
DIFERENÇAS NO DESENVOLVIMENTO DE MENINOS E MENINAS EM CONDIÇÕES DE RISCO

CHRISTIANA GONÇALVES MEIRA DE ALMEIDA

Faculdade de Psicologia – Universidade Federal de São Carlos - SP - Brasil

OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES

D. de Psicologia - Fac. Ciências - Univ. Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - SP -

MANOEL HENRIQUE SALGADO

D. de Engenharia - Fac. Ciências - Univ. Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - SP -
Brasil

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo avaliar o desenvolvimento de bebês que possuíam alguma condição de risco. Participaram do projeto 82 crianças, 42 meninos e 40 meninas. Como critérios de inclusão definiu-se: baixo-peso ao nascer, parto pré-termo ou filhos de mães adolescentes. Para avaliar o desenvolvimento foi utilizado o protocolo de “Estimulação Infantil” do Inventário Portage Operacionalizado, que foi aplicado entre 30 e 59 dias de vida do bebê. Em todas as condições as meninas tiveram melhor desempenho, porém na condição de filhos de mães adolescentes não foi observada diferença significativa entre os grupos. Os dados parecem indicar que as condições de risco possuem maior probabilidade de causar danos ao desenvolvimento à população masculina que à feminina, coerentes à literatura analisada. Análises e elaboração de programas de estimulação precoce constituem-se fundamentais para minimizar os riscos de problemas de desenvolvimento nessa população.

Palavras-chave: *Bebês de risco; diferenças entre gêneros; Inventário Portage Operacionalizado; desenvolvimento infantil.*

ABSTRACT

BOYS AND GIRLS IN RISK CONDITIONS DEVELOPMENT DIFFERENCES

This study aimed to evaluate the development of infants aged between 30 and 59 days, who presented some kind of risk factor threatening their development. Participated in the project 82 children, being 42 boys and 40 girls, presenting the following risk conditions: low birth weight, preterm birth or children of adolescent mothers. The protocol “Stimulation for kids” from “The Operationalized Portage Inventory” was administered. The girls presented a better performance in all conditions, however, no significant differences between genders were observed among the adolescent mothers’ children. These results are consistent with those described in the literature and they indicate that the male population is more vulnerable to developmental damage. Public policies regarding early intervention to minimize the likelihood of future cognitive difficulties and consequently its impact in such population are essential. ok

Key words: *Risk babies; difference between gender; Operationalized Portage Inventory; children development.*

INTRODUÇÃO

Bebês que, ao nascer, apresentam condições pessoais que poderiam resultar em danos para seu desenvolvimento físico, emocional e cognitivo podem ser denominados bebês de risco (Sanseverino, Spritzer e Schüler-Faccini, 2001). Tais condições são determinadas por fatores que podem ser classificados como fatores de risco presentes antes, durante e depois do nascimento (Rodrigues, 2003). Nesse sentido avaliar especificidades das diferentes condições de risco é fundamental para desenvolver meios de reduzir a probabilidade de danos ao desenvolvimento.

O conceito de risco é baseado em relações probabilísticas, ou seja, considera-se que determinadas condições biológicas e/ou ambientais, têm maior probabilidade de resultar em distúrbios ou atrasos no desenvolvimento de bebês, quando comparados com seus pares que não sofreram a influência das mesmas variáveis (Nunes, 1998). Assim, como aponta Linhares (2004), tais variáveis devem ser entendidas enquanto possibilidade, e não certeza, de que essa exposição trará prejuízos para o desenvolvimento do bebê. Desse modo, cabe ao pesquisador interessado na área, questionar o que é possível ser feito para reduzir ou eliminar os prejuízos ao desenvolvimento de bebês nessas condições. Na tentativa de responder questões como essas, uma caracterização minuciosa das diversas condições de risco faz-se necessária. No presente estudo serão caracterizadas três condições de risco: prematuridade, baixo-peso e ser filho de mãe adolescente.

Bebês prematuros são aqueles nascidos com menos de 37 semanas e seis dias de gestação, calculados a partir do primeiro dia da última menstruação materna (Mota, Souza e Albuquerque, 2005). A CID-10 (O.M.S., 1997) define idade gestacional: termo – de 37 a 42 semanas de gestação (de 260 a 293 dias); pré-termo – menos de 37 semanas (menos de 259 dias); pós-termo – 42 semanas ou mais (mais de 293 dias). Pesquisadores têm apontado que uma das consequências da prematuridade é o atraso do desenvolvimento motor, dificuldades na realização de atividades de vida diária e nas atividades acadêmicas (Goyen e Lui, 2002; Hadders-Algra, 2004; Johnson, 2007; Magalhães, Wendling, Paixão, Mancini e Barbosa, 2003; Marlow, Wolke, Bracewell e Samara, 2005).

Outra condição de risco é o baixo peso, que caracteriza os bebês nascidos a termo, mas com peso inferior à 2500g (O.M.S., 1997). Essa condição exerce efeitos negativos na sobrevivência da criança, assim como em seu desenvolvimento sensório-motor (Mota, Souza e Albuquerque, 2005).

Carvalho, Linhares e Martinez (2001) apontam que bebês de muito baixo peso são mais suscetíveis a complicações em seu período neonatal com possíveis seqüelas futuras como paralisia cerebral, cegueira, surdez, deficiência mental, danos cerebrais com prejuízo neurológico e problemas relacionados ao desenvolvimento intelectual. O fator de risco “baixo peso” é uma variável que tem sido associada a prejuízos na saúde (Bismarck-Nasr, Frutuoso e Gamabardella, 2008) e no desenvolvimento geral (Goto, Gonçalves, Aranha Neto, Morcillo e Moura-Ribeiro, 2005; Halpern et al., 2008). Crianças em condições de nascimento prematuro e com baixo peso são mais propensas a apresentar deficiências cognitivas, problemas de desempenho escolar e dificuldades comportamentais, quando comparadas a crianças com peso igual ou superior a 2500g e a termo (Begega et al., 2010; Bordin, Linhares e Jorge, 2001; Johnson, 2007).

Estudos apontam que os riscos para o desenvolvimento são maiores para crianças de muito baixo peso (menos de 1900 g) e muito prematuras (abaixo de 33 semanas) (Cooke, 2006; Ortiz-Mantilla, Choudhury, Leever e Benasich, 2008). Linnet et al. (2006) em um estudo sobre baixo peso e prematuridade como condições de risco para transtorno hiperkinético observaram que crianças nascidas pré-termo, mesmo que próximas ao prazo, assim como crianças nascidas a termo com baixo peso ao nascer (1500-2499 g), têm significativamente maior risco de apresentar o transtorno que crianças a termo com peso adequado. Achados como esse são indicações à saúde pública, porque a maioria dos bebês prematuros nasce perto do prazo gestacional considerado a termo.

Sobre a condição de bebês filhos de mães adolescentes, Figueiredo, Pacheco e Magarinho, (2005) investigaram as circunstâncias em que decorre a gravidez na adolescência, comparando à gravidez entre mulheres adultas. As análises estavam relacionadas a condições demográficas, sociais, anteriores e durante a gravidez. Os resultados mostraram que a gravidez na adolescência se associa a um elevado número de condições menos favoráveis, que podem comprometer a gestação e os cuidados ao bebê, como por exemplo: desemprego, monoparentalidade, consumo de tabaco, condições adversas anteriores e gravidez não desejada. Os autores constataram que um número considerável de grávidas adolescentes vive em condições desfavoráveis, pelo que, não obstante a sua variabilidade, o grupo enquanto um todo pode ser considerado de risco, quando comparado ao grupo de grávidas adultas, aumentando a probabilidade de prejuízos para o desenvolvimento de seus bebês. Outros estudos realizados com mães adolescentes confirmam tais achados por apresentarem perfil condizente com os fatores de risco presentes nas variáveis demográficas, comumente estudadas para o desenvolvimento dos filhos, pois a maioria não tem companheiro, tem poucos anos de estudo, não trabalha, é oriunda de famílias de baixa renda e não realizou pré natal ou, se o fez, foi insuficiente (Carniel, Zanolli, Almeida e Morcillo, 2006; Gallo, Reis e Leone, 2000; Kassar, Lima, Albuquerque, Barbieri e Gurgel, 2006; Simões et al., 2003; Zambonato, Horta, Pinheiro e Tomasi, 2004).

Rodrigues (2009) realizou um estudo com 217 bebês que foram avaliados no decorrer do primeiro ano de vida. Deles, 33% eram prematuros, 28% filhos de mães adolescentes, 11% com baixo peso nascidos a termo, 3% com Síndrome de Down ou filhos de mães portadoras de HIV+ e 25% do grupo controle, sem condições de risco identificado no nascimento. Os resultados mostraram que o grupo dos prematuros apresentou desempenho significativamente diferente do grupo controle e do grupo de mães adolescentes em 68% das análises conduzidas, enquanto que para o grupo de bebês baixo peso a mesma comparação indicou diferenças significativas em somente em 10% das análises.

Um fator que parece ser relevante para atenuar ou agravar problemas de desenvolvimento em bebês prematuros e de baixo peso é o gênero do bebê. Estudos oriundos de acompanhamentos de bebês de muito baixo peso (abaixo de 1500g) apontam uma mortalidade maior para meninos que para meninas (Böhm, Lundequist e Smedler, 2010; Hintz, Kendrick, Vohr, Poole e Higgins, 2006; Stevenson et al., 2000; Wood et al., 2005).

Os meninos são mais vulneráveis a alterações pré e perinatais. São abortados espontaneamente com mais frequência, apresentam mais intercorrências durante o parto e mais malformações congênitas (Hintz et al., 2006). Além disso, entre os bebês que sofrem complicações ao nascer, morrem mais meninos que meninas, tanto no momento do parto quanto nos primeiros anos de vida (Wood

et al., 2005). Os autores descreveram, também, a presença de fatores perinatais associados com morbidade de bebês prematuros com idade corrigida, abaixo de 30 meses, no Reino Unido e na Irlanda. Concluíram, ainda, que o sexo masculino é um fator de risco generalizado para paralisia cerebral e deficiências motoras graves.

Hintz et al. (2006) investigando se o gênero pode ser considerado como desvantagem para o desenvolvimento na primeira infância, avaliaram 5.253 crianças inscritas no Instituto Nacional de Saúde e Desenvolvimento Infantil, na Escandinávia, nascidas com menos de 28 semanas entre 1997 e 2000. Dentre os principais resultados os meninos foram mais suscetíveis a problemas de desenvolvimento neurológico, paralisia cerebral grave e problemas de desenvolvimento psicomotor. Os autores apontam que há uma série de variáveis biológicas desfavoráveis ao desenvolvimento neurológico em meninos.

Considera-se que, avaliar diferenças entre gêneros, pode auxiliar o desenvolvimento de medidas terapêuticas mais adequadas para essa população. Nesse contexto, programas de estimulação precoce podem atuar como possibilidades preventivas a problemas de desenvolvimento e podem minimizar ou evitar os efeitos dos fatores de risco biológicos e psicossociais (Godoy, Nunes, Perissinoto e Nunes-Sobrinho, 2000). Autores têm considerado que os avanços científicos apontam que a plasticidade do cérebro humano é mais acentuada nos primeiros anos de vida e suscetível à estimulação (Resegue, Puccini e Silva, 2007, 2008). Esses achados fundamentam a possibilidade de evolução de crianças com prognóstico de alterações no desenvolvimento por meio de diagnóstico e intervenção precoces.

O presente estudo faz parte do projeto “*Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais*”, que acontece no Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade pública no interior paulista, envolvendo pesquisa e extensão, desenvolvidos com a participação de alunos de graduação em Psicologia (Rodrigues, 2003). Dentre as inúmeras condições de risco existentes, a prematuridade, baixo peso e gravidez na adolescência receberam destaque devido ao grande número de bebês encontrados nesse projeto sob essas condições.

Para implementação de medidas efetivas de intervenção e diagnóstico, a escolha de instrumentos de avaliação adequados e o acompanhamento para conhecer as especificidades de cada caso são fundamentais (Rodrigues, 2003). Nesse sentido, a caracterização da população de risco e identificação de informações relevantes sobre o seu desenvolvimento se tornam indispensáveis à continuidade do projeto e justificam a importância do presente estudo. Os instrumentos de investigação mais utilizados nesse projeto de intervenção precoce foram a Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (EDCC) padronizado para a população brasileira com crianças sem risco para o desenvolvimento (Batista Pinto, Vilanova e Vieira, 1997) e o Inventário Portage Operacionalizado (IPO), adaptado para a população brasileira (Williams e Aiello, 2001).

O primeiro instrumento é composto por 64 comportamentos, que são avaliados mês a mês, de acordo com o sexo da criança. Os comportamentos avaliados são organizados como: **aparecimento**, quando o comportamento apareceu pelo menos para uma das crianças da amostra; **normalização**, quando o comportamento ocorreu para a média das crianças da amostra e **estabilização**, quando o comportamento ocorreu para a maioria das crianças da amostra. O segundo instrumento é composto por 580 comportamentos distribuídos em cinco áreas: Linguagem, Desenvolvimento Motor, Autocuidado, Cognição e Socialização e separados por faixa etária de zero a seis anos e uma área específica

para bebês de zero a quatro meses, o protocolo de Estimulação Infantil do Inventário Portage Operacionalizado (IPO). O primeiro instrumento possui a vantagem de já considerar diferenças de gênero, mas possui uma quantidade menor de comportamentos observados e sua utilização é restrita apenas ao primeiro ano de vida. Já o segundo, embora não possua análise por gênero, tem aplicabilidade maior por ser utilizado em crianças até seis anos de vida e permite uma avaliação mais detalhada.

Batista Pinto (2009) utilizou a EDCC para avaliar o comportamento de 21 bebês prematuros (de 33 a 36 semanas de gestação), de um a 12 meses. Os resultados mostraram que a partir do terceiro mês houve recuperação importante no ritmo de desenvolvimento do comportamento. Contudo a amostra ainda apresentou fator de risco de comportamentos não-normalizados até 12 meses incompletos. De forma geral, o sexo feminino apresentou um desenvolvimento do comportamento em ritmo mais rápido do que o sexo masculino, com diferença estatisticamente significativa nas frequências de normalização e estabilização de alguns comportamentos. A forma de organização de tal escala se mostrou útil para detecção de elementos que podem favorecer o acompanhamento do processo de desenvolvimento do comportamento destas crianças e na detecção precoce de atrasos ou possíveis distúrbios neste processo.

Taques e Rodrigues (2006) aplicaram o protocolo de Estimulação Infantil do IPO em 40 bebês durante os quatro primeiros meses de vida e analisaram os resultados dos desempenhos, considerando a categorização dos comportamentos com base nos critérios de aparecimento, normalização e estabilização propostos em Garrett (1974), e também, considerando os gêneros, ou seja, foi utilizada a estrutura de organização da Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (EDCC). Os resultados mostraram que há diferenças entre os gêneros e que alguns comportamentos ocorrem tipicamente a cada mês, sugerindo adequações na escala. As autoras concluem que um número menor de comportamentos avaliados a cada mês facilitaria o processo de avaliação de bebês e orientação de pais. Contudo, ressaltam que, apesar da ausência dessa estruturação, o Inventário Portage Operacionalizado tem-se mostrado um instrumento importante de avaliação de desenvolvimento de bebês por possuir um maior detalhamento de comportamentos a serem observados, se comparado a outros instrumentos.

O presente estudo partiu da proposta de análise de Taques e Rodrigues (2006), em uma população maior e teve como objetivo avaliar o desenvolvimento de bebês, considerando as variáveis condições de risco (prematuidade, baixo peso e filhos de mães adolescentes) e sexo.

MÉTODOS

Participantes

Participaram do projeto 82 crianças, sendo 42 meninos e 40 meninas, com idade entre 30 e 59 dias por ocasião da avaliação. Todos os bebês eram oriundos de uma maternidade que atende majoritariamente usuárias do Serviço Único de Saúde e eram identificados por informações obtidas no Banco de Leite Humano, de uma cidade de médio porte do interior paulista. Os critérios utilizados para inclusão das crianças no mesmo foram os seguintes: peso igual ou inferior 2.500 g em nascimentos a termo; idade gestacional inferior a 37 semanas e filhos de mães adolescentes (de 10 a 17 anos).

A Tabela 1 mostra que a maioria (55%) dos participantes eram filhos de mães adolescentes e o restante dividiu-se em bebês pré-termo (24%) e com baixo peso ao nascer (21%), sendo 55% meninos.

Tabela 1. Distribuição percentual dos participantes em termos de sexo e condição de risco

Gênero do bebê	Condição de Risco			Total
	Mães adolescentes	Pré-termo	Baixo-Peso	
Meninas	26	9	9	45
Meninos	29	13	12	55
Total	55	24	21	100

Instrumentos

Foi utilizado o protocolo de “Estimulação Infantil” do Inventário Portage Operacionalizado (Williams e Aiello, 2001), que contém 45 itens, com espaço para anotação do desempenho da criança (Tabela 2), além de brinquedos e outros aparatos previstos no manual de aplicação do instrumento.

Tabela 2. Protocolo de Estimulação Infantil

Nº	Item	Resposta da criança
1	Estimulação visual geral (menos de seis semanas)	
2	Estimulação visual geral (mais de seis semanas)	
3	Estimulação tátil geral (menos de seis semanas)	
4	Estimulação tátil geral (mais de seis semanas)	
5	Estimulação auditiva geral (menos de seis semanas)	
6	Estimulação auditiva geral (mais de seis semanas)	
7	Suga	
8	Movimenta a cabeça para o lado quando deitada de costas	
9	Abre a boca quando o bico do seio ou da mamadeira toca os lábios	
10	Indica sensibilidade ao contato físico, tranqüilizando-se, chorando ou movimentando-se	
11	Vira a cabeça em direção ao bico do seio ou da mamadeira, quando suas faces forem tocadas	
12	Olha para o local de onde provém o ruído ou movimenta o corpo em resposta a sons	
13	Olha para a pessoa que tenta obter sua atenção, falando ou movimentado-se.	
14	Movimenta o corpo ou acalma-se em resposta à presença de uma pessoa	
15	Responde a voz de um adulto	

16	Levanta e mantém erguida momentaneamente a cabeça quando segurada contra o corpo (cabeça encostada no ombro do adulto)	
17	Chora diferencialmente em função de diferentes situações de desconforto	
18	Dorme no horário de rotina	
19	Movimenta os braços sem direção	
20	Segue com o olhar um objeto que passa no meio de seu campo visual	
21	Sorri	
22	Segue a luz com os olhos virando a cabeça	
23	Segue um som, virando a cabeça	
24	Observa a própria mão	
25	Quando deitada de costas, balança as pernas dando chutes vigorosos	
26	Abre a boca e começa a sugar antes que o bico do seio ou mamadeira lhe toque a boca	
27	Mantém contato visual por três segundos	
28	Quando deitada de barriga pra cima, vira a cabeça para cima, para baixo e para os lados	
29	Golpeia objetos com as mãos	
30	Mantém a cabeça erguida por cinco segundos, quando deitada de barriga para baixo	
31	Segue com os olhos um objeto que fez percurso de 180°	
32	Procura a origem de um som ou ruído, movimentando a cabeça em sua direção	
33	Controla a cabeça e os ombros quando a colocam sentada e ancorada por almofadas	
34	Emite sons guturais quando satisfeita	
35	Estende os braços em direção a um objeto tentando alcançá-lo	
36	Mantém a cabeça ereta e firme ao ser carregada verticalmente	
37	Segura um objeto por 30 segundos, usando preensão palmar, e deixa escapar involuntariamente	
38	Repete o próprio som	
39	Quando deitada de barriga para baixo, mantém a cabeça e o tórax eretos, apoiando-os sobre os braços	
40	Abre a boca ao ver uma colherada de comida	
41	Dá risadas	
42	Demonstra reconhecer membros da família sorrindo ou parando de chorar	
43	Tenta virar o corpo usando os ombros	
44	Move o polegar em direção oposta aos demais dedos	
45	Balbucia (série de sílabas)	

Local

Os participantes eram atendidos em uma sala do Centro de Psicologia Aplicada da referida universidade. Nesta sala havia mesa e cadeiras utilizadas na entrevista com os pais e uma cama alta onde os bebês eram avaliados.

Procedimento

O presente projeto foi aprovado pelo do Comitê de Ética da Universidade Pública onde o projeto foi desenvolvido (Processo nº 2243/46/01/06). Após a identificação dos bebês os pais eram contatados via telefone e convidados a participar do projeto em um Centro de Psicologia Aplicada. O primeiro atendimento de cada bebê foi agendado, a partir de 30 até 59 dias após seu nascimento.

O primeiro encontro era iniciado pela apresentação do projeto de extensão que previa o acompanhamento do desenvolvimento de bebês durante o primeiro ano de vida, avaliando mensalmente o seu desenvolvimento, acrescido de orientação aos pais. Em caso de concordância, os pais assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cientes de que a sua identidade e a da criança permaneceriam em anonimato, nas apresentações dos resultados obtidos em congressos e publicação em periódicos da área, garantindo que os dados obtidos seriam trabalhados em conjunto com os de outros sujeitos.

Na segunda etapa era conduzida a primeira avaliação do desenvolvimento do bebê, de acordo com as instruções do manual de aplicação do Inventário Portage Operacionalizado (Williams e Aiello, 2001), previsto para os quatro primeiros meses. As avaliações foram conduzidas na presença dos pais que serviram como mediadores e informantes. O comportamento do bebê foi avaliado basicamente por duas formas: a) o pesquisador poderia organizar um ambiente para observar a emissão de comportamentos específicos descritos no inventário, por exemplo, emitir ruído do chocalho ao lado da criança e observar se a mesma movimentava a cabeça em direção ao som; b) pesquisador perguntava aos pais sobre comportamentos não observados durante a avaliação, tais como, a alimentação, a rotina do sono, choro, se reconhecem os membros da família.

Análise dos dados

Para organização dos resultados, cada um dos 45 comportamentos do protocolo foi categorizado com base nos critérios de a) Aparecimento, quando pelo menos 25% dos bebês apresentavam o comportamento; b) Normalização quando 26 a 75% dos bebês apresentavam o comportamento e c) Estabilização, quando 76% ou mais dos bebês o apresentavam, com base na proposta de Garrett (1974). Esses critérios foram aplicados considerando a condição de risco e o sexo do bebê.

Também foi realizada análise de variância para identificar se havia diferença estatística significativa entre a frequência de comportamentos em aparecimento, normalizados e estabilizados nas diferentes condições de risco e entre gêneros.

RESULTADOS

A Figura 1 ilustra as diferenças entre os desempenhos de meninos e meninas, independente das condições de risco em que se encontravam. Em relação aos comportamentos estabilizados, as

meninas apresentaram maior número do que os meninos. A frequência de comportamentos normalizados foi a mesma para ambos os grupos. Já os comportamentos em aparecimento foram em maior número para os meninos do que para as meninas.

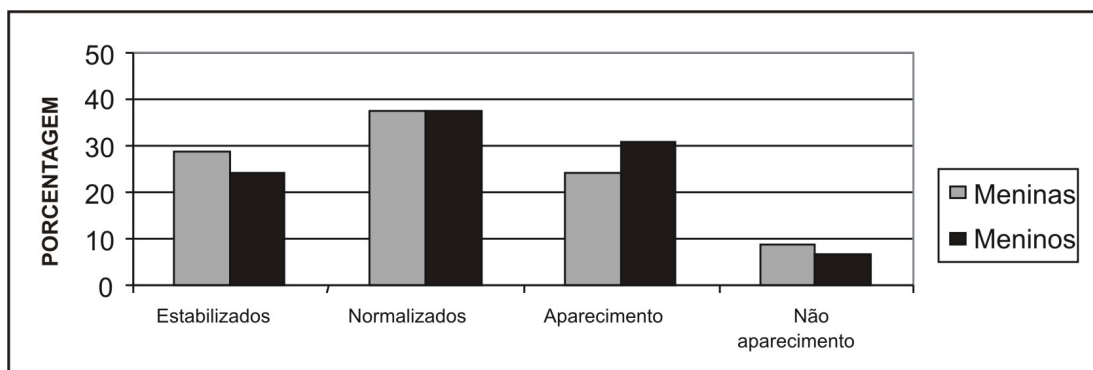


Figura 1. Frequência percentual dos comportamentos apresentados por meninas e meninos

Comparando o desempenho dos bebês considerando as condições de risco (filhos de mães adolescentes, prematuridade e baixo peso ao nascer) demonstrado na Figura 2, verifica-se que os filhos de mães adolescentes, em média, apresentaram valores significativamente superiores aos bebês prematuros ($p=0,001$) e com baixo peso ($p= 0,05$) ao nascer. Os grupos de bebês prematuros e bebês de baixo peso, quando comparados entre si, apontaram um desempenho ligeiramente melhor para os bebês de baixo peso, porém, não estaticamente significativo.

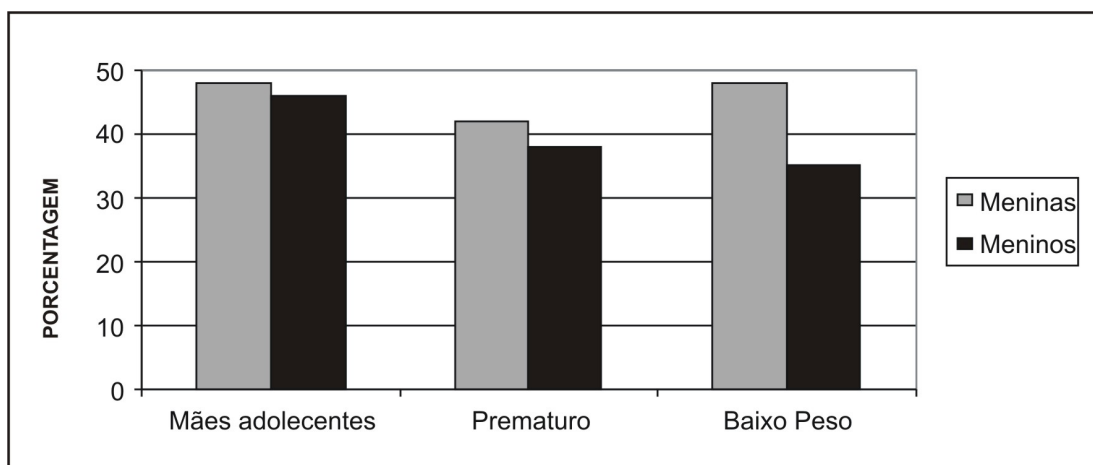


Figura 2. Porcentagem média de comportamentos, considerando a condição de risco e o sexo

Nas comparações quanto ao sexo, analisando as três condições, verifica-se que, em todas elas, as meninas tiveram melhor desempenho e, somente na condição de filhos de mães adolescentes não se observou diferença significativa entre meninos e meninas. Na condição de bebês pré-termo, as

meninas tiveram desempenho estatisticamente superior aos meninos ($p=0,05$) e, no grupo de bebês de baixo peso, as meninas tiveram desempenho significativamente superior aos meninos dentro da mesma condição ($p=0,001$).

DISCUSSÃO

Na comparação entre gêneros dentro das diferentes categorias de frequência de desempenhos (não aparecimento, aparecimento, normalização e estabilização), sem detalhamento das condições de risco, não foram encontradas diferenças significativas entre meninos e meninas. Observou-se que as meninas têm mais comportamentos estabilizados, o que significa que a maioria das meninas apresenta os mesmos comportamentos, enquanto para os meninos ocorre um maior aparecimento de novos comportamentos. Tais resultados apontam para uma maior variabilidade de comportamentos entre os meninos e uma consistência maior de comportamentos entre as meninas.

Considerando-se as condições de risco, os filhos de mães adolescentes apresentaram desempenho significativamente melhor dos que as das demais condições, prematuros e baixo peso e, entre dois últimos não foram observadas tais diferenças. Na presente análise foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação dos estudos de Taques e Rodrigues (2006) e de Rodrigues (2009), o que nos permite fazer aproximações entre os resultados que indicam para o melhor desempenho entre os filhos de mães adolescentes e desempenho pior para os bebês prematuros.

Embora essas condições possuam características diferentes, ou seja, bebês prematuros e baixo peso tenham condições de risco intrínsecas ao desenvolvimento e bebês filhos de mães adolescentes tenham condições sociais consideradas de risco, avaliar o desenvolvimento de tais bebês e comparar seu desenvolvimento, pode ser uma possibilidade útil para planejar programas de intervenção precoce. No projeto, do qual o presente estudo faz parte, essas três condições são as mais representativas da população atendida.

Sobre a elaboração de programas de intervenção precoce, Rodrigues (2003) aponta a necessidade de caracterização detalhada da população alvo. A amostra estudada se refere a um grupo sob avaliação e orientação de pais em uma cidade do interior paulista, estudos como esses podem trazer indicativos relevantes sobre quais dos grupos em atendimento se encontram em situações que parecem trazer mais prejuízos e assim podem trazer subsídios para uma intervenção mais efetiva.

Nas comparações quanto ao sexo não se observou diferenças significativas entre as meninas e meninos filhos de mães adolescentes, que de certo modo, não possuem problemas biológicos no seu desenvolvimento. Entretanto, tanto entre os bebês prematuros e os com baixo peso, as meninas apresentaram desempenho significativamente melhor. Estes dados coincidem com os obtidos por Böhm et al. (2010), Brothwood, Wolke, Gamsu, Benson e Cooper (1986), Stevenson, et al. (2000) e Wood et al. (2005). Esses estudos utilizaram instrumentos de avaliação e análises diferentes do utilizado na presente investigação, mas apontam resultados similares em relação aos riscos para o desenvolvimento de meninos.

Batista Pinto (2009) utilizou o EDCC para avaliação de bebês prematuros brasileiros, embora o instrumento de avaliação tenha sido diferente do presente estudo, a categorização de comporta-

mentos em aparecimento, normalização e estabilização, semelhante ao presente estudo, também apontou para uma diferença significativa de alguns comportamentos normalizados e estabilizados a favor das meninas.

Levanta-se a partir desses dados, a hipótese de que a condição de prematuridade e baixo peso possam ser fatores mais agravantes para o desenvolvimento, caso o bebê seja do sexo masculino. Essa hipótese é coerente as afirmações de Hintz et al. (2006) de que há uma série de variáveis biológicas que prejudicam o desenvolvimento de meninos. Contudo, sugere-se em pesquisas futuras investigar se há diferença nas práticas parentais no cuidado de meninas ou meninos prematuros e de baixo peso, visando identificar variáveis ambientais que podem atenuar ou minimizar os efeitos de tais condições de risco.

A proposta de análise de Taques e Rodrigues (2006) para a organização dos resultados pareceu útil para caracterizar de forma geral, os diversos comportamentos avaliados do IPO, contudo, novas análises visando descrever especificamente quais comportamentos são significativamente mais difíceis de ser observados nas populações de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a amostra tenha sido pequena e dificulte generalizações, esta contribuiu para subsidiar intervenções específicas para a população investigada. Estudos que buscam descrever e caracterizar o desenvolvimento de bebês em diferentes de condições de risco parecem fundamentais para a elaboração de medidas para prevenção de prejuízos futuros. Dentre os diversos aspectos para caracterizar a população, identificar diferenças entre gêneros em bebês de risco ainda são escassas. Os dados parecem indicar que as condições de risco possuem maior probabilidade de causar danos ao desenvolvimento à população masculina que à feminina. Diante desse quadro, outras análises e elaboração de programas de estimulação precoce constituem-se fundamentais para minimizar os riscos de problemas de desenvolvimento nessa população.

REFERÊNCIAS

- Batista Pinto, E.; Vilanova, L.C.P. & Vieira, R.M. (1997). *O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: Padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento*. São Paulo, SP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
- Batista Pinto, E. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 76-85.
- Begega, A.; López, M.M.; Iscar, M.J.; Izquierdo, M.C.; Solís, G.; Colomer, B.F.; Alvarez, L.; Méndez, M. & Arias, J.L. (2010). Assessment of the global intelligence and selective cognitive capacities in preterm 8-year-old children. *Psicothema*, 22 (4), 648-653.
- Bismarck-Nasr, E.M.; Frutuoso, M.F.P. & Gamabardella, A.M.D. (2008). Efeitos tardios de baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18 (1), 98-103.

- Böhm, B.; Lundequist, A. & Smedler, A.C. (2010). Visual-motor and executive functions in children born preterm: The Bender Visual Motor Gestalt Test revisited. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 376–384.
- Bordin, M.B.M.; Linhares, M.B.M. & Jorge, S.M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (1), 49-57.
- Brothwood, M.; Wolke, D.; Gamsu, H.; Benson, J. & Cooper, D. (1986). Prognosis of the very low birth weight baby in relation to gender. *Archives of Disease in Childhood*, 61, 559–564.
- Carniel, E.F.; Zanolli, M.L.; Almeida, C.A.A. & Morcillo, A.M. (2006). Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil, *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 419-426.
- Carvalho, A.E.V.; Linhares, M.B.M. & Martinez, F.E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1500grs). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (1), 1-33.
- Cooke, R.W.I. (2006). Are there critical periods for brain growth in children born preterm? *Archives of Disease Childhood Fetal Neonatal Edition*, 91 (1), 17-20.
- Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Medica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Gallo, P.R.; Reis, A.O.A. & Leone, C. (2000). Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, Estado de Santa Catarina, Brasil em 1995. *Jornal de Pediatria*, 22 (2), 123-130.
- Garrett, H. E. (1974). *Estatística em Psicologia y Educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Godoy, M.M.P.; Nunes, L.R.O.; Perissinoto, J.P. & Nunes Sobrinho, F. (2000). Estudo descritivo dos comportamentos comunicativos e simbólicos para um grupo de risco: Crianças nascidas prematuramente, de baixo peso, no grupo de idade de oito para 24 meses. *Temas sobre Desenvolvimento*, 9 (53), 25-33.
- Goto, M.M.F.; Gonçalves, V.M.G.; Aranha Netto, A.; Morcillo, A.M. & Moura-Ribeiro, M.V.L. (2005). Neurodesenvolvimento de lactentes nascidos a termo pequenos para a idade gestacional no segundo mês de vida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (1), 75-82.
- Goyen, T.A. & Lui, K. (2002). Longitudinal motor development of apparently normal high-risk infants at 18 months, 3 and 5 years. *Early Human Development*, 70 (1-2), 103-115.
- Hadders-Algra, M. (2004). General movements: A window for early identification of children at high risk for developmental disorders. *Jornal de Pediatria*, 145 (2), 12-18.
- Halpern, R.; Barros, A.J.D.; Matijasevich, A.; Santos, I.S.; Victora, C.G. & Barros, F.C. (2008). Development status at age 12 months according to birth weight and family income: A comparison of two Brazilian birth cohorts. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (3), 444-450.
- Hintz, R.S.; Kendrick, D.E.; Vohr, B.R.; Poole, W.K. & Higgins, R.D. (2006). Gender differences in neurodevelopmental outcomes among extremely preterm, extremely-low-birthweight infants. *Acta Paediatrica*, 95 (10), 1239-1248.
-

-
- Johnson, S. (2007). Cognitive and behavioural outcomes following very preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12 (5), 363-373.
- Kassar, S.B.; Lima, M.C.; Albuquerque, M.F.M.; Barbieri, M.A. & Gurgel, R.Q. (2006). Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 397-403.
- Linhares, M.B.M. (2004) Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.), *Temas em Educação Especial: Avanços recentes*. (pp 315-324). São Carlos: EDUFSCar.
- Linnert, K.M.; Wisborg, K.; Agerbo, E.; Secher, N.J.; Thomsen, P.H. & Henriksen, T.B. (2006). Gestational age, birth weight and the risk of hyperkinetic disorder. *Archives of Disease Childhood*, 91, 655-660.
- Magalhães, L.C.; Wendling, P.C.; Paixão, M.L.; Mancini, M.C. & Barbosa, V.M. (2003). Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61, 250-255.
- Marlow, N.; Wolke, D.; Bracewell, M.A. & Samara, M. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 352, 9-19.
- Mota, L.A.; Souza, F.E. & Albuquerque, M.F. (2005). Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 18 (4), 191-198.
- Nunes, L.R.D.P. (1998). Educação precoce para bebês de risco. In: B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (pp. 121-132). São Paulo: Editorial Psy II.
- Organização Mundial de Saúde - O.M.S. (1997). *CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. (10ª ed. rev.). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Ortiz-Mantilla, S.; Choudhury, N.; Leever, H. & Benasich, A.A. (2008) Understanding language and cognitive deficits in very low birth weight children. *Developmental Psychobiology*, 50 (2), 107-126.
- Resegue, R.; Puccini, R.F. & Silva, E.M.K. (2007). Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. *Pediatria*, 29 (2), 117-128.
- Resegue, R.; Puccini, R.F. & Silva, E.M.K. (2008). Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *Medicine Journal*, 126 (1), 4-10.
- Rodrigues, O.M.P.R. (2003). Bebês de risco e sua família: O trabalho preventivo. *Temas em Psicologia*, 11 (2), 37-55.
- Rodrigues, O.M.P.R. (2009). *O Inventário Portage Operacionalizado e o desenvolvimento de bebês*. Tese de Livre Docência. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), Bauru/SP.
-

- Sanseverino, M.T.V.; Spritzer, D.T. & Schüler-Faccini, L. (2001). *Manual de teratogênese*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Simões, V.M.F.; Silva, A.A.M.; Bettiol, H.; Lamy-Filho, F.; Tonial, S.R. & Mochel, E.G. (2003). Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão, *Revista de Saúde Pública*, 37 (5), 559-565.
- Stevenson, D.; Verter, J.; Fanaroff, A.; Ehrenkranz, W.O.R.; Shankaran, S.; Donovan, E.; Wright, L.; Lemons, J.; Tyson, J.; Korones, S.; Bauer, C.; Stoll, B. & Papile, L. (2000). Sex differences in outcomes of very low birthweight infants: The newborn male disadvantage. *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition*, 83 (3), 182-185.
- Taques, D.C.S.R. & Rodrigues, O.M.P.R. (2006). Avaliação do repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: Uma proposta de análise. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (2), 77-87.
- Williams, L.C.A. & Aiello, A.L.R. (2001). *O Inventário Portage Operacionalizado: Intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon/FAPESP.
- Wood, N.; Costeloe, K.; Gibson, A.; Hennessy, E.; Marlow, N. & Wilkinson, A. (2005). The EPICure study: Associations and antecedents of neurological and developmental disability at 30 months of age following extremely preterm birth. *Archives of Disease Childhood Fetal Neonatal Edition*, 90, 134-140.
- Zambonato, A.M.K.; Pinheiro, R.T.; Horta, B.L. & Tomasi, E. (2004). Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 24-29.

Recebido em 4/10/10
Revisto em 10/01/2012
Aceito em 12/01/12