, até o ano passado, ele tomava remédio para poder dormir. Mas acho que isso é dele, é o jeito dele, talvez porque nasceu, assim, com esse monte de problema, porque foi furado um monte de vezes. Eu não acho que é pelo jeito que eu trato ele, porque ele é pequeno, ele ainda não entende. Mais pra frente, quando ele ficar maior, ele vai poder olhar o jeito que eu trato ele e mudar o comportamento dele, mas agora não, ele é muito novinho.

16-Eles começaram a se desenvolver com um ano, antes eles eram muito molinhos, foram andar depois de 1 ano e 5 meses...Ah, Ela é muito mimada, dengosa, birrenta, ciumenta...Eles brigam muito entre si...Ele é mais obediente que ela, mais tranquilo...ela, por ter sido a ultima a nascer, mais pequenininha e ter dado mais problema ao nascer, foi mais mimada, sabe, por isso eu acho que hoje ela ta mais enjoadinha assim, mais cheia de vontade.

17-Eles começaram a se desenvolver com um ano, antes eles eram muito molinhos, foram andar depois de 1 ano e 5 meses...Ah, Ela é muito mimada, dengosa, birrenta, ciumenta...Eles brigam muito entre si...Ele é mais obediente que ela, mais tranquilo

18-Eu acho que ele de calmo não tem nada. Ele é muito bagunceiro e nervoso...Quando ele toma banho e fica chorando pra continuar lá eu jogo ele no chão e deixo ele lá até parar. ...Eles falam que, assim, que ele tem esse temperamento difícil assim porque a gente dá mais dengo para ele porque ele nasceu com esses probleminhas.

19-Eu acho que ela é muito desobediente, impicante e impaciente..quando está fazendo pirraça, ela fica batendo a cabeça..

20-Quando ela fica chorando para ficar mais no banho, a gente tenta distrai-la para ela sair. A gente não briga com ela, não, por causa dos problemas que ela teve quando nasceu, porque ela nasceu muito pequenininha..Ela também tem problema de cabeça, porque é muito nervosa, então a gente

evita....ela grita muito, porque eu acho que ela tenta falar e não consegue..eu acho que ela é muito esperta e por ser esperta, ela tenta falar mais coisas do que sabe, e fica essa gritaria toda hora que a gente não agüenta....Eu acho que ela é muito agitada, muito nervosa..ela tem o gênio muito difícil, acho que ela puxou a mãe. Mas eu acho que ela é assim também por causa da separação e da gravidez, que foi muito agitada, com muito problema, sabe, de briga, de relacionamento dos dois....para ela tudo é birra, é birra, é tudo porque ela não sabe falar direito, por isso grita muito.

21-Eu acho que ele é muito pirracento, espuleta. Ele gosta muito de rua e se não deixar ele sair, ele fica pirracento.

22-Ah, ela é assim, muito agitada, não para quieta nunca, Ela é essa gracinha...Eu acho que ela ficou mais agitada assim gritando, por causa do pai dela, que quase não fica com ela, então ela fica nessa de pedir atenção, de pedir a gente para fazer as coisas para ela.

23-Durante o banho, ela chora quando vai sair..ai, eu ignoro o choro e tiro ela mesmo assim...Eu acho que ela é muito rebelde, muito agitada....o pai não deixa ela ir para a creche porque acha que ela é pequenininha e os outros podem bater nela. Mas os irmãos dela foram para a creche.

24-Eu acho que as vezes ela é uma criança muito nervosa, fica arrancando os cabelos quando ta nervosa...

25-Ela se comporta como se tivesse menos idade. Mas isso aumentou depois que o pai abandonou ela...quando ela chora para sair do banho, eu falo que a gente vai sair depois (engano), ou brigo com ela, quando estou com menos paciência... ela come mais com a avó, que tem mais paciência com ela ..Eu acho ela muito agitada, mas carinhosa. Ela se bate quando está nervosa

26-Eu acho que ela é uma criança calma..nao gosta muito de emprestar os brinquedos dela, não é muito cooperativa..

27-Ele chora muito, mas eu não faço nada não, não deixo ele ficar mal acostumado, não. Fico irritada, mas deixo ele chorar...Eu acho que ele é muito inquieto ...Eu acho que ele teve uma atencao muito especial por toda a família, por ter nascido menorzinho, fragilzinho. E isso é que ta fazendo ele ficar levado desse jeito, mais levado até que as outras crianças da família

28-Quando ela faz birra durante o banho, eu invento histórias com aquela calma para ela sair. Eu tento convencer...Eu acho que ela é muito agitada, muito elétrica

29- Quando ela está com raiva, ela bate as coisas na cabeça sempre. Eu fico muito preocupada com isso. ..ela é muito bagunceira...quando ela está com pirraça, faz xixi na roupa.

30-Eu acho que ela é uma criança tranqüila, mas muito mimada. Pra sair de casa, ela tem que escolher a roupa pra vestir. Hoje mesmo foi um drama pra tirar ela de casa, porque ela acordou, ficou chorando e gritando pra não sair e acordou todo mundo. E ela só melhorou depois que eu vesti essa roupa nela que ela tinha escolhido, vê se pode...Ela ainda fala muito pouco, sabe, eu acho que ela se acomodou porque tudo o que ela quer a gente pega, não espera ela falar pra pedir, eu acho que é mais um comodismo da parte dela.

31-Chorava muito quando tomava banho e eu ficava nervosa porque ela chorava e ficava com medo, ela foi tomar banho só depois de 7 dias..eu acho que ela muito agitada, nervosa..faz muita pirraça

32-Eu acho que ele é uma criança tranqüila, gosta de brincar, faz aquela bagunça com os brinquedos, mas ele é calminho.

33-Ele tem dificuldade na fala, ele não consegue pronunciar as palavras..ainda faz xixi na roupa, acho que falta tempo para ensinar...

34-Ela é uma criança calma. ...quando está frio, ela mente, falando que está passando mal. Eu não fico brava não. Adoro dar banho nela, ela se diverte

35- Ele é uma criança calma, tranqüila, ri o tempo todo, não dá trabalho nenhum. As vezes ele e os irmãos fazem pirraça para ficar no banho, principalmente na piscina. Mas eu sou positiva, quando tem que sair é não e pronto. E eles tem que obedecer. Eu tenho que ser positiva com ele porque a avó é daquela "estraga neto"e se eu for muito flexível eles não terão uma posição.

36- Pra mim, quando ela foi pra casa, foi até bem, em relação ao momento que ela ficava no hospital. a gente ficou mais tranqüilo. O problema foi quando ela nasceu, agora, ela quase não dá problemas, graças a deus. A gente tem que levar no medico, comprar a botinha que a fisiooterapeuta pediu. Mas ela é um doce, quase não dá problema, não é de ficar chorando. ...quando ela faz birra, no banho, e fica nervosa, eu converso com ela, calminha, porque não adianta bater, então eu falo e ela entende....Eu acho ela muito nervosa, agitada. Ela quer fazer tudo rápido, correr, agora que ela está andando. Ai ela cai. ..As vezes ela fica arranca os cabelos quando está nervosa. ..ela é muito cheia de carinho. As vezes ela precisa de um puxão de orelha. Mas a avó deixa ela fazer, porque ela fala que ela precisa de mais carinho e de mais cuidado e que não pode bater. Ela mima ao invés de corrigir. Eu acho errado, porque tem que corrigir, senão ela não vai aprender a se comportar direito, a fazer as coisas certas, porque não tem ninguém que exige isso dela.

37- Eu acho que ela é muito explosiva. Ela grita muito pra se expressar, principalmente se a gente não está querendo fazer o que ela quer. Ela fala: mamãe, para de gritar. E eu falo: não, é voce quem está gritando. E ela fala: não precisa gritar, fale baixo comigo..eu acho que ela é como se fosse mais velha, mais madura, sabe. Ela tem umas conversas e os parentes falam: nossa, onde essa menina está aprendendo isso. Eu falo: não é com a gente. Outro dia, ela pegou a caixa de bombons e falou: toma, papai, mas pegue só um de cada vez, ta bom?..Ela pegou a caixa, guardou e falou: depois, se voce quiser, é só pedir....quando ela fica nervosa, ela se mexe muito, fica se debatendo....ela é muito nervosa, não deixa as pessoas chegarem perto da gente..se não deixar mexer no som, ela grita, entao tem que deixar, né.

38- Quando ele fica fazendo manha para continuar no banho eu deixo. Ele pede: deixa mais, deixa mais, e eu deixo..mas quando tenho que fazer outra coisa, eu tiro ele e deixo ele chorando..depois ele esquece. ...eu acho que o jeito dele se comportar não tem muito a ver com a PT, porque era pra ele ser quietinho, né, e ele é o contrario....eu acho que ele é muito agitado, desobediente e ainda fala 'eu faço mesmo'. ..tem umas manias de ficar mordendo a camisa..quando faz pirraça, cai no chão. ..tem medo de tudo, qualquer coisinha, acha que é bicho.

39- Quando faz birra, eu invento uma historia pra elas pararem. Pra tentar convencer. Eu não bato não.. eu acho que elas são muito agitadas...

40- Quando faz birra, eu invento uma historia pra elas pararem. Pra tentar convencer. Eu não bato não.. eu acho que elas são muito agitadas...

6-Praticas educativas

1-Eu tento dar limites a ela e deixar ela fazer até onde pode. Quando é necessário, eu digo não e bato, se desobedece. ..lá em casa tem algumas revistas, mas não deixo ela brincar com elas, não.

2-Eu falo o que pode e o que não pode fazer pra ela.

Ela ainda não tem contato algum com livros.

3-Eu ainda não comecei a ensinar nada, porque acho que ele ainda é muito pequeno, eu acho que ele ainda não entende nada ainda...As vezes eu conto umas historinhas de livros para ele, mas ele ainda não pode mexer nos livros.

4-Eu mostro as cores pra ela. Eu também converso muito com ela. O pai ensina a brincar e como fazer as coisas. Ele é mais tranqüilo para ensinar e fazer as coisas, eu é que fico mais em cima dela... Ela brinca com uns livrinhos. Fica lá mexendo e chamando a gente pra ficar com ela, pra ficar lendo e brincando.

5-Eu não deixo ela ficar brincando com os livros, não, porque não pode, mas ela fica insistindo..eu costumo falar pra ela o que pode e o que não pode fazer.

6-Ah, eu costumo fazer uma coisa e depois pedir pra ela fazer igual...Ela tem acesso aos livrinhos infantis, ela pode brincar com ele, mexer, essas coisas. Estraga, depois a gente compra de novo, né..

7-Eu não deixo ele ficar brincando com livros porque ele rasga tudo. ...Eu procuro ficar sempre proxima dele, dizer o que pode e o que não pode fazer

8-Não, ela não mexe nos livros não..Ah, eu sento ela, converso com ela, ensino a falar

9-Ah, eu deixo ele brincar e mexer nos livrinhos..Eu brinco com ele, ensino a brincar com os brinquedos, ensino a andar, a sentar.

10-Eu deixo ele ficar brincando com os livrinho, ele fica passando as folhas, sozinho...eu ensino a ele como fazer as coisas, dar tchau, dar beijo, dar pra mim o que ele pega e fica na mão..

11-Eu estou ensinando ele a guardar os brinquedos dele, porque ele faz muita bagunça...Ele brinca com os livros infantis sim, eu deixo, ele fica folheando e mexendo...eu ensino que não pode mexer nas coisas e as vezes eu sou agressiva com ele e bato, sabe. Mas eu também tento deixar um ambiente mais estimulador pra ele, um ambiente bom pra ele brincar...

12-Eu deixo ela brincar com os livrinhos da igreja..eu ensino ela a comer direito, ensinando a segurar a colher. Eu não ensino as letras pra ela ainda não e nem a falar. É ela que fica imitando tudo.

13-Ah, eu deixo ele brincar com todos os livros, ficar riscando...Eu sento com ele, ensino a brincar e coloco ele pra riscar. Eu peço ele pra me mostrar o desenho dele e pra tentar falar o nome das coisas...

14-Ela brinca sozinha com os livros, finge que está escrevendo neles...eu ensino a parar de fazer pirraça. Eu bato na mão dela para não fazer pirraça e falo pra ela que é feio. Eu falo o que pode e o que não pode. As vezes também grito com ela, porque também acho que é importante impor respeito as vezes.

- 15- Ele brinca com os livros, eu deixo. Ele folheia, olha pras figuras, risca...eu estou ensinando ele a repetir o que eu faço. Eu mostro as coisas, as partes do corpo e peço pra ele falar o que eu estou falando, pra ele aprender a falar.
- 16-Eles não mechem muito nos livros...eu tento ensinar, explicar, falar o que é certo e o que é errado.
- 17-Eles não mechem muito nos livros...eu tento ensinar, explicar, falar o que é certo e o que é errado.
- 18-Ele não pode mexer nos livros, senão estraga tudo..nao pode mexer na caneta e folha porque pode se machucar...eu ainda não ensino nada para ele..ah, no dia-a-dia, eu brinco, falo onde deve mexer e onde não deve, ensino a cantar e a dançar.
- 19-Ela brinca com os livros infantis. Ela pode mexer o quanto quiser...para ensinar, eu faço primeiro, para mostrar para ela como se faz. A gente conversa. Mas, as vezes eu brigo, mostro o chinelo pra ela aprender o que pode e o que não pode fazer.
- 20-Agora a gente ta ensinando ela a falar. A gente deixa ela ver a gente falando e mostra as coisas para ela ver e aprender o nome. A gente pede para ela repetir..A gente ensina também o que pode e o que não pode para ela.
- 21-Ele não tem livro de crianca, mas eu deixo ele brincar com os jornais e com alguns livros. Ele fica mexendo, passando a folha... Eu tento ensinar a ele que, se tem alguma coisa que não é pra mexer, ele não pode mexer
- 22-
- 23-Ela brinca com livros infantis, finge que está lendo, vê as figuras...eu ensino ela que não pode fazer birra, o que pode e o que não pode fazer. Eu ensino coisas sobre o comportamento
- 24-Ela não brinca com livros porque lá em casa não tem...Eu ensino ela o que pode e o que não pode e o porque, eu acho que isso é muito importante. Eu ensino ela a pintar, a cortar, a escrever, coloco os brinquedos e explico pra ela como brinca com eles
- 25-Eu deixo ela brincar com as revistas e livros de crianca. Eu conto as historias para ela e peço para ela repetir a historinha...Eu converso muito com ela como se ela fosse adulta. Falo sobre a separação. Também falo o que não pode fazer o explico o porque.
- 26-Eu deixo ela brincar com os livros, com aqueles livrinhos baratinhos de crianca. Deixo ela ver, rasgar. Deixo ela a vontade. Quando estraga eu compro outro...Eu brinco com ela, conto historia, tento conversar, mas ela é muito de opinião. Isso é porque eu acho que dou muita liberdade para ela. Ela fica com mal costume, sempre exigindo tudo e fazendo birra, porque eu ficava fazendo as vontades dela, mas eu comecei a dar uns tapinhas na mão dela e parece que agora ela dá tendo mais respeito.
- 27-Ele brinca com o jornal, finge que está lendo, sozinho...Eu tento corrigir as coisas erradas e ensinar a fazer o resto
- 28-Eu deixo ela brincar com os livros. Eu conto a história e ela fica tentando repetir para todo mundo...Eu tento ensinar a contar nos dedos, a falar corretamente as palavras, a orar, a cantar
- 29- Eu ensino o que é certo e o que é errado. Ensino a comer direito e a tomar banho e a se virar fazendo as coisas do dia-a-dia. ...quando as meninas querem ensinar alguma coisa para ela, elas pegam os livros delas e mostram as figuras para ela.
- 30-Ela brinca com os livros, folheia e diz que está lendo. Ela fica observando tudo...Eu ensino ela a ser obediente e comportada.
- 31-Ela gosta de mexer em tudo e eu falo o que ela não pode fazer as coisas de errado
- 32-O pai fica mostrando os carros na revista. Eu ensino ele a não mentir a ser sincero e falar o que ocorre na vida dele..Eu ensino a contar, mostro os carrinhos e falo as cores deles
- 33-Ele não brinca com livros...eu falo que não pode fazer as coisas e corrijo o que ele faz de errado. Eu tento mostrar as coisas para ele e explicar, falar o nome das coisas para ele aprender
- 34-Ela pode mexer nos livros infantis. Eu mostro as coisas e falo o nome delas para ela, assim, ela aprende mais.
- 35-Ele tem um monte de livros infantis. Eu deixo ele brincando. Ele olha as figuras e gosta do lobo mal. Identifica o bicho, o lobo mal, fala booooo. Eu mostro muitos DVDs musica de direita e esquerda, coloco ele pra fazer desenho, ensino os números.
- 36- Ela pega a revista e fala que são as pessoas que ela conhece, tipo, "é a mamãe, é a vovó"..Eu costumo cantar, ensino ela a falar, a fazer algumas coisas e mostrar algumas coisas para ela mostrar o nome dos objetos. E a dançar, pra ela se mexer.
- 37- Ela brinca só com os livros infantis. Ela folheia, fala a historinha, como se estivesse contando para alguém que a gente não vê. A gente fica até assustado com isso...Eu ensino a ela as palavrinhas e como ela tem que se comportar, porque ultimamente ela está meio rebelde e eu tenho que dar uma enxugadinha nela. Essa semana, a minha prima está ficando comigo, ela tem 6 anos e ela apanha da minha filha, porque eu acho que ela está com ciúmes.

38- Ele brinca com todos os livros, com tudo, Ele mexe nas revistas, nos encartes de supermercado. Sabe falar onde está a carne, onde está o arroz.. ele pega os livros e pede pra eu ouvir a história, e fica contando as histórias, vendo as figuras e passando as folhas...eu ensino ele a contar, as cores, a cumprimentar as pessoas. Tento ensinar a ser educado, mas ele não é (risos)

39-Elas brincam com a revista. Eu sempre dou as revistas velhas da minha irmã pra elas. Elas sabem identificar sapato, bota, meia. Quando elas vêem, elas falam "aqui, mamãe, o sapato" até o chulé, elas falam (risos)...eu tento ensinar o certo. Se é ou não pra mexer, se é ou não para tomar banho, que não pode tirar o brinquedo da mão dos colegas

40-Elas brincam com a revista. Eu sempre dou as revistas velhas da minha irmã pra elas. Elas sabem identificar sapato, bota, meia. Quando elas vêem, elas falam "aqui, mamãe, o sapato" até o chulé, elas falam (risos)...eu tento ensinar o certo. Se é ou não pra mexer, se é ou não para tomar banho, que não pode tirar o brinquedo da mão dos colegas

7-Como voce espera que seja o desenvolvimento de seu filho ?/ Como você acha que pode ajuda-lo a se desenvolver?

1-Eu acho que a prematuridade pode afetar o crescimento, mas não o desenvolvimento da criança. Eu acho que ela é pequena... pra ajudar ela a se desenvolver, eu acho que é ouvindo muita música, contando historinhas, estimulando.

2-Eu espero que o desenvolvimento seja para melhor. Acho que ela será muito inteligente. A PT e o BP não podem afetar o desenvolvimento porque eu vejo que ela é esperta como os outros. ..Eu acho que pra ajuda-la, eu poderia comprar brinquedos. Eu tenho o sonho de comprar algumas coisas para ela brincar, se desenvolver. As condições de renda lá de casa são muito baixas.

3-Eu espero que seja bom, mas a gente tem que fazer a nossa parte... Eu acho que a PT e o BP não influencia em nada, não, porque a gente vê tanta gente nascida assim e não mudou em nada, não... Eu acho que para ajudar, eu posso alimentar e brincar para desenvolver a mente.

4-Eu acho que o desenvolvimento vai ser normal, talvez mais desenvolvida, porque lá em casa tem muitos adultos e ela fica muito com a família...Eu acho que a PT e o BP não influenciam, porque a evolução da criança é igual a da outra que nasceu de 9 meses. ..Eu acho que pra ajudar, eu posso levar ao medico, colocar ela para ficar brincando com outras crianças, de preferência aquelas mais velhas que ela.

5-Eu acho que ela está bem. Só no tamanho que não. A PT e o BP influenciam só no tamanho dela. De desenvolvimento, ela ta bem. ...Pra ajudar, ah, é dando alimentação direito e vendo com o medico quais as vitaminas que tem que tomar.

6-Espero que seja bom. A PT e o BP não podem afetar o desenvolvimento dela...Eu acho que posso ajudar dando carinho, cuidando bem, dando atenção, remédio, tomando vitaminas pra fortificar os dentes e os ossos.

7-Espero que seja bom. Eu acho que a PT e o BP não vai influenciar, não. Eu já tive outros filhos que nasceram prematuros e hoje eles estão bem. Ele tem ido a muitos acompanhamentos, a muitos médicos. ..pra ajudar, eu acho que tenho que cuidar bem, levar sempre no medico. O que posso fazer, eu faço. Eu saio bastante, converso muito com ele e fico brincando muito.

8-Espero que seja tudo bom. As vezes eu acho que o fato dela ser prematura pode prejudicar o desenvolvimento, eu fico com medo, mas eu to percebendo que ela está bem. ...eu vou pedir para meu marido fazer um carrinho de madeira para ela aprender a andar. Eu também venho sempre no hospital e não falto a nenhuma consulta. Eu cuido bem dela.

9-Normal. Eu acho que ele está desenvolvendo muito bem, ele ta muito esperto. Eu acho que a PT e o BP não podem afetar o desenvolvimento dele...eu acho que posso ajudar levando ao medico, ensinando, dando carinho para ele.

10-Bom. Eu acho que a PT e o BP não vão afetar o desenvolvimento dele, porque ele ta bem e a médica falou também que ele ta bem..

Eu acho que posso ajudar levando ele no medico, dando carinho, levando para passear.

11-Espero que não tenha dificuldades para aprender na escola...Eu acho que a PT e o BP não vão alterar o desenvolvimento...acho que é importante colocar ele na escola de natação, esporte e creche e podar ele em casa e dar limite, e ensinar ele a respeitar os outros.

12-Eu espero que seja normal. A PT e o BP não afetam não, porque acho que ela é até muito esperta, sabe. E a médica falou também que ela é normal...

Eu acho que posso ajudar fazendo o acompanhamento com os profissionais.

13-Saudável. EU acho que a PT e o BP não afetam em nada...Eu posso ajudar do jeito que eu falei antes:

ensino a brincar e coloco ele pra riscar. Eu peço ele pra me mostrar o desenho dele e pra tentar falar o nome das coisas...

14-Norma, tudo de bom. Não acho que a PT e o BP afeta o desenvolvimento, porque ela é muito levada...acho que é importante ensinar alguma coisa pra ela, insistir pra ela comer e levar ao medico.

15- Eu espero que seja tudo de bom. Eu acho que a PT afeta o desenvolvimento, sim, porque ele demorou a fazer as coisas. Os médicos falam que aos 2 anos ele vai ficar normal, como as outras crianças, mas até agora ele está atrasado...Eu acho que posso ajudar com paciência, explicando, dando assistência pra ele. Praticamente eu desisti da minha vida para dar toda a assistência para ele. Para dar tudo o possível. Por isso que eu quero ter só ele. Pra eu poder cuidar direito e dar tudo o possível pra ele e ter só um, e poder dar pra ele o que a gente não pôde ter.

16-Espero que seja bom, que sejam normais, que tenham bastante conhecimento..Eu acho importante ensinar, brincar com eles

17-Espero que seja bom, que sejam normais, que tenham bastante conhecimento..Eu acho importante ensinar, brincar com eles

18-Normal, bom. As vezes a gente acha que sim, que a PT e o BP pode afetar alguma coisa, mas os médicos acham que não. ..eu acho que posso levar ao médico e ficar com ele direto, é só isso que eu acho que é o mais importante pra ele crescer bem.

19-Eu espero que ela se desenvolva bem. Eu acho que a PT e o baixo peso não atrapalham, porque ela é muito esperta, curiosa..pra ajudar, eu posso continuar ensinando as coisas para ela

20-A gente faz o maximo para ser tudo de bom. Eu acho que a PT não afeta nada nela não. É mais pela criação, mesmo, porque todo mundo que olha ela não fala que ela nasceu prematura. É mais pelo cuidado e pela dedicação que a gente dá...Eu acho que posso ajudar ficando o maximo de tempo possível com ela, dando carinho e mostrando que a gente está sempre com ela. Levando ao médico.

21-Eu espero que ele seja muito inteligente e obediente. Em relação ao baixo peso, em nome de Jesus, ele não vai ter nada...Eu acho que posso ajudar ensinando coisas boas para ele.

22-

23-Eu espero que ele tenha um bom futuro...Eu acho que a PT e o BP não atrapalham, porque ela faz coisas que os outros da mesma idade não fazem. Eu acho até que ela é mais independente que as outras crianças...Eu acho que posso ajudar, incentivando ela a ser independente, mas não passando do limite. Deixando ir na escolinha.

24-Eu acho que normal. Acho que PT e BP não influenciam, porque todo dia eu vejo que ela faz tudo melhor

25-Espero que possamos ser boas amigas e que ela seja normal dentro da faixa de idade dela. Eu não acho que a PT e o BP pode influenciar o desenvolvimento, porque eu nunca vi ela como uma criança pequena e frágil.

26-Eu espero que seja tudo muito bom. Eu acho que a PT e o BP podem influenciar sim pra pior, mas os médicos falam que ela está muito bem..acho que posso ajudar deixando ela continuar na creche, dar atividades pra ela fazer, passar DVD, fita, musica e levar.

27-Bom. Eu acho que a PT e o BP não afetam, porque eu observo que ele não tem problema e os médicos falam...eu acho importante levar ao medico e ensinar as coisas certas

28-Eu espero que ela seja inteligente, esperta. Acho que a PT e o BP não afetam, porque pra mim, é como se ela fosse normal. Não trato ela como se fosse diferente dos outros irmãos. ..eu tento ensinar o certo e o errado para ela aprender, levar ao medico e deixar com crianças da mesma idade para ela brincar.

29- Eu espero que seja bom, do jeito que está indo. Eu não acho que a PT e o BP atrapalham, porque os meus outros filhos eram menores que ela quando tinham a idade dela...eu acho que posso ajudar encaminhando ao medico e à pastoral.

30-Eu espero que seja bom. Eu não acho que a PT e o baixo peso atrapalham não. Pra mim, ela é uma criança normal, como os outros filhos, com as mesmas capacidades. ..eu acho que posso ajudar levando ao medico, alimentando e ensinando a respeitar os outros.

31-Espero que seja bom, ela é inteligente, mas o baixo peso atrapalha..para melhorar, eu acho que seria bom colocar na escola e ter mais paciência com ela.

32-Bom, a PT não afeta em nada não. Acho que posso ajudar dando uma boa alimentação e procurando médicos e tratamentos para ele ficar bem e crescer bem.

33-Eu acho que o desenvolvimento dele está bom. Eu espero que ele fique mais independente...Eu acho que a PT afetou mais o lado biológico do que o psicológico dele...para ajudar, é bom continuar com os tratamentos, eu acho que eles ajudam muito ele a melhorar e se desenvolver a cada dia mais.

34-Bom, se depender de mim. Eu acho que a PT não pode afetar o desenvolvimento dela, não, nem o comportamento...acho que posso ajudar ensinando as coisas para ela.

35- acho que não, porque está desenvolvendo como os outros de 9 meses. A esperança é que continua.... Eu acho que posso ajudar mais, colocando ele na escola, pra ele entrar em contato com outras crianças, pra ele se desenvolver mais.... eu acho que por ele ter nascido prematuro, o meu jeito de cuidar que foi diferente. Pra mim, ele é diferente. Ele teve um contato maior comigo no início, porque eu fiquei internada, fiquei mais com ele do que os outros devido à necessidade, os outros não, tinha a minha mãe. Eu vim pra cá e tive que ficar o tempo todo com ele, dando aquela atenção integral. E isso é até hoje. Quando os meninos querem sair, eu deixo eles saírem com a avó, mas ele não. Ele fica comigo. Eu falo assim: você não pode ficar sozinho, assim. Eu ainda sou apegada, não tive coragem de deixar ele sair e falar 'vai, pode ficar". Igual na escola, eu poderia ter colocado ele na escola, mas pra mim ele não pode. Os outros foram. Porque, assim, você acha que a criança nascida prematura é especial. ...mas o comportamento dele é igual. Mas a gente acha que ele precisa mais de você. Mas eu não deixo os outros saberem, pra não ter ciúme. Então, eles não reparam.

36- Bom. A PT pode afetar sim, porque ela está demorando para andar...Eu acho que posso ajudar levando ela ao fisioterapeuta, procurando natação pra ela, colocar na creche, levar para andar de cavalo e dar muito carinho para ela. E colocar ela para ficar com outras crianças, para ela interagir mais, porque ela fica mais com adultos.

37- Espero que seja tudo bom, tudo normal com ela.. eu acho que a PT não afeta o desenvolvimento não. É como eu te falei, parece que ela até é mais desenvolvida que as outras crianças. Quando todas as crianças estão juntas na família, elas dão aquela diferença. E elas foram as que nasceram prematuras. A gente vê que o comportamento delas é diferente. Uma é muito tranqüila e essa é muito apimentada...essa diferença no comportamento deve estar relacionada à prematuridade, porque a criação delas foi a mesma...a primeira só que foi mais mimada, foi a primeira e a gente não sabia como cuidar, tinha muito medo. Só que a gente não pode cometer o mesmo erro, então com essa, é diferente, a gente tenta não mimar muito não...mas a mais velha reclama que eu dou mais atenção para a mais nova, é um problema, e a mais nova que só ela é minha filha. Ela não deixa eu dar muita atenção para a mais velha.

38- Eu torço para que seja tudo bom. Eu acho que a PT não afeta, não, porque com o acompanhamento aqui, os médicos falam que ele está indo bem....eu acho que posso ajudar, ensinando, levando ao médico.

39- Espero que seja bom.Eu acho que a PT e BP não afetam, não, porque eu sempre levo elas no medico, pra acompanhar, tudo certinho. Eu nunca faltei uma consulta. ...Eu cuido delas sozinha, eu emagreci muito pra dar conta. A médica fala pra não dar chupeta pras crianças. Elas não me deixaram dormir e eu comprei a chupeta. A medica tomou a chupeta e eu falei que daria, porque lá em casa sou eu sozinha pra cuidar, então seria do meu jeito. O pai não ajuda, ele saiu fora. Então, eu fui dando um jeito. E a medica falou "vou te perdoar por isso e vou deixar a chupeta a continuar com as consultas porque voce merece, está sendo sincera". Hoje em dia é melhor, elas sabem tomar banho sozinhas, está bem mais tranqüilo pra mim, elas aprenderam mais na creche também.....elas tiveram mais cuidado por terem nascido pequenininhas. Tiveram o dobro de cuidado. Essa aqui, eu fui parar com ela no hospital infantil porque ela tinha sufocado. Minha irmã falou que ela tava vomitando, mas quando eu olhei ela tava parada com os olhos arregalados. Ela tinha 40 dias, 8 dias em casa. Aí eu aspirei. Lá no hospital, a médica falou que eu tinha salvado a vida dela. Depois disso, eu não deixei elas sozinhas mais. Isso aconteceu com ela. Quando tava fazendo um serviço na área, a cada 10min eu dava uma olhada...eu acho importante ensinar elas a se comportarem direito, pedir por favor. Eu não tenho muita experiência, mas todo mundo fala que elas são muito educadas e que eu fiz um bom trabalho.

40- Espero que seja bom.Eu acho que a PT e BP não afetam, não, porque eu sempre levo elas no medico, pra acompanhar, tudo certinho. Eu nunca faltei uma consulta. ...Eu cuido delas sozinha, eu emagreci muito pra dar conta. A médica fala pra não dar chupeta pras crianças. Elas não me deixaram dormir e eu comprei a chupeta. A medica tomou a chupeta e eu falei que daria, porque lá em casa sou eu sozinha pra cuidar, então seria do meu jeito. O pai não ajuda, ele saiu fora. Então, eu fui dando um jeito. E a medica falou "vou te perdoar por isso e vou deixar a chupeta a continuar com as consultas porque voce merece, está sendo sincera". Hoje em dia é melhor, elas sabem tomar banho sozinhas, está bem mais tranqüilo pra mim, elas aprenderam mais na creche também.....elas tiveram mais cuidado por terem nascido pequenininhas. Tiveram o dobro de cuidado. Essa aqui, eu fui parar com ela no hospital infantil porque ela tinha sufocado. Minha irmã falou que ela tava vomitando, mas quando eu olhei ela tava parada com os olhos arregalados. Ela tinha 40 dias, 8 dias em casa. Aí eu aspirei. Lá no hospital, a médica falou que eu tinha salvado a vida dela. Depois disso, eu não deixei elas sozinhas mais. Isso aconteceu com ela. Quando tava fazendo um serviço na área, a cada 10 min eu dava uma olhada...eu acho importante ensinar elas a se comportarem direito, pedir

por favor. Eu não tenho muita experiência, mas todo mundo fala que elas são muito educadas e que eu fiz um bom trabalho.

APÊNDICE R -

Tabela R63. *Escores brutos, escores T e classificação das Síndromes Comportamentais do CBCL (1 ½ -5 anos), por criança*

	Reação Emocional			Ansiedade Depressão			Problema Somático			Introversão			Problema de Sono			Problema de Atenção			Agressividade			
	TB	TS	CL	TB	TS	CL	TB	TS	CL	TB	TS	CL*	TB	TS	CL	TB	TS	CL	TB	TS	CL	
G 2	1	0	50	0	4	56	0	2	53	0	0	50	0	0	50	0	4	57	0	13	55	0
	2	1	50	0	3	52	0	0	50	0	4	63	0	0	50	0	3	53	0	25	70	2
	3	3	55	0	5	59	0	2	53	0	1	51	0	7	64	0	8	73	2	18	62	0
	4	0	67	1	3	52	0	2	53	0	0	50	0	2	51	0	5	52	0	20	64	0
	5	2	51	0	3	52	0	2	53	0	1	51	0	5	59	0	6	67	1	15	58	0
	6	2	51	0	3	52	0	3	58	0	0	50	0	0	50	0	1	50	0	12	53	0
	7	2	51	0	3	52	0	1	50	0	1	51	0	0	50	0	1	50	0	14	56	0
	8	6	65	0	5	59	0	2	53	0	0	50	0	1	50	0	7	70	2	7	70	2
	9	5	62	0	8	69	1	0	50	0	1	50	0	4	56	0	8	73	2	20	64	0
	10	13	83	2	12	83	2	7	70	2	10	82	2	11	82	2	9	77	2	21	65	1
G 3	1	0	50	0	5	59	0	4	62	0	7	73	2	0	50	0	5	62	0	15	58	0
	2	1	50	0	1	50	0	3	58	0	0	50	0	3	53	0	3	53	0	5	50	0
	3	3	55	0	1	50	0	1	50	0	3	60	0	1	50	0	2	51	0	17	60	0
	4	3	55	0	2	51	0	1	50	0	0	50	0	7	64	0	8	73	2	23	68	1
	5	9	70	2	7	66	1	0	50	0	5	67	1	2	51	0	8	73	2	28	77	2
	6	10	73	2	4	56	0	3	58	0	0	50	0	2	51	0	6	67	1	20	64	0
	7	2	51	0	4	56	0	1	50	0	0	50	0	2	51	0	6	67	1	14	56	0
	8	5	62	0	1	50	0	0	50	0	0	50	0	4	56	0	7	70	2	21	65	1
	9	5	62	0	7	66	1	0	50	0	5	67	1	1	50	0	4	57	0	16	59	0
	10	5	62	0	4	56	0	3	58	0	4	63	0	2	51	0	3	53	0	15	58	0
G 4	1	3	55	0	9	70	2	2	53	0	3	60	0	4	56	0	6	67	1	17	60	0
	2	1	50	0	4	56	0	4	62	0	2	56	0	7	64	0	6	67	1	0	50	0
	3	1	50	0	6	63	0	2	53	0	3	60	0	3	53	0	5	62	0	14	56	0
	4	6	65	1	8	69	1	4	62	0	4	63	0	2	51	0	5	62	0	15	58	0
	5	0	50	0	3	52	0	0	50	0	0	50	0	2	51	0	1	50	0	10	51	0
	6	1	50	0	2	51	0	0	50	0	1	51	0	0	50	0	8	73	2	6	50	0
	7	2	51	0	3	52	0	2	53	0	2	56	0	5	59	0	2	51	0	14	56	0
	8	3	55	0	5	59	0	4	62	0	2	56	0	2	51	0	4	57	0	16	59	0
	9	3	55	0	6	63	0	0	50	0	0	50	0	0	50	0	6	67	1	6	50	0
	10	3	55	0	6	63	0	0	50	0	0	50	0	0	50	0	6	67	1	6	50	0

Legenda: TB= Total bruto; TS= T escore; CL= Classificação. *Classificação: 0= Não clínico; 1= Zona Intermediária; 2=Clínico.

APÊNDICE S-
Tabela S64. *Desempenho na linguagem expressiva (LAVE), por criança*

Crianças	Idade (meses)	Escore bruto	Pontuação-padrão
G3 (24-30m)	24	168	89,5
	24	28	63,7
	24	216	96,1
	26	219	93,4
	26	48	74,2
	26	121	76,1
	26	234	39,2
	28	244	88,7
	29	161	91,3
	29	226	44,5
G4 (30-36m)	32	13	105,5
	32	113	84,2
	33	187	35,2
	34	280	81,8
	34	131	61,3
	34	269	81,1
	34	131	102,6
	35	199	94,2
	35	190	66,3
	35	237	66,4

APÊNDICE T -

Tabela T65. Médias e desvios-padrão dos escores brutos da amostra deste estudo e da amostra americana de padronização da BSID-III

Escala da BSID-III	Amostra americana (19-26 meses) (n=52)		Amostra brasileira (19-26 meses) (n=15)		
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	Intervalo de confiança
Cognitiva	23	2,6	22,1	2,3	20,8-23,4
Linguagem Receptiva	18,5	1,9	18,1	1,7	17,1-19,0
Linguagem Expressiva	18,5	2,6	17,9	3,2	16,1-19,7
Motricidade Fina	19,3	2,2	19,0	2,5	17,6-20,4
Motricidade Ampla	21,0	2	23,9	1,9	22,9-25,0

Legenda: \bar{x} = Média; DP = Desvio-padrão; n = quantidade.

APÊNDICE U -

Tabela U66. Pontuação bruta e classificação de risco obtidos nas escalas de desenvolvimento da BSID-III, por participante

Criança	BSID-III		Índice de		Índice de		Índice de		Índice de		Índice de	
	Idade		COG	Risco	LRE	Risco	LEX	Risco	MFI	Risco	MAM	Risco
G1 (12-18m)	1	12	16	2	13	3	13	3	15	3	18	3
	2	12	13	1	14	3	10	2	14	3	17	3
	3	12	15	2	12	3	13	3	13	2	15	2
	4	12	14	2	13	3	12	2	13	2	16	2
	5	13	16	2	17	3	14	3	14	3	15	2
	6	15	14	2	13	3	14	3	14	3	21	3
	7	16	16	2	15	3	11	2	16	3	17	3
	8	16	18	3	17	3	17	3	17	3	18	3
	9	16	20	3	20	3	20	3	16	3	21	3
	10	16	14	2	13	3	13	3	13	2	15	2
G2 (18-24m)	1	18	18	2	15	2	14	2	17	3	24	3
	2	19	20	2	18	3	15	2	17	3	22	3
	3	19	21	3	15	2	15	2	17	3	24	3
	4	20	19	2	17	3	18	3	18	3	21	3
	5	20	20	2	17	3	14	2	15	2	23	3
	6	20	22	3	18	3	18	3	17	3	22	3
	7	21	19	2	17	3	18	3	17	3	22	3
	8	22	23	3	17	3	18	3	18	3	25	3
	9	22	21	3	17	3	18	3	18	3	26	3
	10	23	23	3	18	3	18	3	22	3	24	3
G3 (24-30m)	1	24	25	3	20	3	23	3	21	3	27	3
	2	24	24	2	19	3	16	2	19	3	24	3
	3	24	23	2	20	3	22	3	22	3	25	3
	4	26	21	2	16	2	12	1	22	3	22	3
	5	26	22	2	20	3	18	2	19	3	24	3
	6	26	26	3	19	3	22	3	21	3	26	3
	7	26	26	3	21	3	22	3	24	3	26	3
	8	28	28	3	23	3	23	3	26	3	28	3
	9	29	27	3	21	3	20	3	23	3	23	3
	10	29	29	3	24	3	23	3	24	3	26	3
G4 (30-36m)	1	32	21	1	14	2	14	1	19	2	16	1
	2	32	25	3	20	3	22	3	22	3	24	3
	3	33	26	3	21	3	23	3	22	2	20	2
	4	34	24	2	20	2	21	3	22	2	24	3
	5	34	31	3	21	3	23	3	26	3	25	3
	6	34	27	2	23	3	23	3	23	3	23	2
	7	34	31	3	22	3	23	3	24	3	24	3
	8	35	29	3	22	3	20	2	22	2	23	2
	9	35	28	3	24	3	21	3	21	2	24	3
	10	35	31	3	23	3	23	3	24	3	27	3

Legenda: COG= Escala Cognitiva; LRE= Escala de Linguagem Receptiva; LEX= Escala de Linguagem Expressiva; MFI= Escala de Motricidade Fina; MAM= Escala de Motricidade Ampla; Índice de Risco: 1= Em Risco; 2= Emergente; 3= Competente.

APÊNDICE V -

Tabela V67. Quantidade de acertos em cada Grupo de Idade, por item da Escala Cognitiva da BSID-III

BSID-III Item (Cognitivo)	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	Total	Acertos %
1	10	10	10	10	40	100
2	10	10	10	10	40	100
3	10	10	10	10	40	100
4	10	10	10	10	40	100
5	10	10	10	10	40	100
6	10	10	10	10	40	100
7	10	10	10	10	40	100
8	10	10	10	10	40	100
9	10	10	10	10	40	100
10	10	10	10	10	40	100
11	9	10	10	10	39	97,5
12	9	10	10	10	39	97,5
13	9	8	9	10	36	90
14	8	9	10	10	37	92,5
15	4	8	10	10	32	80
16	3	7	8	10	28	70
17	3	8	10	10	31	77,5
18	7	9	10	9	35	87,5
19	2	10	10	10	32	80
20	0	3	5	5	13	32,5
21	1	10	10	10	31	77,5
22	0	1	7	8	16	40
23	0	1	3	6	10	25
24	0	1	7	9	17	42,5
25	1	8	10	10	29	72,5
26	0	0	4	4	8	20
27	0	0	4	7	11	27,5
28	0	0	0	3	3	7,5
29	0	3	7	6	16	40
30	0	0	0	3	3	7,5
31	0	0	2	6	8	20
32	0	0	3	5	8	20
33	0	0	2	2	4	10

APÊNDICE W -

Tabela W68. Quantidade de acertos em cada grupo de idade, por item da Escala de Linguagem Receptiva da BSID-III

BSID-III Item (Linguagem Receptiva)	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	Total	Acertos %
1	10	10	10	10	40	100
2	10	10	10	10	40	100
3	10	10	10	10	40	100
4	10	10	10	10	40	100
5	10	10	10	10	40	100
6	8	10	9	10	37	92,5
7	10	10	10	10	40	100
8	10	10	10	10	40	100
9	9	10	9	10	38	95
10	8	10	10	10	38	95
11	9	10	10	10	39	97,5
12	4	9	10	10	33	82,5
13	9	10	10	9	38	95
14	2	9	8	10	29	72,5
15	2	5	8	9	24	60
16	2	5	8	9	24	60
17	2	1	9	9	21	52,5
18	1	1	8	9	19	47,5
19	0	0	4	7	11	27,5
20	0	1	6	7	14	35
21	1	5	6	9	21	52,5
22	0	0	6	5	11	27,5
23	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE X -

Tabela X69. Quantidade de acertos em cada grupo de idade, por item da Escala de Linguagem Expressiva da BSID-III

BSID-III Item (Linguagem Expressiva)	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	Total	Acertos %
1	10	10	10	10	40	100
2	10	10	10	10	40	100
3	10	10	10	10	40	100
4	10	10	10	10	40	100
5	10	10	10	10	40	100
6	8	10	9	10	37	92,5
7	10	10	10	10	40	100
8	10	10	10	10	40	100
9	9	10	9	10	38	95
10	8	10	10	10	38	95
11	9	10	10	10	39	97,5
12	4	9	10	10	33	82,5
13	9	10	10	9	38	95
14	2	9	8	10	29	72,5
15	2	5	8	9	24	60
16	2	5	8	9	24	60
17	2	1	9	9	21	52,5
18	1	1	8	9	19	47,5
19	0	0	4	7	11	27,5
20	0	1	6	7	14	35
21	1	5	6	9	21	52,5
22	0	0	6	5	11	27,5
23	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE Y-

Tabela Y70. Quantidade de acertos em cada grupo de idade, por item da Escala de Motricidade Fina da BSID-III

BSID-III Item (Motricidade Fina)	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	Total	Acertos %
1	10	10	10	10	40	100
2	10	10	10	10	40	100
3	10	10	10	10	40	100
4	10	10	10	10	40	100
5	10	10	10	10	40	100
6	10	10	10	10	40	100
7	10	10	10	10	40	100
8	10	10	10	10	40	100
9	10	10	10	10	40	100
10	10	10	10	10	40	100
11	10	10	10	10	40	100
12	10	10	10	10	40	100
13	5	9	10	10	34	85
14	2	8	10	9	29	72,5
15	5	9	10	10	34	85
16	1	7	10	9	27	67,5
17	0	5	9	10	24	60
18	0	1	6	8	15	37,5
19	0	2	7	6	15	37,5
20	2	3	9	10	24	60
21	0	2	6	4	12	30
22	0	0	1	3	4	10
23	0	0	8	10	18	45
24	0	0	4	5	9	22,5
25	0	0	1	1	2	5
26	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE Z -

Tabela Z71. Quantidade de acertos em cada grupo de idade, por item da Escala de Motricidade Ampla da BSID-III

BSID-III Item (Motricidade Ampla)	G1 (12-18m)	G2 (18-24m)	G3 (24-30m)	G4 (30-36m)	Total	Acertos %
1	10	10	10	10	40	100
2	10	10	10	10	40	100
3	10	10	10	10	40	100
4	10	10	10	10	40	100
5	10	10	10	10	40	100
6	10	10	10	10	40	100
7	10	10	10	10	40	100
8	10	10	10	10	40	100
9	10	10	10	10	40	100
10	10	10	10	10	40	100
11	10	10	10	10	40	100
12	10	10	10	10	40	100
13	10	10	10	10	40	100
14	9	10	10	10	39	97,5
15	4	10	10	9	33	82,5
16	4	10	10	9	33	82,5
17	7	10	10	9	36	90
18	4	10	9	9	32	80
19	0	8	9	9	26	65
20	2	9	10	7	28	70
21	3	9	10	8	30	75
22	0	5	9	6	20	50
23	0	7	9	7	23	57,5
24	0	2	4	4	10	25
25	0	3	4	2	9	22,5
26	0	0	3	1	4	10
27	0	0	4	0	4	10
28	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE AA -

Tabela Aa72. Correlações entre os dados das avaliações do desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico e comportamental

		CBCL	CBCL	CBCL	CBCL	CBCL	CBCL	CBCL	CBCL	BSID	BSID	BSID	BSID	BSID	BSID	LAVE
CBCL Internalizante	r	0,848														
	Sig	0,000**														
CBCL Externalizante	r	0,764	0,465													
	Sig	0,000**	0,010*													
CBCL T. Afetividade	r	0,499	0,509	0,071												
	Sig	0,005**	0,004**	0,710												
CBCL T. Ansiedade	r	0,777	0,762	0,501	0,495											
	Sig	0,000**	0,000**	0,005**	0,005**											
CBCL T. Invasivos	r	0,676	0,720	0,292	0,504	0,574										
	Sig	0,000**	0,000**	0,118	0,005**	0,001**										
CBCL TDAH	r	0,542	0,343	0,678	0,176	0,375	0,027									
	Sig	0,002**	0,064	0,000**	0,351	0,041*	0,886									
CBCL T. Desafiador	r	0,493	0,378	0,599	0,070	0,258	0,235	0,102								
	Sig	0,006**	0,040*	0,000**	0,712	0,169	0,211	0,592								
BSID Total	r	-0,304	-0,270	-0,177	-0,038	-0,164	-0,394	-0,109	-0,069							
	Sig	0,103	0,150	0,350	0,840	0,385	0,031*	0,565	0,716							
BSID COG	r	-0,256	-0,180	-0,161	-0,051	-0,171	-0,364	-0,004	-0,196	0,896						
	Sig	0,172	0,341	0,395	0,790	0,366	0,048*	0,984	0,299	0,000**						
BSID LRE	r	-0,153	-0,164	-0,044	-0,064	-0,088	-0,395	0,042	-0,049	0,799	0,723					
	Sig	0,419	0,387	0,816	0,737	0,644	0,031*	0,827	0,798	0,000**	0,000**					
BSID LEX	r	-0,375	-0,411	-0,168	-0,144	-0,216	-0,427	-0,205	0,038	0,871	0,690	0,716				
	Sig	0,041*	0,024*	0,376	0,448	0,252	0,019*	0,276	0,843	0,000**	0,000**	0,000**				
BSID MFI	r	-0,168	-0,180	-0,042	-0,025	-0,056	-0,143	-0,127	-0,052	0,792	0,697	0,537	0,583			
	Sig	0,376	0,342	0,827	0,897	0,770	0,451	0,505	0,785	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
BSID MAM	r	-0,166	-0,066	-0,225	0,173	-0,024	-0,237	-0,016	-0,013	0,716	0,560	0,380	0,543	0,492		
	Sig	0,381	0,728	0,232	0,360	0,900	0,207	0,933	0,945	0,000**	0,000**	0,015*	0,000**	0,001		
LAVE Pont. Padrão	r	0,299	0,132	0,211	-0,013	0,403	-0,052	0,106	0,213	0,537	0,331	0,518	0,479	0,587	0,456	
	Sig	0,201	0,578	0,372	0,958	0,078	0,828	0,655	0,366	0,015*	0,154	0,019*	0,033*	0,007	0,043	
LAVE % acerto	r	0,299	0,132	0,211	-0,013	0,404	-0,052	0,106	0,213	0,536	0,330	0,518	0,479	0,586	0,456	1,000
	Sig	0,201	0,580	0,373	0,957	0,077	0,827	0,657	0,368	0,015*	0,155	0,019*	0,033*	0,007	0,043	0,000

Legenda: *se p-valor $\leq 0,05$, $\leq 0,01$ = significância pelo teste de correlação de Pearson; r= indicador de correlação; Sig= nível de significância.

APÊNDICE BB-

Tabela Bb73. Correlação entre os dados das avaliações do desenvolvimento e comportamento e variáveis biopsicossociais

	Variáveis	Comportamento	Desenvolvimento				
		CBCL	BSID- COG	BSID- LRE	BSID-LEX	BSID-MFI	BSID-MAM
Variáveis de nascimento	Idade gestacional	0,3271	0,0009*	0,0692	0,0291*	0,0373*	0,0781
	Peso ao nascer	0,3861	0,0303*	0,1571	0,0261*	0,0401*	0,0583
	Sexo	0,4693	0,0884	0,6869	0,0958	0,0957	0,2008
	Hiperbillirrubinemia	0,3484	0,4771	0,9535	0,9443	0,6719	0,6773
	Infecção	0,6256	0,0693	0,7177	0,7725	0,2162	0,8718
	Asfixia	0,7186	0,4697	0,7105	0,2110	0,3527	0,8498
	Hemorragia intracraniana	0,8943	0,0306*	0,0942	0,0819	0,0318*	0,0168*
	Problemas neurológicos	0,2320	0,6728	0,4493	0,8140	0,6404	0,5483
	Problemas cardiológicos	0,8147	0,0565	0,0004*	0,2881	0,2560	0,2918
	Risco gestacional	0,1441	0,5332	0,2644	0,5192	0,7105	0,8248
	Dias na UTIN	0,7073	0,0701	0,5603	0,2771	0,0190*	0,0417*
Variáveis psicossociais	Idade da mãe	0,5320	0,3780	0,7415	0,5516	0,2017	0,1429
	Idade da mãe ao nascer	0,5533	0,4660	0,6717	0,5000	0,1751	0,1408
	Renda por pessoa	0,0845	0,7647	0,4611	0,7875	0,2225	0,2795
	Número de irmãos	0,6085	0,3659	0,5669	0,7486	0,6594	0,4134
	Anos de escolaridade mãe	0,4740	0,6305	0,0521	0,4470	0,3266	0,6990
	Anos de escolaridade pai	0,2120	0,0469*	0,3255	0,2369	0,8217	0,6207
	Risco psicossocial	0,3379	0,7263	0,4510	0,1146	0,5825	0,0816
	Risco psicossocial severo	0,0075*	0,8101	0,0026*	0,0819	0,3164	0,2320
	Frequência na creche	0,1088	0,0082*	0,3153	0,1410	0,8862	0,2320
	Pai mora com criança	0,0284*	0,7895	0,1725	0,7285	0,4907	0,1840
	Problemas conjugais	0,3980	0,4548	0,7285	0,0183*	0,2110	0,0515
	Problemas conjugais	0,8147	0,4771	0,2211	0,9443	0,6719	0,5325

Legenda: *se p-valor $\leq 0,05$ indica significância pelo teste de correlação, a partir do Step 0 obtido a partir do método Stepwise para o teste de Regressão Logística.

ANEXOS

ANEXO A -

Tabela 74. Dados de prematuridade (PT) e baixo peso ao nascimento (BP) entre nascidos vivos (NV) no Brasil e no Espírito Santo em 2005

	Mortalidade neonatal	NV	PT (<37 semanas)		BP (2.500g)		PT+ BP	
			F	%	f	%	f	%
Brasil	8,90 / 1.000 NV	2.945.989	192.239	6,52	33.548	1,14	30.958	1,05
ES	9,94/ 1.000 NV	50.763	2.775	5,46	534	1,05	487	0,96

Fontes: Santos, Paiva Neto e Passos (2005); DATASUS (2005).

Legenda: NV= Nascidos vivos; PT= Prematuro; BP= Baixo peso; ES= Espírito Santo.

ANEXO B - Relatório de Alta do HDDS

<p>HOSPITAL DR. DÓRIO SILVA SERVIÇO DE NEONATOLOGIA RELATÓRIO DE ALTA</p>	<p>Reg. Follow-up _____ Matrícula _____</p>	
<p>I - IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Nome da criança: _____ Id: _____ Gs: _____ Nome da mãe: _____ Id: _____ Gs: _____ Nome do pai: _____ Id: _____ Gs: _____ Endereço: _____ Tel: _____ Procedência: _____ <input type="checkbox"/> Comunidade <input type="checkbox"/> Hospital: _____</p>	<p>CRITÉRIOS FOLLOW UP</p> <p>Alto Risco</p>	
<p>II - DADOS MATERNOS</p> <p>Gesta: _____ Para: _____ Ab: _____ Idade Gestacional: _____ sem. <input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> US</p> <p>Fatores de risco familiar: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Sim Fatores de risco Gestacional: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Natimorto prévio <input type="checkbox"/> Aborto prévio <input type="checkbox"/> Ameaça aborto <input type="checkbox"/> PMT prévio <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> Placenta prévia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> HA crônica <input type="checkbox"/> DHEG <input type="checkbox"/> Vícios: <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>		
<p>III - PARTO E NASCIMENTO</p> <p>Local: <input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ DN: ____/____/____ Hora: _____</p> <p>Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Cesariana indicação: _____</p> <p>Anestesia: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locorregional <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> NR Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Múltipla (<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) Apres. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Ou PN: _____ g Comp: _____ cm. PC _____ cm. Sexo: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> In Apgar: ____/____/____ Capuro: _____ sem <input type="checkbox"/> Alg <input type="checkbox"/> Pig <input type="checkbox"/> Gig Reanimação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> O2 + Ambu <input type="checkbox"/> Tot <input type="checkbox"/> Mas. cardíaca <input type="checkbox"/> Drogas: _____ Diag. inicial que motivou a internação _____ Encaminhado a UTIN com: _____ dias _____ h de vida para _____ Outros dados importantes: _____</p>		
<p>IV - PROBLEMAS</p> <p>1 - PREMATURIDADE: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> < 32 sem <input type="checkbox"/> > 32 sem</p> <p>2 - RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconforto adaptativo <input type="checkbox"/> TTRN <input type="checkbox"/> DMH <input type="checkbox"/> PNM <input type="checkbox"/> Displasia broncopulmonar <input type="checkbox"/> PNTX <input type="checkbox"/> SAM <input type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>OXIGÊNIO TERAPIA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Hood _____ dias _____ h. CPAP <input type="checkbox"/> Nasal _____ dias _____ h. <input type="checkbox"/> Traqueal _____ dias _____ h. <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica _____ dias _____ h. <input type="checkbox"/> Cat. art. Umbilical _____ dias. Concentração de O2 <input type="checkbox"/> até 40% <input type="checkbox"/> 40 a 60% <input type="checkbox"/> > 60% FiO2 max _____ % Tempo total de O2 _____ dias _____ h. Drogas <input type="checkbox"/> Aminofilina <input type="checkbox"/> Diurético <input type="checkbox"/> Corticoide <input type="checkbox"/> Surfactante <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p>3 - CARDIOVASCULAR Ex. Físico: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal HA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Drogas: _____ ECG: _____ Data ____/____/____ ECO: _____ Data ____/____/____</p> <p>4 - NEUROLÓGICO</p> <p>a - <input type="checkbox"/> Asfixia severa (apgar < 4 aos 5 min. e/ou clínica e/ou Síndrome Hipoxico - isquêmica) <input type="checkbox"/> Asfixia leve / moderada (apgar < 5 no 1 min. e > 5 no min.)</p> <p>b - <input type="checkbox"/> Ex. neurol anormal durante a internação: <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Abalos / tremores <input type="checkbox"/> Convulsões Precoces / difícil controle <input type="checkbox"/> Tardias <input type="checkbox"/> Equivalentes convulsivos <input type="checkbox"/> Drogas anticonvulsivantes _____ Sucção: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Debil <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Alteração no tonus <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper--> Hipo Recuperação em _____ dias.</p> <p>c - Meningite <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Duvidosa <input type="checkbox"/> Dvp Dilatação ventricular <input type="checkbox"/> Ventriculite d - H.I.C. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Duvidosa Grau <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p>e - Exames F.O <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Data: ____/____/____ U.S.TF <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Data: ____/____/____ U.T <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Data: ____/____/____ R.M <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Data: ____/____/____ C.K.M.B <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Data: ____/____/____</p> <p>f - Outras alterações: _____</p>		<p>Baixo Risco</p>

5 - INFECÇÃO Sim Não
 Tipo: Indeterminada Sepsis PNM ITU Outra
 Etiologia: Indeterminada Bacteriana Congênita Fúngica Torsh
 Outras Hemo: _____ Lcr: _____
 Uro: _____ Tot: _____ Cateter: _____
 Outras: _____
 Esquemas antibióticos: Profilático Terapêutico
 (1) (2)
 (3) (4)

6 - DIGESTIVO Sim Não NEC: Sim Não Grau I II III IV
 Dieta prévia a NEC: Zero LM Fórmula RX. alterado Sim Não
 Dieta: Zero por _____ dias. Gavagem por _____ dias Enteral por _____ dias.
 N. parenteral: Não Sim por _____ dias. Tipo: LM Fórmula na alimentação.
 Curva peso: Adequada Inadequada Mal formação congênita
 Outros problemas / Cirurgia _____
 Dissecção venosa: (No: _____ / dias). Cat. veia umbilical (No: _____ / dias).

7 - METABÓLICO
 Hipoglicemia: Sintomática Assintomática Corticoide _____ dias.
 Conc. max glicose _____ mg% Via: Central Periférica infusão max _____ mg/kg/min
 Hipomagnesemia Hiponatremia Hipocalcemia Hiperglicemia Osteopenia
 Outro: _____

8 - HEMATOLÓGICO < Hb _____ mg% em _____ / _____ / _____ > Ht _____ % em _____ / _____ / _____
 Anemia Policitemia Sintomática Assintomática
 Transfusão: Conc. Hemácias (No _____) Plasma (No _____) Sangue total
 Albumina Crioprecipitado S. Hemouragica Outro _____
 Outros: _____

9 - HIPERBILIRRUBINEMIA Causa provável: _____
 Fototerapia Profilática _____ dias. Terapêutica _____ dias Total: _____ dias/h.
 Exangüineotransfusão: (No _____) Risco de exangüineo: Sim Não
 Bb I max de _____ mg% em _____ / _____ / _____ Bb I de alta _____ mg% em _____ / _____ / _____
 Colestase: Bbd max de _____ mg% em _____ / _____ / _____ Bb D de alta _____ mg%
 Outros exames: (Enzimas / CD / Us) _____

10 - RENAL Malformação LIS: Não Sim
 Função renal: Normal Alterada Insuficiência pré-renal Insuficiência renal
 Outros: _____

11 - ORTOPÉDICO Não Sim
 Ortolani (+) Artrite: Septica Indeterminada
 Osteopenia da Prematuridade Raquitismo
 Outros _____

12 - CIRURGIAS: (data / tipo) _____

13 - OUTRAS PATOLOGIAS: (Incluir malformação congênita e s. cromossômica).

V - LAUDOS / PARECERES

VI - DADOS DA ALTA
 Alta da UTI _____ / _____ / _____ Alta do Hosp. _____ / _____ / _____ Data adm. UTI (se ext) _____ / _____ / _____
 N. dias de UTI _____ dias. Idade cron _____ dias. Idade corrig _____ sem.
 Peso: _____ g. Comp _____ cm. Pc: _____ cm. Ht _____ % Hb _____ mg%
 Alteração ex. físico _____
 Ex. neurológico: _____
 Dieta: _____
 Suplementação: Polivitamínicos (início: _____ d/dose: _____) Fe (início _____ d/dose _____)
 Ca (início: _____ d/dose: _____) P (início: _____ d/dose: _____).
 Outras medicações em uso: _____
 T4 / Pku em _____ / _____ / _____ Última Transfusão em _____ / _____ / _____
 Recomendações _____
 Encaminhado ao Follow-up em _____ / _____ / _____

 Neonatologista

ANEXO C - Folha de Registro de dados de anamnese e evolução das crianças acompanhadas no Serviço de *Follow Up* do HDDS

Unidade Hospitalar _____

FOLHA DE ANAMNESE E EVOLUÇÃO

Registro _____

Enfº _____

Leito _____

DATA	INDICAÇÕES
09/07/04	QUEIXAS
Id-2 A 6m	VACINAS
pc-48	- INTEGRALIDADES
C-88	- ELIMINAÇÕES <i>há diarreia e prostração</i>
P-11.900	ALIMENTAÇÃO
	- EX. PEZINHO <i>não tem que trabalhar</i>
	- MEDICAMENTOS
	- EX. FÍSICO <i>as 11:00h e às 16:00h</i>
	- PLANOS <i>9:30h</i>
	- RETORNO <i>obs: consult. pediatria em 10h</i>
	<u>Neuro</u>
	<u>2 anos 6 mes</u>
	Neurologia
	Dm - ok <i>falco ok</i> Sono - ok
	psic. <i>af. lib. bom</i>
	alt. ment. <i>ok</i>
	*-wega intercorrência <i>neurologia</i>
	Retorno <u>1.02.05</u>
01/02/05	<u>Neuro</u>
Poso-14/8.	<u>3 anos</u> <i>RT - anoxia base</i>
alt. me	<i>sem intercorrência</i>
pc-49.8	<i>falco ok</i>
	<i>social ok</i>
	Dm ok Burr xismo
	Retorno <u>31.1.05</u>
31/01/05	<u>Neuro</u>
alt-4 anos	<u>4 anos</u> <i>sem intercorrência</i>
P-1584	<i>bom ok</i> <i>bom ok</i>
C-1.02	Sim <i>Sim pi scale</i> <i>Retorno 12.1.05</i>

ANEXO E - Protocolo da Entrevista para a Identificação de Riscos Biopsicossociais

**ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS BIOPSSOCIAIS
NA HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA⁷**

DATA: ____/____/____ Entrevistado: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

N.º do Registro da Família: _____
 Nome da Criança: _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
 Ocupação: _____
 Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe? _____
 A criança frequenta creche ou berçário? Sim () Não () Desde que idade? _____
 Tempo de permanência no dia: _____ Relacionamento: _____
 Contato com a mãe (número de horas por dia): _____

Nome do pai: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
 Ocupação: _____

Situação conjugal: solteiro, casado, união consensual, divorciado, separado, viúvo (a)^a
 Na gravidez: _____ No nascimento: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Cidade: _____ Tipo de moradia: própria () alugada () emprestada ()
 Condições de saneamento básico: luz () água encanada () esgoto () asfalto () N.º de cômodos da casa: _____
 Quarto _____ Sala _____ Cozinha _____ Banheiro _____ Dentro () Fora () Quintal _____ N.º de camas^b: _____
 N.º de pessoas na casa: _____ Além dos pais e filhos, há outras pessoas na casa? _____
 Estável () Temporário () Motivo: _____
 Renda familiar: _____ Quantos e quem trabalha: _____

PERFIL DAS CONDIÇÕES FÍSICAS

Hereditariedade
 Pais consanguíneos () Não () Sim Grau de parentesco: _____
 Problemas mentais em avós, tios e primos paternos/maternos () Não () Sim Quem e qual? _____

CONCEPÇÃO DA CRIANÇA^a

Foi planejada? f
 Problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar com relação à gravidez? _____
 Sentimentos de maneira geral, frente à gravidez: _____

Idade da mãe ao engravidar: _____ Idade do Pai: _____ Situação conjugal: _____
 Há quanto tempo se conheciam? _____

GESTAÇÃO^a

-Idade gestacional: _____ Fez pré-natal a partir de que mês? _____ N.º de consultas: _____
 Se não qual o motivo? _____

⁷ Santa Maria-Mengel, MR. "Vigilância do Desenvolvimento" em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças. doutorado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2007.

Riscos Pré-natal^b: Não () Sim () Quais: () hipertensão () diabetes () infecção materna () infecção urinária () sangramentos () álcool () tabagismo () drogas injetáveis/finaláveis () outros Quais? _____

Hospitalização: Sim () Não () Motivo: _____

Saúde Mental: Internação Psiquiátrica: Sim () Não () Motivo: _____

Depressão na gravidez: Sim () Não () Características: _____

Estado geral: vômitos, enjôos Sim () Não () Época e duração: _____

N.º de gestações: _____ N.º de partos: _____

N.º de abortos: _____ Motivos: _____

N.º de filhos nascidos vivos: _____ N.º de filhos natimortos: _____

Filhos falecidos (Idade e causa da morte): _____

Posição da criança quanto à ordem do nascimento: _____ Posição na ordem das gestações: _____

Irmandos da criança^b:

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: / / Sexo: _____ Escolaridade: _____

PARTO: () Normal () Cesárea eletiva () Cesárea não eletiva () Fórceps
Qual o Hospital? _____

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO^b:

Nascimento: _____

Tempo da internação: _____

Peso: _____ Estatura: _____

O bebê teve alta junto com a mãe? _____

Precisou de atendimento especial? _____ Se SIM, Qual? _____

Sentimentos/Reação ao nascimento^b: _____

Aceitação do pai em relação ao nascimento do bebê. Atitudes e comportamentos para com o bebê e a mãe (ajuda a cuidar do bebê, colabora em casa)^a: _____

Riscos Perinatais^b: () não () sim. Quais: () asfixia/anóxia () convulsão () hemorragia intracraniana () alterações respiratórias () infecção () prematuridade () peso inferior a 2500g () icterícia () distúrbio metabólico () outros Qual? _____

Antecedentes morbidos^{b,c}:

otites de repetição () não () sim. () mais que 3 episódios

doenças infecciosas () não () sim. Qual? _____

problema visual () não () sim. Qual? _____

problema auditivo () não () sim. Qual? _____

internação hospitalar () não () sim. Quantas e motivos _____

AMAMENTAÇÃO^a:

Amamentação: Sim () Quando começou? _____

Duração: _____

Não () Motivo: _____

Ritmo e horários: _____

Atitude e comportamento da mãe durante a amamentação (reserva esse momento para se dedicar ao bebê, interferências do ambiente, estabilidade ambiental, presença de outros estímulos): _____

Comportamento do bebê durante a amamentação (chora, agita-se, tranquiliza-se, sorri, olha a mãe, fixa o olhar na mãe, afasta-se do seio, aproxima-se, "brinca" de afastar e aproximar): _____

HORA DO BANHO^a:

Quem dá o banho: _____

Comportamento da criança durante o banho (chora, agita-se, brinca com a água, sorri, olha um ponto fixo até 3 meses, manifesta interesse em outros estímulos externos após os 3 meses): _____

Reação da mãe: _____

SONO (sono Insuficiente, sono Intranquilo, pesadelo, terror noturno, sonambulismo, sonolência e torpor, narcolepsia, outros)^{a,d}:

Onde a criança dorme: _____

Quantidade de períodos de sono: _____

Tempo de duração desses períodos: _____

Comportamento durante o sono: _____

Sono noturno: _____

ALIMENTAÇÃO (obesidade, anorexia, ruminação, pica, coprofagia, bulimia, outros):

A criança tem alguma dificuldade de alimentação? () Não () Sim - Como é?

() "fica enrolando" para comer

() não come o suficiente

() come em excesso

() outra - especificar: _____

SAÚDE^a:

Seguimento em quais especialidades: _____

Vacinação: _____

Estado nutricional aos 6 meses (índices peso/idade, altura/idade, peso/altura)^a: _____

Cólicas: _____

Vômitos: _____

Diarréia: _____

Constipação: _____

Outros: _____

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO

Sustentou a cabeça: _____ Sentou: _____

Engatinhou: _____ Andou: _____

Falou: _____ Quem cuidou e ensinou o bebê? _____

LINGUAGEM (atraso na linguagem, distúrbios na fonação, distúrbios da articulação, gagueira, outros):

Há alguma dificuldade com a fala? () Não () Sim - Qual? _____

COMPORTEMENTO^d:

Como é o temperamento do bebê? _____

A criança apresenta: () birra () ciúme () medo () ansiedade () agressividade () timidez () isolamento social () inquietude () desobediência () oposição () depressão () mentira () caprichos () outros

Especificar: _____

Em qual situação? _____

HÁBITOS E MANIPULAÇÃO DO CORPO^d:

A criança apresenta: () sucção do polegar () roer unhas () sucção da língua () sucção dos lábios () morder os lábios () ranger os dentes () arrancar os pêlos/cabelos () amigos imaginários () tiques () outros Especificar: _____

A criança ainda faz xixi na cama ou na roupa? () Não () Sim – Está sendo ensinada de que maneira? _____

A criança ainda faz cocô na roupa? () Não () Sim – Está sendo ensinada de que maneira? _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS JUNTO COM A MÃE*:

LAZER (PASSEIOS, VISITAS, VIAGENS)*:

Número de vezes na semana: _____

RECURSOS MATERIAIS*:

RECURSO	TEM	JÁ TEVE	Creche/ escola
<input type="checkbox"/> Brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos para movimentos do corpo (balanço...)			
<input type="checkbox"/> Instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos que lida com números (dados, dominó...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos de letras (abecedários, quebra-cabeça com letras...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas...)			
<input type="checkbox"/> Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel			
<input type="checkbox"/> Aparelho de som com discos: só pode ouvir sem mexer () pode mexer ()			
<input type="checkbox"/> Jogos de regras (memória, dominó)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrote, hominhos...)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)			
<input type="checkbox"/> Brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinho de boneca...)			
<input type="checkbox"/> Videogame			
<input type="checkbox"/> Bola, pipa			
<input type="checkbox"/> Outros – especifique			

Há livros em sua casa? () não () sim – tipo:
 () escolares () romances () livros infantis () religiosos () técnicos - científicos
 () enciclopédias () dicionário () outros – especifique: _____
 () revistas () jornais

Oportunidade de uso desses recursos: _____

PRÁTICAS EDUCATIVAS:

Como você ensina a criança no dia a dia? _____

EXPECTATIVAS*:

Como você espera que seja o desenvolvimento do bebê? _____

Como você acha que pode ajudá-lo a se desenvolver? _____

*Onax - prematuro patológico
 não de desenvolvimento físico?*

ÍNDICE DE RISCO / PROTEÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Índice de risco psicossocial de Rutter		
Baixo nível educacional dos pais	Sim ()	Não ()
Habitação superlotada	Sim ()	Não ()
Pais com doença psiquiátrica (distúrbio moderado ou severo – DMS-IV)	Sim ()	Não ()
História de delinqüência (pais)	Sim ()	Não ()
Problemas conjugais (conflitos freqüentes, separação, distância emocional)	Sim ()	Não ()
Maternidade/Paternidade precoces (< 18 anos ou relacionamento < 6m)	Sim ()	Não ()
Rejeição da gravidez	Sim ()	Não ()
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	Sim ()	Não ()
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por + de 1 ano)	Sim ()	Não ()
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	Sim ()	Não ()
TOTAL:		

Risco Psicossocial	
Escore	Baixo = 0 Moderado = 1 ou 2 Severo = > 2

Risco na qualidade da relação M – C		
Pais adolescentes	Sim ()	Não ()
Pais solteiros	Sim ()	Não ()
Pais com apego mínimo (negligentes, seriamente deprimidos, com história de abuso ou que tenham algum trauma não resolvido em sua própria infância, ou a morte dos próprios pais, não continentais)	Sim ()	Não ()
Pais sem técnicas de limites disciplinares (superprotetores, negligentes, abusivos, privadores, punitivos, rejeitadores, geradores de culpa, envergonhadores)	Sim ()	Não ()

Proteção na qualidade ambiental familiar		
Responsividade parental	Sim ()	Não ()
Aceitação da criança pelos pais (afetuosos, tolerantes, estimuladores)	Sim ()	Não ()
Disponibilidade de brinquedos no lar	Sim ()	Não ()
Cuidado organizado / rotina	Sim ()	Não ()

Referências

- a – Linhares, Carvalho, Motta (Roteiro de Entrevista Inicial – Bebês, utilizado na Psicologia Pediátrica do HCFMRP-USP)
- b – Pedromônico (Protocolo de Identificação de riscos biológicos e de comportamento Setor de Desenvolvimento do Comportamento da Criança e do Adolescente - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP)
- c – Halpern et al. (2000)
- d – OMS (1993)
- e – Marturano (1999)
- f – Rutter, Quinton (1977)

GLOSSÁRIO

Apgar: “(...) avaliação rápida da frequência cardíaca, respiração, cor, tônus muscular e reflexos do recém-nascido, que é usado para aferir o estresse perinatal e determinar se o neonato necessita de assistência médica imediata” (Shaffer, 2005, p. 311).

Atelectasia: É o colapso de parte ou de todo pulmão. Ou seja, o pulmão "murcha" numa parte ou na sua totalidade por um bloqueio na passagem do ar pelos brônquios de maior ou menor calibre (brônquio ou bronquíolo, respectivamente). A atelectasia pulmonar poderá estar acompanhada de dor torácica, tosse ou dificuldade para respirar (Costa & Marba, 2003).

Baixo peso ao nascer: O baixo peso ao nascer (BP) é definido como inferior a 2.500g. O muito baixo peso (MBP) ao nascer refere-se ao peso inferior a 1.500g (Linhares et al., 2006).

DBP: Displasia Broncopulmonar. Anormalidade no desenvolvimento da região broncopulmonar.

DMH: Doença da Membrana Hialina. É o distúrbio respiratório mais frequente nos recém-nascidos pré-termos. Apesar dos avanços preventivos e terapêuticos, continua sendo uma das grandes causas de insuficiência respiratória nestes recém-nascidos. É causada pela deficiência do surfactante pulmonar, levando ao acúmulo de material protéico na superfície dos alvéolos, a edemas e atelectasias alveolares. Os recém-nascidos prematuros frequentemente não produzem uma quantidade suficiente de surfactante, assim, o alvéolo pulmonar não permanece aberto entre as respirações, podendo levar ao colapso dos pulmões (Costa & Marba, 2003).

Exame CKMB: Exame para a identificações de problemas cardiovasculares (Machado, Feres, Feijó, Andrade & Nogueira' 1995).

Exame RM: Procedimento de Ressonância Magnética. É um importante procedimento de avaliação médica das crianças pré-termo (Hamrick, 2004).

Exame USTF: Ultrassom transfontanela, que permite avaliar o cérebro da criança do nascimento até aproximadamente um ano de vida (Méio, Lopes & Morsh, 2003).

Icterícia: A icterícia é definida como coloração amarelada da pele, escleróticas e membranas mucosas consequente à deposição, nesses locais, de pigmento biliar (bilirrubina), o qual se encontra em níveis elevados no plasma (hiperbilirrubinemia). A icterícia é clinicamente detectada quando a concentração sérica de bilirrubina ultrapassa 2-3mg/100ml (valor normal: 0,3-1,0mg/100ml). A detecção de icterícia tem importante valor semiológico e deve ser sempre valorizada. A icterícia reflete perturbações na produção e/ou em passos do metabolismo/excreção da bilirrubina e pode ser manifestação clínica de numerosas doenças hepáticas e não hepáticas (Martinelli, 2004).

Método Capurro: O método Capurro utiliza critérios físicos que amadurecem com o avançar da idade fetal, como firmeza progressiva do pavilhão da orelha, volume crescente do tecido mamário, diminuição dos pelos finos e imaturos de lanugem sobre o dorso e diminuição da opacidade da pele. Tais sinais são avaliados durante o primeiro dia de vida e lhes são atribuídos pontos. Um valor cumulativo correlaciona-se com a IG e essa correlação geralmente é precisa, com margem de erro de duas semanas (Egewart, Pires & Ana Guardiola, 2002).

Idade corrigida: Entende-se por correção de idade a adequação da idade cronológica da criança subtraindo o tempo decorrente entre o nascimento pré-termo até a idade de 40 meses (média entre 37 e 42 meses, que seria a o tempo normal

de gestação) (Babson, 1970). Alguns pesquisadores consideram necessária a correção da idade em crianças nascidas prematuras durante avaliações do desenvolvimento ao primeiro ano de vida (Restife & Gherpelli, 2006) por entenderem que, sem o ajuste da idade cronológica, a criança apresentaria um prejuízo em seu desempenho nos testes, ao ser considerada como mais velha do que realmente é. Por outro lado, também existe a idéia de que a correção em idades mais avançadas pode retardar a identificação de quaisquer atrasos (Pedromônico, 2006). A literatura apresenta sugestões de idades-limite para a correção variando entre 13 e 36 meses (Restife & Gherpelli, 2006; Rugolo, 2005). Neste estudo, não foi realizada a correção de idade dos participantes.

Prematuridade: A Organização Mundial da Saúde (1992, 2003) considera prematura a criança que nasceu com idade gestacional inferior a 37 semanas.

Programas de *Follow up*: Programas de avaliação longitudinal de aspectos do desenvolvimento (Rodrigues, Barreto, Pompeu, Fiori, 2007).