

História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g)

Ana Emilia Vita Carvalho^{1 2}

Maria Beatriz Martins Linhares

Francisco Eulógio Martinez

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Resumo

O presente estudo comparou a história de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento de 20 crianças de 8 a 10 anos nascidas pré-termo < 1500g (MBP) emparelhadas a 20 crianças controle nascidas a termo. Foram realizadas entrevistas e foi aplicada a Escala Comportamental de Rutter nas mães e o Raven nas crianças. Verificou-se sinais de atraso na aquisição de comportamentos psicomotores iniciais e lateralidade manual canhestra no MBP em relação ao controle. Na fase escolar, a maioria das crianças de ambos os grupos apresentou nível intelectual médio e estava freqüentando escola regular. As crianças MBP apresentaram mais repetência escolar do que as controles e reuniram uma parcela de 20% de crianças com déficit auditivo. Embora em ambos os grupos tivesse indicação de problemas comportamentais na Rutter, as crianças MBP apresentaram mais problemas respiratórios, enurese noturna, recusa escolar, agitação, impaciência, inquietude e agarramento à mãe em comparação a escolares de Ribeirão Preto.

Palavras-chave: Pré-termo; muito baixo peso; desenvolvimento cognitivo; comportamento; aprendizagem.

Developmental History and Behavior of Pre-Term and Low Birth-Weight Children (<1.500g)

Abstract

The aim of this study is to compare the developmental history, learning and behavior of 20 pre-term and very low birth-weight children (VLB) and 20 full-term children at eight-ten years old. Data collection included interviews and the Child Behavioral Scale administered to the mothers and the Raven test to the children. Signs of delay in psychomotor behaviors acquisitions and predominance of the left hand use in the VLB compared to the control group were detected. In the school phase, most of the children of both groups presented average intellectual level and were attending regular schools. In the VLB group there was a significantly higher proportion of school failure than in the control group and there were 20% of children with hearing impairment. Although both groups had signs of behavior problems, the VLB group showed more respiratory problems, enuresis, school-refuse, agitation, impatience and attachment to the mother than school children from Ribeirão Preto.

Keywords: Pre-term; very low birth weight; cognitive development; behavior; learning.

Avanços na assistência prestada a recém-nascidos pré-termo e com baixo peso, de alto risco do ponto de vista biológico, têm contribuído para o aumento significativo dos índices de sobrevivência dessas crianças. Surgem, no entanto, algumas questões acerca da qualidade de vida e da interação dessa criança com seu ambiente familiar ao longo do desenvolvimento (Bradley & Casey, 1992).

De acordo com Lubchenco (1984), a importância do peso de nascimento, assim como da idade gestacional, na previsão de problemas em recém-nascidos, se justifica pelo papel relevante que estes desempenham na

maturidade de vários sistemas em crianças nascidas pré-termo. Portanto, peso de nascimento e idade gestacional são variáveis interrelacionadas e possíveis desvios de qualquer um dos parâmetros para fora da faixa de normalidade resultarão em aumento da morbidade neonatal.

Para melhor classificar os recém-nascidos em relação à variável peso de nascimento Lubchenco (1984) adota a seguinte definição: *recém-nascido muito baixo peso* (< 1.500 g), *recém-nascido baixo peso* (< 2.500 g) e *recém-nascido com peso acima de 2.500 g*. Com relação à idade gestacional esse autor adota a classificação descrita a seguir: *nascimento pré-termo* (até a 37ª semana de gestação), *nascimento a termo* (entre a 38ª e 42ª semanas de gestação) e *nascimento pós-termo* (após a 42ª semana de gestação).

Segundo Usher (1984), crianças que nascem nessas condições de prematuridade estão sujeitas a várias doenças que complicam seu período neonatal, como por exemplo:

¹ Endereço para correspondência: Avenida Nove de Julho, 980, Ribeirão Preto, SP, 14.025-000. Fone: (16) 625-0309; Fax (16) 635-0713 E-mail: anaevc@zaz.com.br; linhares@fmrp.usp.br

² Parte do trabalho de Dissertação de Mestrado da primeira autora sob orientação da segunda autora. Apoiado parcialmente pela CAPES (1997) e pela FAPESP (1998)

excessiva icterícia, dificuldade respiratória, infecções, doenças metabólicas, danos cerebrais e prejuízo neurológico ou neurosensorial. Sendo assim, o grupo de recém-nascidos extremamente pré-termo, e baixo peso (< 1.500 g e menos de 37 semanas), tem sido alvo de constante preocupação entre pesquisadores e profissionais da área da saúde, por ser considerado um grupo de alto risco para desenvolver problemas de desenvolvimento.

A preocupação com o impacto da condição de prematuridade e baixo peso no curso do desenvolvimento e na adaptação psicossocial da criança, impulsionou a realização de pesquisas de seguimento após a alta hospitalar (Klaus & Kennell, 1982). Em geral, esses estudos procuram avaliar a criança em diferentes fases do desenvolvimento, do nascimento até a adolescência, e em diversos aspectos como por exemplo: crescimento físico (Bettioli, 1995), desenvolvimento neuropsicomotor (Fisberg, Anti & Yamashiro, 1997), lateralidade manual (Saigal, Rosenbaum, Szatmari & Hoult, 1992), comportamento (Bradley & Casey, 1992), cognição (Bradley e cols., 1993) e desempenho escolar (Hack e colaboradores, 1994; Novello, Degraw & Kleinmam, 1992). Além disso, são também focalizadas variáveis do contexto ambiental familiar (nível de escolaridade e ocupação dos pais, nível sócio-econômico e mediação materna) na sua relação com a condição prematuridade e baixo peso.

Alguns desses estudos se propõem a estabelecer comparações entre crianças pré-termo e com baixo peso e crianças nascidas a termo e com peso apropriado para idade gestacional, enquanto outros comparam crianças baixo peso entre si levando em conta variações de peso desde menos de 1.500 até 2.500 gramas.

Segundo Novello e colaboradores (1992), as crianças de baixo peso ao nascimento têm de sete a dez vezes mais riscos do que as crianças normais para desenvolver problemas graves tais como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental. Além disso, apresentam de duas a três vezes mais probabilidade de apresentar desempenho escolar comprometido e ter problemas de doenças crônicas. Quando a variável peso de nascimento foi combinada com a variável ambiental pobreza, foi observado um aumento considerável da condição de risco.

Fisberg e colaboradores (1997), em um estudo de revisão sobre desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de baixo peso, concluíram que a maior parte dos estudos disponíveis apresenta dados que mostram deficiências importantes no aspecto cognitivo e motor de crianças baixo peso de nascimento quando comparadas com às de peso adequado. No entanto,

variáveis sociais e econômicas, desempenham papel primordial no desenvolvimento psicomotor, dificultando a interpretação dos achados individuais resultantes do baixo peso de nascimento.

O fato de o ambiente intensificar a condição de risco fica mais evidenciada em estudos de seguimento que focalizam o desenvolvimento mental e o comportamento da criança de baixo peso ao longo dos anos. Não só a condição social como variável ampla e distal, mas especificamente a variável proximal de mediação do desenvolvimento e aprendizagem proporcionada à criança através dos cuidados maternos, tem sido apontada como variável significativa na diferenciação da história de desenvolvimento de crianças de baixo peso ao nascer em comparação com crianças nascidas com peso apropriado.

Bradley e cols. (1993) apontaram que o curso de desenvolvimento da criança de baixo peso está fortemente associado com a qualidade do ambiente de cuidados que a criança recebe e a história médica inicial. A mediação do ambiente na relação entre QI da mãe e QI da criança mostrou um efeito significativo no desenvolvimento das crianças, principalmente aos três anos de idade.

Bradley e Casey (1992) realizaram um estudo de revisão de pesquisas existentes acerca da qualidade de desenvolvimento de crianças nascidas com baixo peso, discutindo as implicações para um programa de intervenção familiar, enfocando as práticas de cuidados parentais e o desenvolvimento dessas crianças nos primeiros cinco anos de vida. Esses autores referem que tanto o suporte sócio-emocional (responsividade, aceitação e atenção dos pais), quanto a estimulação cognitiva dentro do ambiente familiar (envolvimento dos pais no processo de aprendizagem da criança) estão associados com melhores resultados no crescimento e desenvolvimento da criança. Em particular, o estudo de Sameroff e Chandler (1975, citado por Bradley & Casey, 1992) indica que o desenvolvimento de crianças nascidas com baixo peso está vinculado ao suporte que estas recebem do meio familiar; salvo algumas exceções tais como crianças que nascem com danos neurológicos ou prejuízos no sistema sensorial. Mencionam, ainda, que mesmo nesses casos o curso do desenvolvimento sofreu influência da interação entre a criança e o ambiente. Diante desses achados, os autores salientam três aspectos que julgam importante: a plasticidade do desenvolvimento, o importante papel desempenhado pelo ambiente no curso do desenvolvimento e a convicção de que o resultado desenvolvimental está em função da dinâmica de interação pessoa-ambiente.

Paralelamente a estudos que enfatizam o desenvolvimento cognitivo e psicomotor da criança, encontram-se estudos que focalizam aspectos do comportamento e da adaptação psicossocial da criança baixo peso. Estudos têm sinalizado que mães de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso percebem suas crianças, no período pós-parto, como mais irritáveis, choronas e hipoativas do que mães de crianças nascidas a termo (Levy-Shiff, Einat, Mongilner, Lerman & Krikler, 1994; Stjernqvist, 1993). Além disso foram mais freqüentes distúrbios de comportamento, tais como hiperatividade, problema de temperamento, desatenção, comportamento opositor, ansiedade, inibição social, tiques e comportamento estereotipado, em crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso em comparação com crianças nascidas a termo (Landry, Chapieski, Rivhardson, Palmer & Hall, 1990). Essa dificuldade torna-se intensificada quando a criança pré-termo apresentava alto grau de risco médico, como por exemplo hemorragia intracraniana, broncodisplasia, prejuízo neurológico ou sensorial, má formação genética ou doenças metabólicas (Landry e cols., 1990; Laucht, Esser & Schmit, 1997).

O estudo de Weiglas-Kuperus, Koot, Baerts, Fetter e Sauer (1993) salientou que crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso apresentaram em larga escala dois padrões de problemas de comportamento: depressão (que parece estar ligado à qualidade do relacionamento familiar) e problema de desatenção (que parece estar relacionado indiretamente a anormalidades cerebrais).

Outra contribuição importante desses estudos refere-se ao fato de que crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso apresentaram na adolescência menor ajustamento emocional, sinais de depressão e ansiedade, agressividade e baixa auto-estima no contexto familiar e escolar, em relação ao grupo controle. Apontaram que essa condição de nascimento é um importante preditor, na adolescência, para QI rebaixado, problemas de coordenação viso-motora e comportamento hiperativo (Levy-Shiff e cols., 1994; Levy-Shiff, Einat, Mongilner, Lerman & Krikler, 1994).

A literatura pesquisada tem salientado que o nascimento pré-termo pode ter um efeito diferencial no desenvolvimento da criança, estando intimamente relacionado a fatores sócio-ambientais. Um ambiente familiar adequado pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal e, em contrapartida, um ambiente familiar inadequado pode intensificar este risco. A condição de pobreza, por exemplo, aparecia associada a um prognóstico desfavorável no funcionamento global da criança pré-termo, enquanto que ambientes com pelo menos três fatores protetores (responsividade parental,

aceitação do comportamento da criança, disponibilidade de brinquedos) favorecia o aparecimento de sinais precoces de resiliência na criança (Bradley e cols., 1993; Kalmár & Boronkai, 1991).

A interação entre fatores de risco biológico (prematividade e muito baixo peso ao nascimento) e de risco social (adversidade familiar) podem resultar em problemas sócio-emocionais na criança. Mães de crianças pré-termo com baixo nível educacional relataram maior índice de problemas de comportamento em suas crianças quando comparadas com mães de crianças controle (Brooks-Gunn, Klebanov, Liaw & Spiker, 1993; Laucht e cols., 1997).

Observou-se que a influência do ambiente social tem seu efeito aumentado no desenvolvimento da criança pré-termo após o primeiro ano de vida. Aos dois anos de idade cronológica a estimulação cultural e boas condições sócio-econômicas tendem a reduzir os efeitos do risco biológico de prematuridade e muito baixo peso. Os fatores psicossociais foram considerados importantes preditores dos resultados do desenvolvimento da criança pré-termo em idade escolar e na adolescência e a atitude materna foi associada a menor índice de problemas de desenvolvimento (Levy-Shiff e cols., 1994; Sansavini, Rizzardi, Alessandrini & Giovanelli, 1996).

De modo especial, o papel desempenhado pela figura materna tem sido destacado como variável importante do ambiente familiar da criança. De acordo com Laucht e cols. (1997), mães de crianças pré-termo e com muito baixo peso demonstraram ter maior sensibilidade aos sinais comunicativos do bebê e apresentam alto nível de responsividade. Em situação de interação foram mais intrusivas, a fim de tentar compensar a percepção da vulnerabilidade biológica da criança no primeiro ano de vida, quando comparadas com mães de crianças nascidas a termo (Sobotková, Dittrichová & Mandys, 1996).

Entretanto, quando as mães de crianças pré-termo apresentavam sintomas depressivos no período pós-parto era evidenciada baixa responsividade materna, que quando associada ao baixo nível educacional paterno relaciona-se ao aparecimento de atraso de linguagem na criança (Sansavini e cols., 1996; Wilfong, Saylor & Elksnin, 1991). O impacto do nascimento pré-termo tende a ser uma experiência estressante para a maioria das mães, implicando muitas vezes na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança. Tais estudos apontam, no entanto, que as variáveis de maior peso para o estresse familiar acabam sendo o baixo nível educacional e sócio-econômico dos pais (Brandt, Magyary, Harnmond & Barnard, 1992; Levy-Shiff e cols., 1994; Sobotková e cols., 1996). Verifica-se, ainda, que mães de crianças pré-termo

que não tiveram suporte social adequado e experimentaram mais eventos estressores durante a gravidez apresentaram menor equilíbrio psicológico, dificuldade para exercer a maternagem e para estabelecer um padrão de interação adequado com a criança (Gennaro, Brooten, Roncoli & Kumar, 1993).

Um estudo em particular referiu que mesmo em ambiente sócio-econômico-cultural favorável (de classe média) o nascimento pré-termo e com muito baixo peso permanece como um fator de preocupação do desenvolvimento da criança para a família (Pearl & Donahue, 1994). Entretanto, este estudo sinaliza que mães de crianças nascidas pré-termo demonstraram alta expectativa em relação ao desenvolvimento de suas crianças, discordando que estas poderão vir a ter problemas futuros e acreditando que um ambiente favorável e adequado promoverá um alto quociente de desenvolvimento da criança.

Além da interação materna, outras variáveis tais como: complicações médicas da criança, o *status* cognitivo materno, o uso de droga na gravidez e mudanças na composição familiar mostraram relação significativa com o desenvolvimento e a competência social da criança nascida pré-termo (Gennaro, York, Brown, Stringer & Brooten, 1994; Landry e cols., 1990).

Diante da preocupação comentada inicialmente acerca da qualidade de vida de crianças nascidas com muito baixo peso e pré-termo e da interação dessas crianças com seu ambiente familiar ao longo do desenvolvimento, é proposto o presente estudo (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP) que tem por objetivo comparar crianças nascidas com muito baixo peso (< 1.500 g) e crianças nascidas com peso acima de 2.500 g na fase escolar, quanto a: a) história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial do nascimento até a idade escolar, obtida através do relato das mães; b) características do comportamento atual da criança, segundo o julgamento da mãe.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 40 crianças de oito a 10 anos de idade ($Md = 8.10$ anos), nascidas entre os anos de 1987 e 1990 no Hospital das Clínicas da FMRP, e suas mães sendo: 20 mães de crianças nascidas prematuras e com peso abaixo de 1.500 gramas (grupo muito baixo peso - MBP) e 20 mães de crianças nascidas a termo e com peso acima de 2.500 gramas (grupo controle - C). As crianças selecionadas para esse estudo preencheram o seguinte critério: peso abaixo de 1.500 g e peso de nascimento acima de 2.500 g para a composição dos

grupos MBP e C respectivamente. Os grupos foram emparelhados quanto ao sexo e idade.

O grupo de crianças MBP apresentou peso de nascimento entre 540 e 1.470 g ($Md = 1.240g$) e idade gestacional entre 24 e 34 semanas ($Md = 29$). A grande maioria das crianças estava cursando escola entre 1ª e 3ª série, em série compatível com a idade. Inclui-se, entre estas, uma criança com deficiência auditiva. Duas crianças estão cursando classe especial para portadores de deficiência auditiva correspondentes à primeira série e à Pré-escola, respectivamente, e duas crianças nunca freqüentaram escola, sendo uma criança com deficiência auditiva. O nível intelectual dessas crianças, medido pelo Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial, com padronização brasileira de Angelini, Alves, Custódio & Duarte, 1988, correspondeu ao nível intelectual médio (percentil $Md = 50$ e amplitude de variação de 25 a 50). Os pais tinham nível de escolaridade de primeiro grau apresentando mediana de seis anos de escolaridade para mães e quatro anos para pais. O nível ocupacional era caracterizado por atividades não qualificadas (doméstica, pedreiro) ou de qualificação inferior (atendente infantil, comerciante), segundo a escala Soares e Fernandes (1989) e a renda *per capita* variou entre 40 reais e 558 reais ($Md = 141.50$). Quanto ao nível intelectual das mães, medido pelo Teste das Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral, predominou a classificação inteligência definidamente abaixo da média (percentil $Md = 10$).

As crianças do grupo C apresentaram peso de nascimento entre 2.547 e 4.180 g ($Md = 3.040$ g) e idade gestacional entre 37 e 42 semanas ($Md = 40$). A maioria estava cursando escola regular entre 1ª e 4ª série, em série compatível com a idade, sendo que duas crianças nunca freqüentaram escola. O nível intelectual das crianças, medido pelo Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial, correspondeu à classificação de inteligência média (percentil $Md = 50$ e amplitude de variação de 25 a 50). Quanto aos pais, observou-se predominância do nível de escolaridade de primeiro grau, apresentando mediana de cinco anos de escolaridade para as mães e para os pais. O nível ocupacional foi caracterizado por atividades não qualificadas (doméstica, tratorista) e de qualificação inferior (escriturária, motorista) e a renda *per capita* variou entre 25 reais e 875 reais ($Md = 141$). As mães apresentaram nível intelectual definidamente abaixo da média (percentil $Md=10$), medido pelo Teste das Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral.

No que se refere a classificação do nível intelectual materno, este pode estar sendo subestimado, porque a amostra de padronização do teste é americana. As mães

não podem ser consideradas deficientes, pois mostraram bom nível de compreensão nas entrevistas, sendo esse dado considerado apenas para finalidade de comparação dos grupos.

Com relação à comparação das características dos dois grupos, foram encontradas diferenças, como era de se esperar, estatisticamente significativas apenas com relação às variáveis da criança: peso de nascimento, idade gestacional e tempo de hospitalização ($p < 0,001$; teste de Mann-Whitney). As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas, o que permite considerar os grupos comparáveis entre si, de acordo com o objetivo do estudo.

Material

Foram utilizados os seguintes materiais: a) Roteiro de entrevista com as mães (Carvalho & Linhares, 1998, baseado em Magna, 1997) (Anexo A); b) Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter, adaptação e padronização brasileira de Graminha (1998) (Anexo B); c) Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial (Raven, Raven & Court, 1988); d) Teste das Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral (Raven, 1983); e) gravador e fitas cassete.

Procedimento

Primeiramente, os participantes foram selecionados através de consulta aos livros de registros de nascimento do Serviço de Neonatologia do HCFMRP-USP. Foram realizadas cinco sessões, agendadas previamente com a mãe. As três sessões iniciais foram destinadas à aplicação do roteiro de entrevista, e na última sessão, foi realizada a aplicação da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter e do teste de Raven - Escala Geral com a mãe, e uma sessão para aplicação do teste de Raven - Escala Especial com a criança.

Inicialmente procedeu-se à transcrição das entrevistas com a mãe e o registro dos relatos obtido foi submetido à análise de conteúdo das respostas das mães aos diferentes tópicos temáticos do roteiro para categorização dos dados, quando necessária, e posterior quantificação. Para este estudo específico foram analisadas somente as seguintes áreas do roteiro de entrevista: condições de gestação e nascimento, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento da fala, história escolar, condições de saúde da criança e tratamentos ou seguimentos.

Na avaliação da Escala de Rutter foi atribuída a cada item da escala uma pontuação de zero a dois, considerando-se: *zero* (ausente), os itens que na avaliação da mãe nunca se aplicavam a seu filho; valor *um*

(moderado), os itens que se aplicavam ocasionalmente e *dois* (severo), os itens que se aplicavam com certeza. Em seguida, calculava-se a pontuação de cada criança nas três áreas da escala: saúde, hábito e comportamento, assim como a pontuação geral. Na análise dos resultados da Escala Rutter o grupo MBP, além de ser comparado ao grupo C, foi comparado aos dados do grupo de escolares da padronização da escala do estudo de Graminha (1998).

Quanto ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e Teste das Matrizes Progressivas de Raven - Escala Geral, estes foram avaliados segundo as normas dos testes em termos de percentil e classificação do nível intelectual.

Na comparação dos grupos foram utilizados os seguintes testes estatísticos: *Mann-Whitney*, para caracterização dos sujeitos, tempo de permanência no hospital, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento da fala; teste *Exato de Fisher*, para análise das condições de gestação e de nascimento, doenças e situações de risco enfrentadas pela mãe no decorrer da gravidez, cuidados médicos dispensados ao bebê, evolução motora ampla e motora fina e predomínio do uso das mãos na criança, comportamento frente à aquisição motora de andar, dificuldade de fala, história e dificuldade escolar, e os itens de comportamento avaliados pela escala de Rutter; *Gart-Nam*, para análise das condições de saúde da criança. O teste do *Qui-quadrado* foi utilizado para comparação dos grupos estudados quanto ao comportamento avaliado pela escala de Rutter, de acordo com a nota de corte (score > 16) indicadora da necessidade de atendimento psicológico segundo Graminha (1998).

Resultados

A Tabela 1 mostra os dados acerca da história de gestação e de nascimento das crianças nascidas com peso abaixo de 1.500 g e das crianças C. Pode-se observar na Tabela 1 que apenas duas variáveis apresentaram diferença significativa entre os grupos. Ocorreu maior número de mães do grupo controle que apresentaram falta de planejamento na gravidez em relação às do grupo MBP. Por outro lado, verifica-se menor número de mães do grupo MBP que amamentaram seus bebês quando comparadas às do grupo controle ($p \leq 0,0006$).

Com relação à situação de doenças enfrentadas pelas mães no decorrer da gravidez, verificou-se que 0,90 de mães do grupo MBP e 0,65 de mães do grupo controle relataram ter enfrentado problemas de doença na gravidez, não havendo no entanto diferença significativa entre os grupos.

Tabela 1. Condições de Gestação e de Nascimento - Frequência e Proporção de Sujeitos (N=20) (Teste Exato de Fisher)

Condições de gestação e nascimento	MBP		C	
	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Gravidez - planejada	9	0,45	3	0,15
- não planejada	11	0,55 *	17	0,85
Idade dos pais: Mãe - 15 - 20	3	0,15	1	0,05
- 21 - 29	8	0,40	10	0,50
- 30 ou mais	9	0,45	9	0,45
Pai - 15 - 20	2	0,10	1	0,05
- 21 - 29	10	0,50	9	0,45
- 30 ou mais	8	0,40	10	0,50
Situação conjugal dos pais - solteiro	3	0,15	3	0,15
- casado / amasiado	17	0,85	17	0,85
Acompanhamento pré-natal (trimestre) - 1º	15	0,75	16	0,80
- 2º	4	0,20	2	0,10
Tipo de parto - cesariana	13	0,65	9	0,45
- normal / fórceps	7	0,35	11	0,55
Aleitamento natural - sim	9	0,45 *	19	0,95
- não	11	0,55	1	0,05

* $p \leq 0,05$

Tabela 2. Doenças da Mãe durante a Gravidez - Frequência e Incidência (Teste Exato de Fisher)

Doenças da mãe na gravidez	MBP (<i>n</i> = 18)		C (<i>n</i> = 13)	
	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>
Hipertensão arterial	7	0,35	4	0,33
Infecções (urinária, viral, parasitária)	5	0,27	3	0,23
Infecção ginecológica	2	0,11	3	0,23
Cardiopatias	1	0,05	0	0
Anemia	4	0,22	2	0,16
Hipotensão arterial	0	0	1	0,07
Bronquite asmática	1	0,05	0	0
Má nutrição	3	0,16	0	0
Rubéola	0	0	2	0,15
Hepatite	1	0,05	1	0,07
Desmaios	0	0	1	0,07
Diabete gravídica	1	0,05	0	0
Labirintite	1	0,05	0	0

A Tabela 2 apresenta um panorama dos tipos de doenças enfrentadas pelas mães na gravidez. Quanto às doenças enfrentadas pelas mães durante a gravidez, apresentadas na Tabela 2, nota-se que em ambos os grupos há maior incidência de hipertensão arterial.

No que se refere ao enfrentamento de situações de risco durante a gravidez, verificou-se que o grupo MBP apresentou significativamente mais mães que relataram

ter enfrentado situações de risco, consideradas em conjunto (1,00) do que o grupo controle (0,80) (Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$).

Na Tabela 3 encontram-se os dados relativos ao tipo de situações de risco enfrentadas pelas mães na gravidez.

Segundo os dados da Tabela 3 observa-se que não ocorreram diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos tipos de situações de risco enfrentadas

Tabela 3 . Situações de Risco Enfrentadas Durante a Gravidez - Frequência e Incidência (Teste Exato de Fisher)

Situações de risco durante a gravidez	MBP (<i>n</i> = 20)		C (<i>n</i> = 16)	
	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>
Uso de medicações	7	0,35	4	0,25
Tombos	5	0,25	4	0,25
Tabagismo	5	0,25	3	0,18
Ingestão de bebida alcoólicas	3	0,15	2	0,12
Risco de aborto	4	0,20	5	0,31
Transfusão de sangue	1	0,05	0	0
Tentativa de aborto	3	0,15	1	0,06
Problemas conjugais	6	0,30	6	0,37
Problemas financeiros	9	0,45	10	0,62

pela mãe durante a gravidez. Há uma tendência a ocorrer queixa de problemas financeiros e problemas conjugais enfrentados nesse período por ambos os grupos e uso de medicação pelo grupo MBP. Com relação aos cuidados médicos especializados recebidos pelo RN após o nascimento, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa quando comparados os dois grupos,

tomando-se como média 40 semanas de idade gestacional.

Comparando-se as aquisições dos comportamentos motores iniciais entre o grupo MBP e o grupo controle, na Tabela 5, observa-se diferença estatisticamente significativa que diz respeito à aquisição dos comportamentos de sorrir, sentar com apoio, sentar sem

Tabela 4 . Tipos de Cuidados Médicos Especializados com o Bebê após o Nascimento - Frequência e Incidência (Teste Exato de Fisher)

Tipos de cuidados médicos	MBP (<i>n</i> = 20)		C (<i>n</i> = 6)	
	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>
Oxigênio	20	1,00 *	2	0,33
Incubadora aquecida	19	0,95 *	2	0,33
Fototerapia	13	0,65 *	4	0,66
Entubação	12	0,60 *	1	0,16
Sonda Oro-Gástrica	9	0,45 *	1	0,16

* $p \leq 0,05$

predominando este tipo de cuidado no grupo MBP (1,00) em relação ao grupo controle (0,30), naturalmente sinalizando uma necessidade própria desta condição de nascimento (Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$).

Na Tabela 4 observa-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com relação aos cuidados médicos com o bebê após o nascimento; houve maior incidência no grupo MBP ($p < 0,05$) de uso de oxigênio, incubadora, fototerapia, intubação e sonda oro-gástrica em relação ao grupo controle.

Na Tabela 5 apresentam-se os dados do desenvolvimento neuropsicomotor referentes aos comportamentos motores iniciais no primeiro ano de vida das crianças. Utilizou-se a correção das idades para a avaliação dos comportamentos de sustentar a cabeça, sorrir, sentar com e sem apoio, engatinhar e andar,

poio, engatinhar e andar, segundo a percepção da mãe. A maioria das crianças do grupo MBP adquiriu esses comportamentos após a faixa de normalidade, diferentemente das crianças controle que o apresentaram antes ou dentro da faixa de normalidade. Com relação à aquisição motora de sustentar a cabeça, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, embora possa-se notar maior proporção de crianças no grupo MBP (0,95) adquirindo esse comportamento após a faixa de normalidade, mesmo tendo sido feita a correção da idade gestacional.

No que se refere ao comportamento da criança frente à aquisição motora de andar, verificou-se que mais mães do grupo MBP (0,40) percebiam significativamente menos segurança na criança em comparação com as mães do grupo controle (0,25) (Teste do Qui-quadrado, $p < 0,05$).

Tabela 5 . Desenvolvimento Neuropsicomotor - Aquisições de Comportamentos Motores Iniciais - Frequência e Proporção de Sujeitos (Teste de Exato de Fisher)

Comportamentos motores iniciais	MBP		C	
	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Sustentar a cabeça (1 - 2meses)**	19	0,95	14	0,70
- após a faixa de anormalidade	1	0,05	4	0,20
- antes ou dentro da faixa de normalidade	0	0	2	0,10
- sem informação da mãe				
Sorrir (3 - 4 meses)**				
- após a faixa de normalidade	9	0,45 *	0	0
- antes ou dentro da faixa de normalidade	6	0,30	16	0,80
- sem informação da mãe	5	0,25	4	0,20
Sentar com apoio (5 - 7 meses)**				
- após a faixa de normalidade	8	0,40 *	1	0,05
- antes ou dentro da faixa de normalidade	12	0,60	18	0,90
- sem informação da mãe	0	0	1	0,05
Sentar sem apoio (8 - 9 meses)**				
- após a faixa de normalidade	10	0,50 *	1	0,05
- antes ou dentro da faixa de normalidade	9	0,45	17	0,85
- sem informação da mãe	1	0,05	2	0,10
Engatinhar (7 - 9 meses)**				
- após a faixa de normalidade	8	0,40 *	1	0,05
- antes ou dentro da faixa de normalidade	6	0,30	12	0,60
- não engatinhou	5	0,25	6	0,30
- sem informação da mãe	1	0,05	1	0,05
Andar (10 - 12 meses)**				
- após a faixa de normalidade	17	0,85 *	7	0,35
- antes ou dentro da faixa de normalidade	3	0,15	13	0,65

** Padrão de normalidade, segundo a Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Pinto, Vilanova & Vieira,1997);

* $p \leq 0,05$

A seguir, a Tabela 6 apresenta os dados referentes à aquisição do controle de esfínteres.

Quanto ao controle de esfínteres, não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos, notando-se no grupo MBP uma tendência à aquisição das funções

no período diurno após a faixa de normalidade e no período noturno dentro ou até mesmo antes da faixa de normalidade. No grupo controle, verificou-se uma tendência à aquisição do controle esfinteriano diurno e noturno dentro da faixa de normalidade.

Tabela 6 . Controle dos Esfínteres - Frequência e Proporção de Sujeitos (Teste de Mann-Whitney)

Controle dos esfínteres	MBP		C	
	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Diurno (18 - 24 meses)				
- após a faixa de normalidade	11	0,55	6	0,30
- antes ou dentro da faixa de normalidade	9	0,45	14	0,70
Noturno (24 - 36 meses)				
- após a faixa de normalidade	5	0,25	3	0,15
- antes ou dentro da faixa de normalidade	14	0,70	17	0,85
- não adquiriu	1	0,05	0	0

Tabela 7 . Evolução Motora e Lateralidade Manual

Variáveis	MBP		C	
	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Evolução motora para movimentos amplos (1)	15	0,75	17	0,85
Sem dificuldade	5	0,25	3	0,15
Com dificuldade				
Evolução motora para movimentos finos (1)				
sem dificuldade	16	0,80	19	0,95
com dificuldade	4	0,20	1	0,05
Lateralidade manual (2)				
Direita	8	0,40	17	0,85
Esquerda	12	0,60*	3	0,15

* $p \leq 0,05$ (1) Teste Exato de Fisher (2) Teste do Qui-quadrado

A Tabela 7 apresenta a evolução motora dos movimentos finos e movimentos amplos e a lateralidade manual. Com relação à evolução motora dos movimentos amplos (subir escada, andar de bicicleta, correr, pular, saltar, etc.) e dos movimentos finos (usar tesoura, segurar colher, pegar objetos pequenos, empilhar, encaixar, etc.), constatou-se que não há diferença significativa entre os grupos para movimentos amplos e para movimentos finos. Quanto ao predomínio do uso das mãos, verificou-se que maioria das crianças controle utiliza a mão direita, diferentemente das crianças MBP, que utilizam mais a mão esquerda; detectando-se diferença estatística significativa entre os grupos.

A Tabela 8 apresenta os dados relativos à aquisição da fala inicial e da fala complexa. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação à aquisição da fala inicial ou complexa. Embora no grupo MBP tenha predominado a aquisição dentro da faixa de normalidade, foi observado que uma criança ainda não adquiriu a fala inicial e quatro crianças não dominam a habilidade da fala complexa esperada para a faixa etária dos grupos estudados. No grupo C, por sua vez, a maioria das crianças adquiriu a fala inicial e a fala complexa dentro ou mesmo antes da faixa de normalidade, porém duas crianças ainda não adquiriram a fala complexa.

Tabela 8 . Desenvolvimento da Fala e Período de Aquisição - Frequência e Proporção de Sujeitos (Teste de Mann-Whitney)

Desenvolvimento da fala	MBP		C	
	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Fala inicial (1 - 2 anos)**				
- após a faixa de normalidade	6	0,30	2	0,10
- dentro da faixa de normalidade	8	0,40	9	0,45
- antes da faixa de normalidade	5	0,25	9	0,45
- não adquiriu	1	0,05	0	0
Fala complexa (3 - 5 anos)**				
- após a faixa de normalidade	2	0,10	0	0
- dentro da faixa de normalidade	6	0,30	6	0,30
- antes da faixa de normalidade	8	0,40	12	0,60
- não adquiriu	4	0,20	2	0,10

** Faixa de idade esperada para aquisição desta habilidade (Devine, 1993)

A seguir a Tabela 9 mostra os tipos de dificuldades de fala apresentados pelas crianças. Na Tabela 9 verifica-se que não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados com relação ao desenvolvimento da fala. Das crianças que apresentam dificuldade de fala de ambos os grupos, em geral, esta refere-se à troca de letras, dificuldade de pronúncia ou fala confusa.

No que diz respeito aos antecedentes de saúde da criança, ambos os grupos apresentaram, sem diferença significativa, queixas de problemas de saúde, porém com uma leve tendência de o grupo MBP (0,75) apresentar mais problemas do que o grupo controle (0,50).

A Tabela 10 apresenta quais as doenças que tiveram maior incidência em ambos os grupos.

Observa-se que das doenças relatadas pelas mães, em ambos os grupos, registrou-se maior incidência de doenças pulmonares, especialmente pneumonia, em relação às demais doenças. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos. Com relação aos antecedentes de saúde das

crianças nota-se que 0,75 crianças do grupo MBP e 0,50 crianças do grupo controle apresentaram história de hospitalizações, não verificando-se diferença estatística entre os grupos quanto a esse dado.

Na Tabela 11 são apresentados os motivos das hospitalizações vividas pelas crianças de ambos os grupos.

Observa-se, na Tabela 11, que os grupos MBP e controle diferiram quanto ao motivo das hospitalizações. As crianças do grupo controle apresentaram significativamente maior incidência de hospitalizações por acidentes domésticos do que as crianças do grupo MBP.

Com relação à situação atual de saúde das crianças, foi encontrado que, no grupo MBP, apenas 0,15 crianças apresentaram queixa de enfrentar algum problema de saúde, registrando-se, com maior incidência: bronquite alérgica, desmaios, otite crônica e pneumonia. No grupo controle, verificou-se que 0,25 crianças apresentaram queixa de problemas de saúde atual, tais como: anemia, sinusite, cefaléia, rinite e amigdalite.

Tabela 9 . Tipos de Dificuldades de Fala - Frequência e Incidência (Teste Exato de Fisher)

Dificuldades de fala	MBP ($n = 10$)		C ($n = 9$)	
	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>
Troca de letras	5	0,50	6	0,66
Dificuldade de pronúncia	2	0,20	5	0,55
Fala confusa	3	0,30	2	0,22
Omissão de letra	0	0	1	0,11
Gagueira	1	0,10	1	0,11

Tabela 10 . Tipos de Doenças Enfrentadas ao Longo do Desenvolvimento Pelas Crianças, Segundo o Relato das Mães - Frequência e Incidência (Teste de Gart-Nam)

Tipos de doenças enfrentadas pelas crianças	MBP ($n = 13$)		C ($n = 11$)	
	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>
Pneumonia	10	0,66	5	0,41
Bronquite	4	0,26	1	0,08
Rinite	0	0	3	0,25
Anemia	1	0,06	0	0
Infecção urinária	1	0,06	0	0
Infecção nos ossos	1	0,06	0	0
Otite	1	0,06	0	0
Amigdalite	1	0,06	0	0
Refluxo gástrico	1	0,06	0	0
Hepatite	0	0	1	0,08
Dengue	0	0	1	0,08
Dermatite	0	0	1	0,08
Sinusite	0	0	1	0,08

Tabela 11 . Motivos das Hospitalizações Enfrentadas ao Longo do Desenvolvimento Pelas Crianças, Conforme o Relato das Mães - Frequência e Incidência (Teste de Gart-Nam)

Motivos das hospitalizações	MBP (n = 15)		C (n = 10)	
	f	i	f	i
Intervenção cirúrgica	7	0,46	3	0,30
Pneumonia	2	0,13	0	0
Bronquite	1	0,06	1	0,10
Fratura	1	0,06	0	0
Parada respiratória	1	0,06	0	0
Infecção (urinária)	1	0,06	0	0
Faringite	1	0,06	0	0
Exames	0	0	1	0,10
Infecção por catapora	0	0	1	0,10
Acidente doméstico	0	0*	4	0,40

*p ≤ 0,05

Quanto à história escolar das crianças do grupo MBP e do grupo controle, verificou-se que a maioria das crianças do grupo MBP (13) e nove crianças do grupo controle ingressaram na escolarização formal aos sete anos de idade.

A Tabela 12 ilustra os dados obtidos acerca da história escolar das crianças MBP e das crianças do grupo C.

Pode-se observar que predominou em ambos os grupos crianças cursando classe regular de escolas públicas.

No grupo MBP duas estão cursando classe especial para deficiente auditivo e duas nunca freqüentaram escola. No grupo controle também verifica-se que duas crianças nunca freqüentaram escola. Em ambos os grupos, considerando-se as crianças que estão freqüentando a escola, a maioria está cursando classes compatíveis com a idade cronológica, com exceção de duas crianças do grupo MBP que ainda cursam a pré-escola. Nota-se ainda que os dois grupos diferem estatisticamente quanto à

Tabela 12 . História Escolar - Frequência e Proporção de Sujeitos (Teste Exato de Fisher)

Variáveis	MBP		C	
	f	p	f	p
<i>Tipo de Classe Escolar</i>				
Regular	17	0,85	18	0,90
Especial	1	0,05	0	0
Nunca freqüentou escola	2	0,10	2	0,10
<i>Tipo de Escola</i>				
Pública	16	0,99	16	0,89
Outras (SESI, Particular)	2	0,11	2	0,11
<i>Série Atual</i>				
Pré-escola	2	0,11	0	0
1ª série	4	0,22	2	0,11
2ª série	10	0,56	8	0,44
3ª série	2	0,11	5	0,28
4ª série	0	0	3	0,17
<i>Queixa de dificuldade escolar</i>				
Com queixa	14	0,78	15	0,83
Sem queixa	4	0,22	3	0,17
<i>Situação de repetência escolar</i>				
Crianças repetentes	6	0,33*	1	0,06
Crianças não repetentes	12	0,67	17	0,94

*p ≤ 0,05

situação de repetência escolar, havendo no grupo MBP mais crianças repetentes do que no grupo controle.

A Tabela 13 reúne os dados das áreas de dificuldades escolares, segundo a percepção das mães. Com relação aos dados da Tabela 13 pode-se verificar que, em ambos os grupos, as mães perceberam dificuldades escolares na criança mencionando problemas relacionados a leitura, escrita inicial e matemática, não ocorrendo no entanto diferenças significativas entre eles.

A Tabela 14 apresenta os indicadores de problemas de comportamento investigados, segundo a percepção da mãe, de acordo com a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter, distribuindo os sujeitos de acordo com a nota de corte, indicadora da necessidade de atendimento psicológico encontrada na padronização brasileira de Graminha (1998).

Nota-se na Tabela 14 que, em ambos os grupos, a maioria das crianças apresentou escores acima de 16 pontos, que seria indicador de problemas de comportamento e da necessidade de atendimento psicológico; não houve diferença significativa entre os grupos.

Nas Tabelas 15, 16 e 17 serão apresentadas as incidências dos tipos de problemas de comportamento conforme os itens da Escala de Rutter. Essas tabelas incluem, além dos dados dos dois grupos estudados, uma coluna com as incidências encontradas na amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto do estudo de Graminha (1998) sobre a padronização da escala.

Considerando-se os resultados da Tabela 15, observou-se que na comparação do grupo MBP e os demais grupos, houve diferença estatisticamente

Tabela 13 . Áreas de Dificuldades Escolares Enfrentadas pela Criança, Segundo a Mãe - Freqüência e Incidência (Teste Exato de Fisher)

Áreas de dificuldade escolar	MBP (n = 14)		C (n = 15)	
	f	i	f	i
Leitura	6	0,40	6	0,40
Escrita – inicial	5	0,33	5	0,33
Escrita – avançada (regras gramaticais)	3	0,20	1	0,06
Matemática	6	0,40	5	0,33
Compreensão de texto	0	0	1	0,06
Coordenação motora fina	1	0,06	0	0

Tabela 14 . Distribuição dos Sujeitos de Acordo Com o Escore Total Obtido na Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter- Freqüência e Proporção de Sujeitos. (Teste do Qui-quadrado)

Grupos	< 16		> 16	
	f	p	f	p
MBP	7	0,35	13	0,65
C	8	0,40	12	0,60

Grupo MBP= muito baixo peso; Grupo C = controle

Tabela 15 . Itens de Saúde da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter – Grupo MBP, Grupo C e Grupo E do Estudo de Padronização Brasileira – Freqüência e Incidência de Sujeitos (Teste Exato de Fisher)

Saúde	MBP (n=20)		C (n=20)		E (n=1614)	Direção da diferença entre MBP e os demais grupos
	f	i	f	i		
Dor de cabeça	4	0,20	11	0,55 *	0,44 *	MBP < C; MBP < E
Dor de estômago	4	0,20	3	0,15	0,24	
Asma, crise respiratória	5	0,25	5	0,25	0,13 *	MBP > E
Urina na cama	8	0,40	1	0,05 *	0,13 *	MBP > C; MBP > E
Evacua na roupa	1	0,05	4	0,20	0,02	
Mal humorada	15	0,75	14	0,70	0,59	
Recusa escolar	6	0,30	4	0,20	0,10 *	MBP > E
Falta às aulas	2	0,10	1	0,05	0,06	

Grupo MBP= muito baixo peso; Grupo C= controle; Grupo E = amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto do estudo de padronização da Escala Rutter (Graminha, 1998)

* p≤ 0,05

Tabela 16 . Itens de Hábitos da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter – Grupo MBP, Grupo C e Grupo E do Estudo de Padronização Brasileira – Frequência e Incidência de Sujeitos (Teste Exato de Fisher)

Hábitos *	MBP (n = 20)		C (n = 20)		E (n = 1614)
	f	i	f	i	i
Gagueira	3	0,15	3	0,15	0,07
Dificuldade de fala	1	0,05	5	0,25	0,08
Rouba	0	0	2	0,10	0,08
Dificuldade de alimentação	6	0,30	12	0,60	0,48
Dificuldade de sono	10	0,50	10	0,50	0,47
Medo	13	0,65	14	0,70	0,47
Movimento repetitivo, tique	6	0,30	4	0,20	0,11

Grupo MBP= muito baixo peso; Grupo C= controle; Grupo E = amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto do estudo de padronização da Escala Rutter (Graminha, 1998)

* Não verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a esse item da Escala Rutter

Tabela 17 . Itens de Comportamento da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter – Grupo MBP, Grupo C e Grupo E do Estudo de Padronização Brasileira– Frequência e Incidências de Sujeitos (Teste Exato de Fisher)

Comportamentos	MBP (n = 20)		C (n = 20)		E (n = 1614)	Direção da diferença entre MBP e os demais grupos
	f	i	f	i	i	
Aagitada	15	0,75	10	0,50	0,46 *	MBP > E
Impaciente, irrequieta	14	0,70	11	0,55	0,42 *	MBP > E
Destroi coisas	8	0,40	7	0,35	0,26	
Briga com crianças	11	0,55	8	0,40	0,38	
Não querida pelas crianças	6	0,30	4	0,20	0,24	
Muito preocupada	11	0,55	11	0,55	0,49	
Fechada, solitária	8	0,40	5	0,25	0,25	
Irritável	12	0,60	15	0,75	0,51	
Tristonha, angustiada	7	0,35	6	0,30	0,23	
Chupa dedos	3	0,15	4	0,20	0,08	
Rói unhas / dedos	5	0,25	3	0,15	0,25	
Desobediente	15	0,75	10	0,50	0,69	
Não permanece nas atividades	11	0,55	6	0,30	0,44	
Medo de situação nova	7	0,35	6	0,30	0,33	
Criança difícil, complicada	5	0,25	3	0,15	0,25	
Mente	7	0,35	3	0,15	0,40	
Maltrata crianças	4	0,20	3	0,15	0,16	
Fala palavrão	3	0,15	4	0,20	0,27	
Agarrada à mãe	15	0,75	14	0,70	0,50 *	MBP > E
Tímida, retraída	10	0,50	14	0,70	0,50	
Insegura	8	0,40	7	0,35	0,31	

Grupo MBP= muito baixo peso; Grupo C= controle; Grupo E = amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto do estudo de padronização da Escala Rutter (Graminha, 1998)

* $p \leq 0,05$

significativa em alguns itens da escala de Rutter. Primeiramente, comparando-se os grupos MBP e controle nota-se maior incidência de queixa de dor de cabeça no grupo controle do que no grupo MBP e maior incidência de enurese noturna no grupo MBP do que no grupo controle.

Observa-se na Tabela 16 que não foi observada diferença estatística significativa entre o grupo MBP e os demais grupos (C e E) quanto aos itens de Hábitos da Escala de Rutter.

Na Tabela 17, quando comparado o grupo MBP com o grupo E, verificou-se menor incidência de queixa de dor de cabeça no primeiro em relação ao segundo. Por

outro lado, foi encontrada maior incidência no grupo MBP de queixas de asma, crise respiratória, enurese noturna, recusa escolar e ser agitada, impaciente, irrequieta e agarrada à mãe, quando comparado com o grupo E. A comparação entre MBP e E revelou maior número de diferenças do que entre MBP e C.

Discussão

Retomando o objetivo do presente estudo, que tem por preocupação central a qualidade de vida das crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso, surgem alguns dados relevantes quando estas são comparadas com crianças nascidas a termo, quanto a sua história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial.

Frente aos resultados encontrados com relação às condições pouco favoráveis de gestação e de nascimento, peso de nascimento abaixo de 1.500 g e idade gestacional entre 24 e 34 semanas, verificou-se que houve maior número de gravidez não planejada no grupo C do que no grupo MBP, sugerindo que as crianças deste último grupo foram mais programadas e esperadas pelas mães do que às do grupo C. No entanto, percebeu-se que neste grupo, por sua vez, predominou o aleitamento natural em comparação com grupo MBP. O aleitamento artificial neste grupo pode ter ocorrido devido à condição de vulnerabilidade biológica da criança MBP, que requer cuidados médicos intensivos em UTI neonatal, implicando na separação precoce entre mãe-bebê, dificultando a amamentação. Essa dificuldade de amamentar o bebê pré-termo constitui-se em uma grande preocupação na área de Pediatria como apontada anteriormente por Klaus e Kennell (1992), necessitando que a amamentação seja devidamente estimulada para superar as dificuldades iniciais no caso do RN pré-termo.

Ao analisar as situações de risco ambiental, constatou-se que mais mães do grupo MBP relataram ter enfrentado mais situações de risco no período pré-natal do que as mães do grupo C, destacando-se o enfrentamento de problemas financeiros ou conjugais e uso de medicação. A condição de pobreza, como apontado por Novello e cols. (1992), Bradley e cols. (1993) e Kálmar e Boronkai (1991), potencializa o risco da criança pré-termo para apresentar problemas de desenvolvimento. Além disso, Gennaro e cols. (1993), em um estudo sobre as conseqüências do estresse em mães de crianças nascidas MBP, verificou que mães que não tiveram suporte social adequado e que experimentaram mais eventos ambientais estressores durante a gravidez apresentaram menor equilíbrio psicológico, dificuldade para exercer a

“maternagem” e para estabelecer um padrão de interação adequado com a criança.

Quanto aos cuidados dispensados à criança após o nascimento, visto que a condição de nascimento de crianças MBP levou à necessidade de cuidados médicos especializados na UTI neonatal, verificou-se que todas as crianças MBP necessitaram desse tipo de cuidado (oxigenoterapia, intubação, fototerapia, uso de sonda orogástrica para alimentação). Embora, esse fator cause preocupação entre os profissionais que atuam junto a essa criança devido a possíveis seqüelas, como por exemplo, decorrentes do uso prolongado da oxigenoterapia que pode acarretar o aparecimento de retinopatas e entre outros problemas: déficit cognitivo, prejuízos neurológico e sensorial (Piecuch, Leonard, Cooper & Sehring, 1997), sendo encontradas quatro crianças no grupo MBP com déficit sensorial auditivo, nessa amostra. Além disso, o nível cognitivo das crianças na faixa etária estudada, em geral, não apresentou-se comprometido, tendo em vista o desempenho alcançado no Raven revelando que a maioria apresenta um nível intelectual médio. No grupo MBP, 15% das crianças não conseguiram realizar a prova psicométrica de avaliação de inteligência. Nesse sentido, o presente estudo parece apresentar resultados mais otimistas em relação aos estudos de Fisberg e cols. (1997) e Bradley e cols. (1993), sem desconsiderar os prejuízos no desenvolvimento sofridos em particular pelas quatro crianças estudadas que apresentaram seqüelas auditivas decorrentes da condição de prematuridade e muito baixo peso.

Com relação ao desenvolvimento motor inicial verificou-se que as crianças do grupo MBP, segundo a percepção materna, apresentaram sinais de atraso na aquisição dos comportamentos motores sorrir, sentar com apoio, sentar sem apoio, engatinhar e andar quando comparadas com crianças do grupo C. Esse dado pode sugerir que fatores como a imaturidade biológica e/ou a baixa estimulação ambiental podem estar contribuindo para o atraso motor. Sansavini e cols. (1996) em seu estudo comenta que os atrasos motores verificados no grupo de crianças MBP parecem ser recuperados com a maturação biológica e a estimulação ambiental, especialmente a responsividade do cuidador.

No que se refere à aquisição motora de andar verificou-se indícios de insegurança por parte da criança, segundo a percepção da mãe, na aquisição deste comportamento quando comparadas com crianças do grupo controle, corroborando os achados obtidos na avaliação da criança relatados no estudo de Fisberg e cols. (1997).

Ainda com relação ao desenvolvimento motor foi observado que no grupo MBP houve o predomínio inicial do uso da mão esquerda quando se compara com o grupo controle. Fato esse observado no estudo de Saigal, Rosenbaum, Szatmari e Hoult (1992) que comparou crianças nascidas com muito baixo peso e crianças nascidas a termo, aos oito anos de idade, cujos resultados apontam que crianças muito baixo peso com prejuízo neurológico usaram mais a mão esquerda do que crianças do grupo controle. Embora não tenham verificado diferença significativa entre crianças muito baixo peso destras ou canhotas e crianças do grupo controle quanto à função cognitiva, desempenho escolar e dificuldade de aprendizagem.

Ao analisar os antecedentes de saúde na amostra desse estudo foi observado que os grupos diferiram significativamente quanto à incidência de hospitalizações, mas sim quanto ao motivo das hospitalizações, predominando no grupo controle a queixa de hospitalização por acidente doméstico em relação ao grupo MBP. Esse dado pode sugerir que as mães do grupo controle parecem ter sido mais permissivas do que as mães do grupo MBP quanto à movimentação e circulação da criança no ambiente o que de certa forma aumenta a probabilidade de acidentes. As mães de MBP podem estar sendo mais intrusivas e protetoras conforme vem sendo apontado por Bradley e cols. (1992) e Laucht e cols. (1997). Essa hipótese pode trazer esclarecimento, especificamente, sobre o atraso no comportamento de andar. O fato de a criança andar pode aumentar o risco de se machucar e traz em si o afastamento físico da mãe, e portanto da sua proteção. Nesse sentido as mães do MBP, no intuito de proteger a criança, podem ter adiado as oportunidades da aquisição deste comportamento em particular. Essa idéia pode ser fortalecida quando juntamos alguns dados significativos do presente estudo, como por exemplo, o atraso no andar, andar inseguro e menos acidente doméstico presentes no grupo de crianças MBP.

Com relação à história escolar, verificou-se que ambos os grupos apresentam queixa de dificuldade de aprendizagem e predominou no grupo MBP a queixa de repetência escolar em comparação com o grupo controle, o que pode sugerir que as crianças MBP possuem uma evolução da escolarização diferente das crianças do grupo controle. Esse achado corrobora estudos anteriores de Novello e cols. (1992) e Bradley e cols. (1993), sendo que tal fato pode ocorrer devido à presença de déficit cognitivo, de dificuldades relacionadas à própria escola ou de problemas no ambiente familiar da criança. No que se refere à primeira hipótese, constatou-se que

não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos MBP e controle quanto ao desempenho cognitivo das crianças que permaneceu na média de acordo com a padronização brasileira do Raven, descartando-se desta forma a hipótese de a criança ter dificuldade de aprendizagem e repetência devido a problema na esfera cognitiva. Quanto à segunda hipótese, não pode se perder de vista a baixa qualidade do ensino público, que pode ser traduzida nas queixas escolares de ambos os grupos. Quanto à terceira hipótese, verificou-se que o fato de as mães do grupo MBP parecerem ser mais protetoras e intrusivas pode estar interferindo na adaptação afetivo-social da criança às exigências da escola; ela pode não estar sendo preparada para ter maior independência e autonomia para enfrentar as situações escolares, podendo por sua vez levar indiretamente à repetência maior no grupo MBP do que no grupo controle, corroborando os resultados de Levy-Shiff e cols. (1994) e Levy-Shiff e cols. (1994).

Na investigação do comportamento através da Escala Rutter, quando se considera o escore total, os dois grupos também não diferem entre si, embora apresentem índices acima do esperado para escolares de Ribeirão Preto, sugerindo a presença de problemas de comportamento em ambos os grupos. No entanto, quando se compara quanto aos itens específicos, o grupo MBP com os grupos controle de escolares da padronização da escala, respectivamente, surgem algumas diferenças.

O grupo MBP, quando comparado com o grupo C, apresenta menor incidência de dor de cabeça e mais enurese noturna. Quanto ao grupo de crianças do estudo de padronização da escala, verifica-se menor incidência de dor de cabeça e mais asma/crise respiratória, enurese noturna, recusa escolar, agitação, impaciência, inquietude e agarramento à mãe. As crianças MBP têm mais presença de enfermidades crônicas pulmonares, como já foi apontado anteriormente por Landry e cols. (1990). Além disso, apresentam um conjunto de comportamentos desadaptados para o enfrentamento das tarefas de aprendizagem e sociabilidade, necessárias para o seu desenvolvimento psicológico, corroborando os achados de Bradley e cols. (1992).

Os comportamentos de recusa escolar, agitação e impaciência podem sugerir um baixo limiar de tolerância às exigências e às frustrações naturais vivenciadas na interação com o meio social, que pode estar sendo mediado por condutas inadequadas da mãe de maior tolerância aos comportamentos da criança e excesso de proteção da mãe como apontado por Levy-Shiff e cols. (1994) e Sansavini e cols. (1996). Aliada a essa suposição, encontra-se o fato de a criança apresentar agarramento à

mãe ou apego exagerado à mãe, que já deveria ter sido superado, considerando a etapa de desenvolvimento (média meninice) em que as crianças MBP se encontram. Isso provavelmente pode não estar instrumentando-a para o enfrentamento das demandas do meio e para o cumprimento de sua tarefa evolutiva. Como salientam Bradley e Casey (1992) e Bradley e cols. (1993), a qualidade da interação mãe e criança pré-termo é fundamental para atenuar ou acentuar as dificuldades próprias dessa condição de vulnerabilidade da criança.

Em síntese, os resultados sugerem que apesar de as crianças MBP enfrentarem condições de nascimento adversas e dificuldades iniciais no seu desenvolvimento, essa vulnerabilidade não parece estar comprometendo significativamente o processo de desenvolvimento e aprendizagem destas crianças na média meninice quando comparadas com o grupo C. Por outro lado, apresentam indícios de problemas de comportamento sugestivos para atendimento psicológico, quando comparadas com escolares do estudo de padronização da escala de avaliação.

Os problemas encontrados no grupo MBP parecem estar mais relacionados à interação da criança com seu ambiente de desenvolvimento e aprendizagem do que ao fator de risco biológico em si. Pode-se especular deste modo que fatores ambientais, contemporâneos, e não apenas a vulnerabilidade neonatal, podem estar potencializando os problemas identificados.

Referências

- Bettiol, H. (1995). *Saúde da criança: Do hospital à escola - crescimento de uma coorte de escolares nascidos de parto hospitalar em Ribeirão Preto no período de um ano*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Pediatria da FMRP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bradley, R. H. & Casey, P. H. (1992). Family environment and behavioral development of low-birthweight children. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 822-826.
- Bradley, R. H., Whitside, L., Caldwell, B. M., Casey, P. H., Kelleher, K., Pope, S., Swanson, M., Barret, K. & Cross, D. (1993). Mental IQ, the home environment, and child IQ in low - birthweight, premature children. *International Journal of Behavioral Developmental*, 16, 61-74.
- Brandt, P., Magyary, D., Harnmond, M. & Barnard, K. (1992). Learning and behavioral - emotional problems of children born preterm at second grade. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 291-311.
- Brooks-Gunn, J., Klebanov, P. K., Liaw, F. & Spiker, D. (1993). Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development*, 64, 736-753.
- Devine, M. (1993). *A fala do bebê e a arte de se comunicar com ele* (A. Brunetta, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Fisberg, M., Anti, S. M. A. & Yamashiro, S. N. (1997). Baixo peso ao nascimento II - Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças PIG. *Pediatria Moderna*, 33, 124-127.
- Gennaro, S., Brooten, D., Roncoli, M. & Kumar, S. P. (1993). Stress and health outcomes among mothers of low - birth - weight infants. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 97-113.
- Gennaro, S., York, R., Brown, L., Stringer, M. & Brooten, D. (1994). A sociodemographic comparison of families of very low - birthweight infants: 1982 - 1991. *Public Health Nursing*, 11, 168-173.
- Graminha, S. S. V. (1998). Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. Em G. Romanelli & Z. M. Biasoli-Alves (Orgs.) *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa* (pp. 71-86) Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Hack, M., Gerry-Taylor, H., Klein, N., Eiben, R., Schatschneider, C. & Mercuri-Minigh, S. (1994). School-age outcomes in children with birthweight under 750 g. *The New England Journal of Medicine*, 331, 753-759.
- Kalmár, M. & Boronkai, J. (1991). Interplay of biological and social - environmental factors in the developmental outcome of prematurely born children from infancy to seven years. *International Journal of Disability, Development and Education*, 38, 247 - 270.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1982). Assistência aos pais. Em M. Klaus & A. A. Fanaroff (Orgs.) *Alto risco em Neonatologia* (pp. 141-165) (L. E. Vaz Miranda, Trad.). Rio de Janeiro: Interamericana. (Original publicado em 1979).
- Landry, S. H., Chapieski, M. L., Richardson, M. A., Palmer, J. & Hall, S. (1990). The social competence of children born prematurely: Effects of medical complications and parent behaviours. *Child Development*, 61, 1605-1616.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmit, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 843-853.
- Levy - Shiff, R., Einat, G., Har - Even, D., Mogilner, M., Mogilner, S., Lerman, M. & Krikler, R. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 323-333.
- Levy - Shiff, R., Einat, G., Mogilner, M. B.; Lerman, M. & Krikler, R. (1994). Biological and environmental correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 63-78.
- Lubchenko, L. O. (1984). Determinação do peso e idade gestacional. Em G. Avery (Org.), *Neonatologia* (pp.207-227). (S. Schavartsman, Trad.). Rio de Janeiro: Médica e Científica (Original publicado em 1981)
- Magna, J. M. (1997). *Atraso escolar: Um levantamento de condições de desenvolvimento antecedentes à entrada na primeira série*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Novello, A., Degraw, C. & Kleinman, D. (1992). Healthy children ready to learn: An essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107, 3-10.
- Palacios, J. & Mora, J. (1995). Desenvolvimento físico e psicomotor na primeira infância. Em C. Coll, J. Palacios & A. Marchesi (Orgs.), *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia Evolutiva* (pp. 29-41) (M. A. G. Domingues, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pearl, R. & Donahue, M. (1994). Brief reports: Four years after a pre-term birth: Children's development and their mothers' beliefs and expectations. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 363-370.
- Piecuch, R. E., Leonard, C. H., Cooper, B. A. & Sehring, S. A. (1997). Outcome of extremely low birth weight infants (500 to 999 grams) over a 12-year period. *Pediatrics*, 100, 633-639.
- Pinto, E. B., Vilanova, L. C. P. & Vieira, R. M. (1997). *O desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Raven, J. C. (1983). *Matrizes Progressivas - Escala Geral*. (F. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: CEPA.
- Raven, J. C., Raven, J. & Court, J. H. (1988). *Matrizes Progressivas Coloridas - Escala Especial. Padronização brasileira de A. L. Angelini, I. C. B. Alves, E. M. Custódio & W. F. Duarte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saigal, S., Rosenbaum, P., Szatmari, P. & Hoult, L. (1992). Non-right handedness among ELBW and term children at eight years in relation to cognitive function and school performance. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 425-433.

- Sansavini, A., Rizzardi, M., Alessandroni, R. & Giovanelli, G. (1996). The development of italian low - and very low-birthweight infants from birth to 5 years: The role of biological and social risks. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 533-547.
- Soares, N. E. & Fernandes, L. M. (1989). A medida do nível sócio-econômico-cultural. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 41, 35-43.
- Sobotková, D., Dittrichová, J. & Mandys, F. (1996). Comparison of maternal perceptions of preterm and fullterm infants. *Early Development and Parenting*, 5, 73-79.
- Stjernqvist, K. (1993). The early mother - infant interaction in the highly technological care environment. *Acta Paediatrica*, 82, 981-982.
- Usher, R. H. (1984). Os problemas especiais do prematuro. Em G. Avery (Org.), *Neonatologia* (pp. 236-266) (S. Schwartsman, Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica. (Original publicado em 1981)
- Weiglas-Kuperus, N., Koot, H. M., Baerts, W., Fetter, W. P. F. & Sauer, P. J. Behaviour problems of very low-birthweight children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 406-416.
- Wilfong, E. W., Saylor, C. & Elksnin, N. (1991). Influences on Responsiveness: Interactions between mothers and their premature infants. *Infant Mental Health Journal*, 12, 31-40.

Recebido em 5/04/2000

Revisado em 8/09/2000

Aceito em 8/09/2000

Sobre os autores:

Ana Emília Vita Carvalho é psicóloga contratada da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas da FMRP, na área de atuação em UTI – Neonatal e Seguimento psicológico longitudinal de RN pré-termo e Mestre em Ciências Médicas na área de concentração em Saúde Mental pela FMRP-USP.

Maria Beatriz Martins Linhares é psicóloga, Professora Doutora do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, orientadora dos programas de pós-graduação em Saúde Mental (FMRP-USP) e Psicologia (FFCLRP-USP), coordenadora dos Cursos de Aprimoramento Profissional em *Psicologia do Desenvolvimento na Área da Saúde* e *Psicopedagogia* do HCFMRP e coordenadora dos programas de *Apoio Psicológico às mães de RN em UTI- Neonatal*, *Seguimento Psicológico Longitudinal de RN pré-termo e baixo peso* e *Apoio Psicopedagógico e Suporte Psicossocial à criança hospitalizada* do HCFMRP.

Francisco Eulógio Martinez é médico pediatra neonatologista, Professor Associado do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, orientador do Programa de Pós-Graduação em Pediatria da FMRP-USP e Coordenador do Serviço de Neonatologia do HCFMRP.

ANEXO A

Ana Emília Vita Carvalho, Pós - Graduação em Saúde Mental
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

ROTEIRO DE ENTREVISTADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: _____ Cor: _____
Data de Nascimento: _____
Nome da Escola: _____
Série: _____ Período: _____

CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO E NASCIMENTO

CONCEPÇÃO

001- A gravidez da criança foi planejada ?

- () sim
() não: como reagiu quando soube que estava grávida ? _____
- E quando o pai da criança soube como reagiu ? _____

002- Qual a sua idade na ocasião da gravidez ? _____
E a idade do pai da criança ? _____

003- Qual a sua situação conjugal na gravidez da criança ?
() solteira () casada () vivia junto com o pai da criança

004- Qual a posição da criança na ordem dos filhos que nasceram ? _____
Houve algum aborto antes da gravidez da criança ?
() não () sim: motivo _____
Filhos natimortos ?
() não () sim: motivo _____
Filhos falecidos ?
() não () sim: motivo _____

GESTAÇÃO

005- Houve acompanhamento pré-natal ?
() sim: a partir de que mês ? _____
() não: qual o motivo ? _____

006- Durante a gravidez sentiu:
Enjôos () não
() sim: em que fase ? _____
Vômitos () não
() sim: em que fase ? _____

007- Durante a gravidez teve algumas destas doenças ou contato com pessoas portadoras?
() doenças próprias da criança: sarampo () catapora ()
rubéola ()
outros ()
- Quais ? _____
() infecções (urinária, viral, parasitária, etc.)
() infecção ginecológica (gonorréia, sífilis, etc.)
() pressão alta
() cardiopatias
() anemia
() malnutrição
() outras: descreva _____

* Investigar nas respostas afirmativas: Em que mês da gravidez a situação
ocorreu ? _____
Se realizou algum tipo de tratamento,
qual ? _____

008- Durante a gravidez:
() fez radiografia
() fez transfusão de sangue

- tomou algum remédio
- Qual ? _____
- levou tombos
- Conseqüências: _____
- fumou
- tomou bebidas alcólicas
- Frequência: _____
- usou drogas
- Quais ? _____
- risco de aborto
- tentativa de aborto
- enfrentou problemas conjugais, financeiros ou outros
- Quais ? _____

* Investigar nas respostas afirmativas: Em que mês da gravidez ocorreu ? _____

PARTO

009- A criança nasceu com quantas semanas de gravidez ? _____

010- Tipo de parto:

- normal fórceps cesariana
- induzido - Tipo de anestesia: _____
- Motivo: _____

* Se o parto não foi normal passar para pergunta 14

011- Ao nascer a criança estava em que posição ?

- de cabeça sentada com circular de cordão

012- A criança chorou logo ao nascer ?

- sim não

013- Qual a cor de nascimento da criança ?

- vermelho roxo preto pálido
- A criança ficou assim por quanto tempo ? _____

014- Qual o peso de nascimento da criança ? E a altura da criança ao nascer ?

015- O bebê foi considerado normal pelos médicos ?

- sim não: Qual o problema ? _____

016- Nas primeiras horas, após o nascimento a criança necessitou de cuidados especiais ?

- não sim:
 - necessitou de oxigênio - por quanto tempo ? _____
 - ficou em incubadora - por quanto tempo ? _____
 - apresentou icterícia - por quanto tempo ? _____
 - teve convulsões - por quanto tempo ? _____
 - fez uso de medicação - qual ? por quanto tempo ? _____
 - necessitou de intubação - por quanto tempo ? _____
 - outros: _____

017- O bebê voltou para casa com a mãe ?

- sim: Quanto tempo ficaram no hospital ? _____
- não: Qual o motivo ? _____
- Quanto tempo ficou no hospital ? _____

- Quanto pesava quando recebeu alta ? _____

018- A criança foi amamentada no seio ?

- sim: Sugava com força já nos primeiros dias ? _____
- Engasgava-se com frequência ? _____
- Teve outras dificuldades na amamentação ? _____
- Até que idade foi amamentada ? _____
- não: Motivo _____

019- Qual a reação da família com a chegada do bebê ?

- Mãe: _____
- Pai: _____
- Irmãos: _____
- Outros: _____
- Quem escolheu o nome da criança ? _____

020- Houve alterações na vida da família com a chegada do bebê ?

- () não () sim: Qual ? _____

021- Como a criança reagiu nos três primeiros meses de vida ? (calmo, agitado, choro, cólicas, etc.). E quanto ao ritmo do sono, alimentação e banho ? _____

022- Quais os sinais de comunicação do bebê com o mundo, a que circunstâncias estavam associadas e qual a conduta dos familiares ? _____

023- A criança quando bebê era cuidada diretamente por quem ? _____

- Motivo: _____

024- Qual seu nível de escolaridade e o tipo de ocupação que possuía por ocasião do nascimento da criança ?

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

025- Com que idade a criança:

- sustentou a cabeça: _____
- sorriu: _____
- sentou: com apoio: _____
- sem apoio: _____
- engatinhou: _____
- andou: _____

026- Quando começou a andar demonstrava:

- () insegurança
- () coragem para explorar o ambiente

- Recebeu incentivo dos familiares ?

- () não: Motivo _____
- () sim: De quem ? _____
- Como era incentivado ? _____

027- A criança foi um bebê mole ou firme ? _____

028- Qual a mão que a criança começou a usar com mais frequência ?

- () direita () esquerda

029- A criança foi ensinada a usar uma das mãos ?

- () sim () não

030- Como foi a evolução da coordenação motora dos movimentos amplos ? (subir escada, correr, pular, saltar, andar de bicicleta, etc.)

- () sem dificuldades
- () com dificuldades: Em qual movimento: _____
- Em que idade: _____
- Conduta familiar: _____

031- E dos movimentos finos ? (segurar colher, pegar objetos pequenos, empilhar, encaixar, usar tesoura e lápis, etc.)

- () sem dificuldades
- () com dificuldades: Em que movimento: _____
- Em que idade: _____
- Conduta familiar: _____

032- A criança adquiriu o controle do cocô com que idade ?

- à noite: _____ - durante o dia: _____

033- A criança adquiriu o controle do xixi com que idade ?

- à noite: _____ - durante o dia: _____

034- Há situações em que a criança ainda faz xixi ou cocô nas calças ou na cama ?

- não
 sim: Qual dos controles ? _____
 Quando ? _____
 Qual a reação da criança ? _____
 Qual a reação da família ? _____

- 035- Alguém ajudou a criança a controlar o cocô e o xixi ?
 não sim: Quem? _____

DESENVOLVIMENTO DA FALA /LINGUAGEM

- 036- Com que idade a criança começou a falar pequenas frases (duas ou três palavras) indicando necessidades, desejos, etc. ?

- 037- Com que idade a criança começou a conseguir relatar fatos que aconteciam com ela, de forma compreensível ?

- 038- Comparando com outras crianças da mesma idade foi observado se a criança teve alguma dificuldade de fala ?

- não
 sim: Quais ?
 troca de letras
 dificuldade para pronunciar palavras
 gagueira
 fala confusa
 outros: descreva:
 - Como evoluiu o problema ? _____
 - Ao entrar na primeira série a criança apresentava este problema ? _____
 - Como a professora agia em relação ao problema ? _____
 - E a família ? _____

- 039- E atualmente como se apresenta a fala e linguagem da criança ? _____

- 040- No curso do desenvolvimento da criança, o que a senhora esperava com relação ao desenvolvimento futuro do bebê e quais as principais dificuldades percebidas pela senhora? _____

HISTÓRIA ESCOLAR

- 041- Qual o nome da escola que a criança estuda atualmente ? _____

- 042- Motivo pelo qual a criança foi colocada nesta escola ? _____

- 043- Como se deu a adaptação da criança à escola, à professora, aos colegas, aos horários ?

- 044- Qual a idade da criança quando foi a escola pela primeira vez ? _____
 - Que tipo de escola era: maternal - por quanto tempo ? _____
 jardim - por quanto tempo ? _____
 pré - por quanto tempo ? _____
 1ª série? _____

- 045- Como a criança reagiu quando foi à escola pela primeira vez ? _____
 - Se houve dificuldades, quais ? _____

- 046- Já houve chamada para comparecer à escola ?
 não sim: Quantas vezes ? _____
 Em que situação ? _____
 O que foi conversado ? _____

- 047- Rendimento e comportamento da criança em sala de aula (descrever). _____

- 048- Em quais atividades escolares a criança apresenta melhor rendimento, maior dificuldade e que tipo de dificuldade (descrever).

- 049- Como se dá a situação de lição de casa ?
 - Iniciativa própria para realizar a tarefa
 sim: atitude dos pais _____
 não: atitude dos pais _____
 - Dificuldade para realizar a tarefa
 não
 sim: Quais ? _____
 Desde quando ? _____
 Reação da criança ? _____
 Reação dos pais ? _____

050- Situações de repetência ?

- não
 sim: Quantas vezes ? _____
 Em que série ? _____
 Motivo ? _____

051- Mantém contato com a professora ou com a escola da criança ?

- não: Motivo _____
 sim: Que tipo de contato ?
 manda bilhetes
 faz visitas à escola
 comparece às reuniões da pais e mestres
 outros - quais ? _____

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS EDUCATIVAS DA FAMÍLIA

052- O que a senhora pensa sobre a educação de uma criança, o que acha mais importante ? O que lhe parece mais fácil e mais difícil com relação a essa situação ?

053- Existem regras de comportamento para a criança (isto é alguém diz a ela o que pode e o que não pode fazer ?)

- não
 sim: Quem estabeleceu ? _____
 Desde quando ? _____
 Estas regras são cumpridas pela criança normalmente ? _____
 Qual a atitude dos pais quando a criança não cumpre as regras ? E quando cumpre ? _____

054- A criança demonstra vontade de fazer as coisas sozinha, de ser independente (ex. escolher roupas, vestir-se, alimentar-se, etc. ou desejo de defender-se sozinho de brigas com colegas ?)

- não: Qual a atitude dos pais frente a dependência (investigar se incentivam a tentar ou se faziam as coisas para a criança) _____
 sim: Que tipo de comportamentos ? _____
 Qual a atitude dos pais diante destes comportamentos ? (investigar se incentivam ou não na criança ? Procuravam proteger dos perigos ?) _____

055- A criança tem hora certa todos os dias para:

- Acordar: _____ Qual ? _____
 - Dormir: _____ Qual ? _____
 - Comer: _____ Qual ? _____
 - Tomar banho: _____ Qual ? _____
 - Fazer lição de casa: _____ Qual ? _____
 - Desde quando ? _____

CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMENTO

056- Agora vou descrever uma série de comportamentos que as crianças costumam apresentar quando estão brincando. Gostaria que diante de cada descrição a sra. respondesse se, seu filho (a) apresenta esses comportamentos com muita frequência e **desde quando**.

Comportamentos ligados à desatenção

- Distrai-se com facilidade quando está fazendo alguma atividade em casa, por ex. vendo TV, brincando com algum brinquedo;
 Parece não escutar quando alguém fala com ela (ex. parece que está “longe” quando falam com ela);
 Confunde detalhes (ex: o nome das pessoas);
 Sempre pede para repetir o que falam para ele (ex: Pergunta sempre: O que ? Ah ?);
 Consegue ficar pouco tempo ligado nas atividades que faz, abandona as coisas pela metade, sem acabar (ex: assistir TV, brincar com algum brinquedo ou joguinho);
 Precisa de um ambiente calmo e tranquilo para poder concentrar-se em alguma atividade (ex: para fazer as lições de casa, brincar com algum jogo);
 Tem dificuldade para se concentrar se lhe derem várias ordens de uma só vez.

Comportamentos ligados à impulsividade

- Fala demais;
 Briga frequentemente com as outras crianças;
 Grita alto na sala de aula, faz barulho;

- Tem dificuldade para esperar a sua vez;
- Sempre se intromete na conversa dos adultos;
- Sempre se intromete nos jogos das outras crianças;
- Irrita-se com qualquer coisa, facilmente perde as estribeiras;
- Está sempre fazendo alguma coisa perigosa, por ex.: atravessa a rua sem olhar, brinca com fogo, etc.;
- Não é uma criança muito querida pelos colegas.

Comportamentos ligados à hiperatividade

- É uma criança irrequieta, impaciente;
- Está sempre fazendo alguma coisa ou se agitando;
- Está sempre na frente, prefere correr do que andar (quando sai com a mãe);
- Enquanto assiste TV está sempre mudando de posição no sofá, mexendo nas mãos ou nos pés ou se contorcendo;
- Sobe sempre nos móveis de casa ou da escola;
- Sobe sempre em árvores ou muros;
- Muitas vezes estraga suas próprias coisas ou as dos adultos;
- Durante as refeições tem dificuldade para ficar sentado por muito tempo.

057- Tem algo mais em relação ao modo de ser da criança que a sra. acha importante mencionar ?

RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

058- A criança tem amizade com outras crianças ?

- sim: Como é seu relacionamento ? _____
- não: Motivo _____

059- Nas brincadeiras e jogos a criança prefere brincar:

- sozinha
- acompanhada: Tipo de brincadeira preferidas (descrever) _____
Tipo de companheiro que prefere (sexo, idade) _____

060- Geralmente ao brincar as crianças apresentam vários comportamentos. Qual o comportamento da criança nas brincadeiras e jogos:

- ativo
- passivo
- dominante
- submisso
- concentrado
- persistente
- outros: Quais ? (descrever) _____
 - Qual a reação da criança quando perde ou ganha num jogo ? _____
 - Aceita regras nos jogos:
 - sim
 - não: como se comporta ? _____

ASPIRAÇÕES E EXPECTATIVAS DOS PAIS

MÃE:

061- Como percebe o desenvolvimento atual da criança:

- abaixo do que esperava quando ela nasceu
- de acordo com o que esperava
- acima do que esperava quando ela nasceu

062- Até que série gostaria que a criança estudasse ? _____

063- Até que série acha que a criança vai estudar ? O que a faz pensar assim ? _____

064- Na sua opinião para que serve o estudo ? O que a faz pensar assim ? _____

065- O que espera da vida profissional da criança ? _____

PAI:

066- Até que série seu marido acha que a criança vai estudar ? _____

067- Na opinião do seu marido para que serve o estudo ? O que o faz pensar assim ? _____

068- Na sua opinião o que seu marido espera da vida profissional da criança ? _____

ESTRUTURA E DINÂMICA FAMILIAR

069- Dados de identificação da família:

Pai: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação:

É: autônomo empregado

Horário de trabalho: _____

Local de trabalho: _____

Cidade onde trabalha: _____

Mãe: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação:

É: autônomo empregado

Horário de trabalho: _____

Local de trabalho: _____

Cidade onde trabalha: _____

070- A criança tem irmãos

 não sim

Sexo Idade Mora com a criança: S (sim) N (não)

1. _____ _____ _____

2. _____ _____ _____

3. _____ _____ _____

4. _____ _____ _____

5. _____ _____ _____

071- Como é o relacionamento da criança com os familiares ? (mãe, pai, irmãos, outros)___

072- A criança participa dos assuntos de família ?

 sim: De que forma ? _____ não: Motivo _____

073- A criança demonstra iniciativa para trocas afetivas, ou seja procura alguém para sentar no colo, para abraçar, beijar ?

 não sim: Com quem ? _____

074- Frente a dificuldades a quem a criança recorre ?

 mãe pai outros: Especificar _____

075- A criança realiza alguma atividade junto com:

 a mãe o pai irmãos outros: Especificar _____

- Quais ? _____

- Em que circunstâncias ? _____

076- A família promove o relacionamento da criança com outras ?

 sim: Como ? _____ não: Motivo _____

077- A família costuma estar reunida em que situações:

 café da manhã almoço jantar à noite, para assistir televisão**PADRÃO DE INTERAÇÃO/COMUNICAÇÃO MÃE-CRIANÇA**

078- Como se dá a sua participação/envolvimento na rotina (dia-a-dia) da criança ?

 total parcial: Motivo _____

079- Como ocorre o contato com a criança (conversa sobre o dia dela, ouve o que ela tem para contar, lhe faz carinho, em que circunstâncias ocorre, etc.). Descrever ____

080- Tem diálogo com a criança:

- () sim: Em quais situações ocorre ? _____
 Quais os assuntos comentados ? _____
 () não: Motivo _____

081- Como é o seu relacionamento atual com a criança ? _____

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA

082- A criança alguma vez ficou doente ?

- () não
 () sim: Que tipo de doença foi ? _____
 Por quanto tempo ela permaneceu doente ? _____
 Que tipo de tratamento ela fez ? _____
 Que idade ela tinha na ocasião ? _____

083- A criança apresenta algum problema de saúde atual ?

- () não () sim: Qual ? _____
 Há quanto tempo ? _____
 Providências tomadas ? _____

084- A criança teve:

- () convulsões: Quantas vezes ? _____
 Idade (s) _____
 () desmaios: Quantas vezes ? _____
 Idade (s) _____
 () crises de ausência: Quantas vezes ? _____
 Idade (s) _____
 () tombos com pancada na cabeça: Quantas vezes ? _____
 Idade (s) _____

085- A criança chegou a ser hospitalizada alguma vez ?

- () não
 () sim: Quantas vezes ? _____
 Motivo _____

086- A criança sofreu algum tipo de cirurgia ?

- () não
 () sim: Que tipo ? _____
 Que idade ela tinha quando foi operada ? _____

087- Doenças da quadra infantil

- () catapora () varíola
 () sarampo () cachumba
 () rubéola () outras
 - Com que idade ? _____

088- A criança já sofreu algum tipo de acidente ?

- () não
 () sim: Que tipo ? _____
 Com que idade ? _____

TRATAMENTOS OU SEGUIMENTOS

089- A criança faz ou já fez algum tipo de tratamento ou seguimento ?

- () não
 () sim: Qual tratamento? _____ () sim: Qual seguimento ? _____
 Motivo ? _____ Motivo ? _____
 Por quanto tempo ? _____ Por quanto tempo ? _____

090- Usou ou usa algum tipo de medicação ?

- () não
 () sim: Qual ? _____

091- Qual o comportamento da criança nas consultas médicas ? _

092- A criança usa algum tipo de prótese (aparelho: óculos, aparelho auditivo, pinos, etc.) ?

não

sim: Qual ? _____

Há quanto tempo ? _____

Providências tomadas pela família _____

ANTECEDENTES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

093- Alguém na família teve dificuldades de fala ou de aprendizagem quando criança ?

não

sim: Quem ? _____

Como era esta dificuldade ? _____

Como esta dificuldade evoluiu ? _____

094- Há casos de doença na família ?

não

sim: Quem ? _____

Qual a patologia ? _____

095- Ocorrência de vícios (drogas, álcool) na família.

não

sim: Quem ? _____

Há quanto tempo ? _____

Grau de parentesco com a criança _____

096- Casos de suicídio, mortes, delinqüência na família.

não

sim: Quem ? _____

Há quanto tempo ? _____

Grau de parentesco com a criança ? _____

RECURSOS AMBIENTAIS

097- Há quanto tempo a família reside na casa atual ? E em quantas casas a criança já morou ? _____

098- A família reside em:

casa própria

casa alugada

casa emprestada

casa financiada

pensão

outros

099- Na casa existe:

água

luz

esgoto

asfalto na rua

100- Quantos cômodos há na casa ? _____

- Quais ? _____

- Há cama individual para todos ? _____

101- Quantas pessoas moram na casa ? _____

- Quais ? _____

102- Quem colabora nas despesas domésticas:

- Parentesco: _____

- Salário: _____

- Estabilidade financeira (desempregado, mensalista, diarista) _____

- Qual a renda familiar atual: _____

103- A família recorre a que tipo de serviços de saúde ?

sim: SUS

Convênios Particulares: Qual ? _____

Prefeitura: Qual ? _____

Outros: Quais ? _____

104- A família tem o hábito de fazer algum tipo de passeio ?

não

sim: Qual ? _____

105- Há livros em sua casa ?

não

sim

- Tipo: escolares

- () romances, contos, literatura () livros infantis
- () religiosos - bíblia, evangélicos, catecismo () técnicos, científicos
- () enciclopédia () dicionário
- () outros, especifique: _____

- 106- A família tem o hábito de ler:
- () jornais: Quais ? _____
 - Quem lê ? _____
 - Com que frequência ? _____
 - A criança tem acesso ? _____
 - () revistas: Quais ? _____
 - Quem lê ? _____
 - Com que frequência ? _____
 - A criança tem acesso ? _____
 - () livros: Quais ? _____
 - Quem lê ? _____
 - Com que frequência ? _____
 - A criança tem acesso ? _____

107- Atualmente quais as atividades de lazer da família ? (passeios, viagens, esporte, clube, leitura, etc.)

ESTRESSORES AMBIENTAIS

Acontecimentos	Ocorreu no últimos 12 meses	Ocorreu anteriormente	Nunca ocorreu
Entrada na escola (1º grau)			
Mudança de escola			
Repetência na escola			
Agressão da professora			
Mais de uma troca de professora no ano			
Mudança de cidade			
Suspensão da escola			
O pai <input type="checkbox"/> ou a mãe <input type="checkbox"/> passou a ficar fora de casa por mais tempo que antes (aumento da ausência por 8 horas ou mais por semana)			
Perda do emprego do pai ou da mãe (especificar quem)			
Momentos difíceis do ponto de vista financeiro			
Nascimento de um irmão			
Hospitalização ou enfermidade séria da criança por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um dos pais por duas semanas ou mais			
Criança acidentada com seqüelas (ex. perda de visão, etc.)			
A criança adquiriu uma deformidade visível			
Acréscimo de um terceiro adulto na família			
Morte de um amigo da criança			
Morte de um avô / avó			
Morte de um irmão			
Morte do pai <input type="checkbox"/> / da mãe <input type="checkbox"/> (especificar)			
O relacionamento com os amigos / colegas piorou			
Um irmão / irmão deixou definitivamente o lar, após conflitos			
Gravidez de uma irmã solteira			
Aumento de conflito e brigas entre os pais			
Separação dos pais			
Mãe o ou pai o se casou de novo (especificar qual)			
Divórcio dos pais			
Pai <input type="checkbox"/> ou mãe <input type="checkbox"/> abandonou a família			
Consumo de álcool ou droga pelo pai <input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/> mãe			
Problemas de saúde mental do pai <input type="checkbox"/> ou da <input type="checkbox"/> mãe			
Problemas do pai <input type="checkbox"/> ou da mãe <input type="checkbox"/> com a polícia ou com a justiça			
Litígio entre os pais pela guarda da criança			
Litígio entre os pais por causa da pensão			
Conflito e brigas entre pais e filhos			
Abuso sexual da criança			
Violência e maus tratos			
Agressão de colegas			

INSTABILIDADE OCUPACIONAL DO PAI

108- Antes do atual emprego de seu marido, ele tinha outro emprego ?
 não sim: Quantos empregos ele já teve desde que a criança nasceu ? _____

109- Depois do nascimento da criança seu marido já ficou alguma vez sem emprego ?
 não
 sim: Qual era a idade da criança ? _____
 A criança tinha conhecimento desse problema ? _____
 Por quanto tempo ele ficou sem emprego ? _____
 Como a família sobreviveu nessa época ? _____

* Caso a criança não viva com o pai perguntar sobre a pessoa responsável pela casa

INSTABILIDADE OCUPACIONAL DA MÃE

110- Antes do emprego atual a senhora tinha outro ?
 não sim: Quantos empregos teve depois do nascimento da criança ? _____

111- Depois do nascimento da criança já ficou alguma vez sem emprego ?
 não
 sim: Por quanto tempo ? _____
 Que idade a criança tinha ? _____
 Como a família sobreviveu nessa época ? _____

*Se a mãe não trabalha atualmente

112- Após o nascimento da criança trabalhou alguma vez ?
 não
 sim: Que idade a criança tinha ? _____
 Com quem a criança ficava ? _____
 Qual o motivo de ter que parar de trabalhar ? _____

113- A família já passou ou passa por dificuldades financeiras ?
 não sim: Motivo _____
 Período em que ocorreu: _____

NASCIMENTO DE IRMÃOS

(Se a criança tem irmãos mais novos)

114- Que idade a criança tinha quando nasceu o irmão ? _____
 - Como ela reagiu ? _____
 - Se houve dificuldades: Como a família lidou com estas dificuldades ? _____

SEPARAÇÃO E DIVÓRCIO DOS PAIS

115- O casal já se separou alguma vez ?
 não sim: Quanto tempo durou a separação ? _____

116- Como foi a separação ?
 amistosa litigiosa: Motivo: _____

117- Qual a idade da criança na ocasião da separação ? _____

118- Há algum contato com o pai (ou a mãe) que não mora junto ?
 não
 sim: Qual a frequência destes contatos ? _____
 Há dias marcados com antecedência para estes contatos ? _____

119- Em caso de divórcio: foi realizado juridicamente ?
 não sim: Motivo _____
 Quando ? _____
 Qual dos cônjuges solicitou ? _____

NOVO CASAMENTO

120- Mãe (ou pai) casou-se novamente após o nascimento da criança ?
 não
 sim: Quanto tempo após a separação dos pais ? _____
 Que idade a criança tinha ? _____
 Como ela reagiu ? _____

SITUAÇÃO DE MORTE

121- A criança já passou por situação de perda por morte ?

- () não () sim: De quem ? _____
 Grau de parentesco com a criança _____
 Qual sua idade na ocasião ? _____
 Como reagiu ? _____

PAIS FALECIDOS

- 122- Em que circunstâncias pai / mãe faleceu ? _____
 123- Qual era a idade da criança nessa época ? Como ela reagiu ? _____
 124- Com quem a criança passou a residir ? _____

ADOÇÃO

- 125- Com que idade a criança foi adotada ? E qual o motivo da adoção ? _____
 126- A criança sabe que foi adotada ?
 () não: O que os pais pensam sobre isso ? _____
 Já houve situações embaraçosas com a criança por esta não saber que é adotada ? _____
 () sim: Quem contou à criança ? _____
 Em que condições foi contado à criança ? _____
 A criança faz algum comentário sobre sua condição de adotada ? Qual ? _____
 Os pais adotivos fazem algum comentário com a criança sobre sua condição de adotada? Qual? _____
 A criança tem algum contato com os pais biológicos ? Com que frequência ? _____
 (Se o motivo da adoção for abandono passar para esse tópico)

ABANDONO

- 127- Qual a idade da criança quando foi morar com a família ? _____
 128- Como a criança reagiu a essa situação ? _____
 129- Quem assumiu os cuidados com a criança ? _____
 130- Como vê a situação da criança ? (aceita, não aceita) _____

VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL

- 131- A criança já sofreu algum tipo de violência (física, psicológica, etc) ?
 () não () sim: Motivo _____
 Por quem ? _____
 Qual sua idade na época ? _____
 Providências tomadas e por quem ? _____
 132- A criança já sofreu algum tipo de abuso sexual ?
 () não () sim: Quando ? _____
 Por quem ? _____
 Qual a idade da criança na ocasião ? _____
 Providências tomadas e por quem ? _____

SITUAÇÃO DE CONFLITO FAMILIAR

**Mãe solteira*

- 133- A criança sabe que os pais não foram casados ?
 () não () sim: Ela faz (ou fez) algum comentário sobre este assunto, qual ? _____
 134- A criança já teve algum contato com o pai ?
 () não: Motivo _____
 () sim: Com que idade passou a ter (ou teve) este contato ? _____
 Com que frequência e regularidade eles se encontraram ? _____

**Mudanças na estrutura familiar*

- 135- Algum dos membros da família deixou definitivamente o lar ?
 () não () sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____
 Motivo _____
 Idade da criança na época _____
 Reação da criança frente a situação _____
 136- Acréscimo de um terceiro adulto na família ?
 () não () sim: Quem? (Grau de parentesco com a criança) _____
 Quando ? _____

Qual a idade da criança na ocasião ? _____
 Como reagiu frente a situação ? _____

*Problemas com a polícia e/ou com a justiça na família

137- Qual o motivo do problema ? _____

- A criança foi atingida pela situação de alguma forma ?

não

sim: Como ? _____

Qual a reação da criança ? _____

Quais as providências tomadas e por quem ? _____

CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU DROGA NA FAMÍLIA

138- Na família há usuário de álcool e/ou droga ?

não sim: Qual ? _____

Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

A quanto tempo ? _____

139- A criança tem conhecimento da situação ?

não sim: Faz (ou já fez) comentários sobre a situação ? _____

Quais ? _____

Com quem comentou ? _____

Como reage a situação ? _____

140- A situação traz (ou trouxe) alguma conseqüência para a família ?

não sim: Quais ? _____

AMBIENTE PATOLÓGICO

141- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com a criança, há alguém doente ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

Que tipo de doença ? _____

Quanto tempo a criança convive (ou conviveu) com esta pessoa ?

142- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com a criança, há alguém com retardo mental ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

Quanto tempo a criança convive (ou conviveu) com esta pessoa ?

143- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com a criança, há alguém com doença mental ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

Quanto tempo a criança convive (ou conviveu) com esta pessoa ?

- Já houve internações por doença mental na família ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

A criança tinha conhecimento da situação ? _____

Que idade a criança tinha na época ? _____

Como reagiu a situação ? _____

144- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com criança, há alguém que teve algum tipo de ataque ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

Que tipo de ataque ? _____

Quanto tempo a criança convive (ou conviveu) com esta pessoa ?

Qual a idade da criança na época ? _____

Se a criança presenciou como reagiu à cena ? _____

145- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com a criança, há alguém nervoso ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

Como era esse nervosismo ? _____

Como essa pessoa lidava com a criança quando estava nervosa ?

Quanto tempo a criança convive (ou conviveu) com esta pessoa ?

146- Dentre as pessoas que convivem (ou conviveram) com a criança, há alguém que tentou suicídio ?

não sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____

A criança tinha conhecimento da situação ? Caso positivo como reagiu a situação ?

Qual a idade da criança na ocasião ? _____

147- Alguns dos pais ficou certo tempo hospitalizado ou teve alguma doença séria que o obrigou a ficar de cama, depois que a criança nasceu?

- () não () sim: Quem ? _____
 Por quanto tempo? _____
 Com quem a criança ficou nesta época ? _____
 Que idade a criança tinha na ocasião ? _____

148- Alguém que a criança gostava muito morreu ?

- () não () sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____
 Como a criança reagiu à situação ? _____
 Que idade tinha na época ? _____

149- Dentre as pessoas que a criança convive (ou conviveu) , há alguém que teve problemas com processo de prisão ?

- () não () sim: Quem ? (grau de parentesco com a criança) _____
 Por quanto tempo ? _____
 A criança tinha conhecimento da situação ? Caso positivo como reagiu a ela ? _____
 Que idade tinha na época ? _____

150- A senhora gostaria de acrescentar algo mais ? _____

ANEXO 2

Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter

Nome da criança: _____
 Data do nascimento: ___/___/___ Sexo: _____
 Escola: _____ Série: _____
 Endereço: _____
 Profissão do pai: _____
 Escolaridade do pai (até que ano estudou): _____
 Profissão da mãe: _____
 Escolaridade da mãe (até que ano estudou): _____

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

O questionário pergunta sobre vários tipos de comportamento que a maioria das crianças apresentam em algumas ocasiões. Por favor, dê as respostas conforme seu filho (a) tem sido durante os ÚLTIMOS 12 MESES.

PROBLEMAS DE SAÚDE

Abaixo está uma lista de pequenos problemas de modo que a maioria das crianças têm em algumas ocasiões. Por favor, diga-nos com que frequência cada um desses problemas ocorre com seu filho (a) o círculo correto.

	Nunca	Ocasionalmente, mas não chega a ocorrer uma vez por semana	Pelo menos uma vez por semana
A) Tem queixas de dores de cabeça _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Asma ou crises respiratórias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D)Faz xixi na cama ou nas calças _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Faz cocô na roupa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Fica mal humorado e nervoso, isto é, fica irritado, grita e perde completamente o humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G)Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H)“Mata” ou “enforca” aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente
1. Apresenta dificuldade para fazer a lição de casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, como é:			
<input type="checkbox"/> Não toma iniciativa para fazer a lição			
<input type="checkbox"/> Não consegue fazer sem ajuda			
<input type="checkbox"/> Faz muitas interrupções durante a realização da tarefa			
<input type="checkbox"/> Recusa-se a fazer a lição			

HÁBITOS. Por favor, coloque uma cruz no círculo da resposta correta

1. Ele (a) gagueja ? _____ Não Sim-moderado Sim-severo

2. Há alguma dificuldade com a fala além da gagueira ? _____ Não Sim-moderado Sim-severo
Se sim, por favor descreva a dificuldade _____

3. Ele (a) costuma roubar ou então pegar coisas dos outros às escondidas ? _____
 Não Sim-ocasionalmente Sim-freqüentemente

Se sim (ocasionalmente ou freqüentemente), o que ele costuma pegar ?

- Coisas pequenas como canetas, doces, brinquedos, pequenas quantidades de dinheiro, etc.
- Coisas grandes
- Tanto coisas pequenas como grandes

Ele (a) pega as coisas: ... ele costuma pegar essas coisas:

- Na sua própria casa
- Em outros lugares
- Tanto em casa como em outros lugares
- Sozinho, com ajuda de alguém
- Junto com outras crianças ou adultos
- Algumas vezes sozinho, algumas vezes com outras pessoas

4. Há qualquer dificuldade de alimentação _____ Não Sim-moderado Sim-severo
Se sim como é ?

- “Faz onda” e “fica enrolando” para comer
- Não come o suficiente
- Come em excesso
- Outra, por favor descreva: _____

5. Há qualquer dificuldade com o sono ? _____ Não Sim-moderado Sim-severo
Se sim, marque quais são:

- Tem dificuldade para ir dormir
- Tem dificuldade em pegar no sono
- Tem dificuldade para acordar de manhã
- Acorda durante a noite
- Fala dormindo
- De madrugada fica muito agitado, assustado, gritando de pavor
- Bate a cabeça enquanto dorme
- Range os dentes enquanto dorme
- Anda dormindo
- Tem pesadelos (sonhos que o perturbam)
- Tem medo de escuridão
- Outras, por favor descreva: _____

6. A criança tem medo de alguma coisa (de algum objeto, pessoa ou situação) ? _____ Não Sim-moderado Sim-severo
Se sim, por favor descreva: _____

7. A criança apresenta algum movimento repetitivo do corpo ou do rosto ou tem algum tique ? _____ Não Sim-moderado Sim-severo

- Se sim, quais ?
- Piscar os olhos
 - Repuxar a cabeça
 - Repuxar a boca
 - Contorcer o nariz
 - Contorcer o braço
 - Outros, por favor descreva: _____

Anexo B

Escala de Rutter

Abaixo está uma série de descrições de comportamentos apresentados muitas vezes pelas crianças. Diante de cada afirmação tem três colunas - “Não se aplica”, “Se aplica um pouco”, “Se aplica com certeza”. Se seu filho (ou filha) apresenta o comportamento descrito pela afirmação, coloque um círculo embaixo do “Se aplica com certeza”. Se ele (ou ela) apresenta o comportamento descrito pela afirmação mas em grau menor ou menos freqüentemente, coloque uma cruz sob “Se aplica um pouco”. Se, conforme você está ciente, seu filho não apresenta o comportamento, coloque uma cruz embaixo de “Não se aplica”.

Por favor coloque uma cruz embaixo de cada afirmativa.

AFIRMAÇÃO	Não se aplica	Se aplica um pouco	Se aplica com certeza
1. Muito agitado, tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo			
2. Criança impaciente, irrequieta			
3. Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros			
4. Briga freqüentemente ou é extremamente briguento com outras crianças			
5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças			
6. Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo			
7. Tende a ser uma criança fechada - um tanto solitária			
8. Irritável, facilmente perde as “estribeiras”			
9. Freqüentemente a criança parece estar tristonha, infeliz, angustiada			
10. Chupa freqüentemente os dedos			
11. Roe freqüentemente as unhas			
12. Muitas vezes é desobediente			
13. Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos, isto é, fica muito pouco tempo ligado em uma atividade			
14. Tende a ter medo ou receio de coisas ou situações novas			
15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular			
16. Muitas vezes fala mentira			
17. Maltrata outras crianças			
18. Fala palavrões, nomes feios			
19. É uma criança muito agarrada a mãe e que tenta manter-se sempre perto dela			
20. Fica acanhada, tímida e se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas			
21. É uma criança insegura e que não tem confiança em si mesma			

A) Existem outros problemas? _____ Não Sim
Se sim, quais? _____

B) A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico? _____ Não Sim

C) Os senhores consideram que seu (a) filho (a) está necessitando de atendimento psicológico ou psiquiátrico? _____
_____ Não Sim