

## Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues  
*Universidade Estadual Paulista - Bauru*

### Resumo

O desenvolvimento infantil pode ser otimizado a partir da identificação precoce do bebê, o encaminhamento para a estimulação sistemática do mesmo e o apoio emocional aos pais, a partir da implementação de um trabalho conjunto com eles. Uma maternidade, que atende prioritariamente usuários do SUS, foi escolhida como o local onde as ações se iniciam. Caracterizados de acordo com alguns critérios (mal-formação, baixo peso, prematuridade, ocorrência de contaminação materna e filhos de mães adolescentes), os bebês são identificados como de risco e são encaminhados para o projeto: "Acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco", no Centro de Psicologia Aplicada, UNESP. Este projeto maior se desdobra em vários projetos de pesquisa e, também, de extensão a esta população. São desenvolvidos projetos junto aos pais de bebês com anomalias craniofaciais e projetos de acompanhamento longitudinal de crianças de risco, entre outros. Os resultados têm mostrado a importância destes trabalhos tanto junto às famílias como com os bebês, otimizando seu desenvolvimento.

**Palavras chave:** bebês de risco, avaliação do desenvolvimento infantil, orientação a pais, estimulação precoce.

### Babies at risk and their families: the preventive work

#### Abstract

The infantile development can be improved with a precocious identification of the baby's problem, followed by guidance for systematic stimulation, and the emotional support to the parents, implementing cooperative relations with them. A Maternity Hospital that attends mainly users of SUS [Brazilian public health system] was chosen as the research setting. Babies were selected according to some standards (malformation, low weight, being premature, contamination from the mother, and children of adolescent mothers); those babies were classified as at-risk and were included in the project "Follow up of the development of babies at-risk" in the Center of Applied Psychology, UNESP. This main project is subdivided into various research projects and there are also extension projects to this population. Some projects are developed jointly with parents of babies born with brain and facial abnormalities. There also are projects of longitudinal follow up with children at risk, among others. Results have shown the importance of these projects to the families and babies as well, improving their development. Results show the Program improves the chances of a better developmental pattern by the babies whose families engage in the Program.

**Key words:** babies at risk, estimation of infantile development, parents tutoring, early stimulation.

O presente trabalho pretende, ao enfatizar o trabalho com bebês, refletir sobre alguns aspectos inerentes a esta questão, como o acompanhamento do seu desenvolvimento e conseqüente orientação aos pais, uma forma preventiva de ação que possibilitaria a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos.

O estágio, enquanto formação de alunos do Curso de Psicologia oferece, no Centro de Psicologia Aplicada, da UNESP, de Bauru, serviços às pessoas da comunidade portadoras de diferentes deficiências. Tradicionalmente, comparecem crianças em idade escolar, adolescentes e jovens adultos, acompanhados de suas famílias, a partir de demanda espontânea, encaminhados pela escola, ou por profissionais da saúde. As queixas iniciais são, na sua maioria, de problemas de comportamento que aparecem na escola ou em casa, atrasos no desenvolvimento e dificuldades em aprendizagens acadêmicas, entre outras.

Na medida em que o processo terapêutico progride, observou-se que tais problemáticas estão associadas a aspectos que poderiam ser detectados precocemente e, a partir de orientação e apoio aos pais e de um trabalho conjunto com outros profissionais, seria possível senão alterar, pelo menos melhorar a ação de fatores adversos.

A presença de fatores de risco é uma constante durante o desenvolvimento do homem, desde a sua concepção. Tais fatores podem estar presentes antes, durante e depois do nascimento podendo resultar em condições prejudiciais ao desenvolvimento do bebê.

Entre os fatores de risco presentes antes do nascimento estão: (a) fatores maternos como presença de deficiência na família, filhos natimortos, prematuros ou abortos, incompatibilidade sanguínea, fertilidade reduzida, idade da mãe (mais de 40 anos, menos de 15), doenças durante a gravidez, exposição a Raio X, uso de drogas, fumo ou álcool, ingestão de remédios em excesso ou de vitaminas A e B, desordens psiquiátricas, toxemia gravídica, gravidez múltipla, hipertensão e epilepsia (Barbosa, Cabral, Silva e Moszkwicz, 1993); (b) fatores psicológicos: não aceitação da gravidez; (c) fatores sociais: renda familiar muito baixa, falta de assistência médica pré-natal (Nunes, Sisdelli e Fernandes, 1995).

Entre os fatores de risco perinatais estão: (a) condições do parto: trabalho de parto demorado (mais de 18 horas), nascimento precipitado, apresentação anormal do bebê, uso de fórceps, prolapso do cordão umbilical, depressão anestésica, ruptura tardia ou prévia da placenta etc. (Alves, Ferreira, Nunes, Oliveira, Kaoru e Epelboim, 1997); (b) condições do bebê: prematuros extremos com e sem doença, pós-maturos com características acentuadas de desnutrição com peso, ao nascer, inferior a 2 500g, hiperbilirrubinemia nas primeiras 48 horas de vida, hipotonia, hipertonia, tamanho anormal de cabeça, apresentação de convulsões ou de componentes convulsivos, tremores grosseiros e/ou excitabilidade acentuada, bebê impregnado de mecônio ao nascer, com anóxia crônica ou aguda, choro reduzido, respostas anormais aos reflexos, dificuldades respiratórias, excesso de muco ou salivação, sintomas gastro-intestinais, edemas generalizados, fontanela

tenha ou abaulada, icterícia acentuada e/ou com sinais neurológicos, face sindrômica, anomalias grosseiras, apnéia ou qualquer outro tipo de problema respiratório que ocorrer ao nascer, como dispnéia, exigindo o uso de oxigênio etc. (SOPERJ, 1988/1990).

São fatores de risco pós-natais: (a) condições do bebê: doenças intensas, manifestações clínicas de anormalidades congênicas que não foram diagnosticadas no período pré-natal, reação diminuída ao som e ao estímulo visual, atraso no desenvolvimento motor, verbal, ou adaptativo, peso e altura abaixo do normal, desidratação e subnutrição acentuadas; (b) condições sociais: abandono e maus tratos, desorganização familiar, organização inadequada do ambiente físico e temporal do lar, presença de eventos estressantes da vida e redução das interações afetivas positivas da mãe com a criança na primeira infância (SOPERJ, 1988/1990; Nunes, Sisdelli e Fernandes, 1995; Alves, Ferreira, Nunes, Oliveira, Kaoru e Epelboim, 1997).

Todavia, ao considerar os fatores de risco, é importante salientar que cada fator tem peso variável na instalação da condição da excepcionalidade; fatores observados isoladamente podem não possuir validade preditiva. Fatores isolados são probabilísticos, aumentando a chance de aparecimento do problema. Há, também, uma interação contínua, ao longo do tempo, entre fatores biológicos e ambientais no desenvolvimento da criança (Nunes, 1998). Isso significa que as condições ambientais - como, por exemplo, o baixo grau de instrução e as dificuldades inerentes aos serviços de saúde comumente oferecidos a esta população, tanto com relação ao pré-natal e condições de parto, como ao acompanhamento do recém-nascido - tanto podem atenuar como agravar os efeitos dos fatores de risco.

A identificação precoce destas condições e o encaminhamento das crianças para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, através de programas de promoção de saúde e de estimulação essencial. Como prevenção entendemos um ato ou efeito de evitação da ocorrência de acontecimentos prejudiciais à vida e à saúde ou minimização dos efeitos, quando o dano já ocorreu (CORDE, 1992).

A ação preventiva dos atrasos ou distúrbios de desenvolvimento pode ser conduzida em três níveis. A prevenção primária tem como objetivo reduzir ou eliminar condições ambientais que podem produzir riscos para a concepção de bebês com problemas, a partir da implementação de programas adequados de saúde, educação, trabalho e moradia para a população mais vulnerável, assim como o controle da qualidade do meio ambiente como o controle de poluições, radiações, contaminações etc.. Na ação preventiva secundária estamos diante de um quadro que já se manifestou e seu objetivo é, então, reduzir sua severidade ou duração, a partir do diagnóstico precoce e do encaminhamento para os serviços especializados.

Na prevenção terciária o atraso de desenvolvimento já está instalado e a meta é minimizar os efeitos dessa condição, maximizando o potencial dos indivíduos integrando-os na sua comunidade, enquanto indivíduos independentes e produtivos (Nunes, 1998).

Uma reflexão sobre o serviço oferecido a esta parcela da população refere-se à procura tardia pelo atendimento, ainda que seja um centro conhecido na cidade. Tradicionalmente os investimentos têm sido feitos no atendimento remediativo, muito mais do que no preventivo. Sem a intenção de terminar com este tipo de atendimento resolvemos desencadear algumas ações que resultassem num trabalho logo após a percepção ou o diagnóstico da deficiência, ou da possibilidade dela, o mais cedo possível. A preocupação foi, então, de descobrir formas de identificar precocemente os elegíveis para o atendimento, de forma que este se iniciasse logo, evitando os quadros observados em procuras tardias.

A cidade dispõe do Programa Municipal de Saúde da Criança, do qual faz parte o Programa de Defesa da Vida, cujo objetivo, entre outros, é realizar ações em saúde junto às crianças de 0 a 6 meses de idade que apresentem maior risco de adoecer e morrer. Este programa, em parceria com o Banco de Leite, a partir da caracterização da condição de risco das crianças pelos pediatras de plantão, nas maternidades, encaminha-as para o Núcleo de Saúde do seu bairro, para o acompanhamento das suas condições de saúde nos seus primeiros meses de vida. Este programa estabelece seis critérios

para a identificação de bebês de risco: bebês com mal-formações congênitas detectáveis nas primeiras 48 horas, bebês prematuros com idade gestacional inferior a 37 semanas, bebês com peso igual ou abaixo de 2.500 gramas, bebês com infecção congênita (rubéola, sífilis, citomegalovirose), bebês de mãe HIV positivo e filhos de mães adolescentes.

Alguns estudos têm mostrado que, no Brasil, parece haver uma alta incidência de recém-nascidos de baixo peso e prematuros (Martins, Mello e Scochi, 2001; Souza, Gomes, Cambraia, Semião, Alves e Brasileiro, 2001). A imaturidade dos órgãos e sistemas destas crianças ao nascer faz com que elas tenham maior tendência a apresentar seqüelas e comprometimentos como: problema de conduta, de visão, audição, problemas relacionados ao desenvolvimento intelectual e neurológico (Leone e Tronchin, 1996). Os dados levantados no ano de 2000 confirmam estes resultados: dos bebês identificados para o Programa de Defesa da Vida, 65% eram bebês de baixo peso e/ou prematuros (Maia, Rodrigues, Marcolino e Faria, 2000).

Comumente, o encaminhamento de bebês para os serviços de estimulação precoce tem sido feito para instituições que atendem deficientes quando os bebês apresentam mal formação, síndromes, ou problemáticas mais visíveis. Considerando o estigma que envolve estes locais, é possível que esta seja uma das razões para que a família não leve, ou demore a levar o bebê para este serviço.

O diagnóstico precoce prevê a utilização de técnicas interdisciplinares que necessitam de procedimentos adequados de coleta de dados, para que se proceda à análise dos mesmos e à posterior programação da intervenção. É importante, também, o acompanhamento dos casos identificados, de forma a planejar de acordo com as necessidades específicas de cada criança. As escalas de desenvolvimento têm sido usadas para monitorar o desempenho das crianças. Nunes, Sisdelli e Fernandes (1995) realizaram um extenso estudo sobre as escalas de desenvolvimento mais conhecidas: Teste de maturidade de Gesell, Escalas Bayley, Teste de Cattell, Escalas Ordinais de Uzgiris e Hunt, entre outras, comparando-as. Magalhães, Barbosa, Araújo, Paixão, Figueiredo e Gontijo

(1999) usaram o Teste de Desenvolvimento de Denver para avaliar o desempenho de crianças nascidas prematuras, nas idades de 12, 18 e 24 meses. Os resultados obtidos mostraram que fatores culturais podem ter contribuído para o baixo desempenho dos sujeitos utilizados, recomendando cautela no uso deste instrumento com crianças brasileiras. Um material desenvolvido e padronizado recentemente no Brasil, que tem se mostrado adequado para avaliar o desempenho de bebês é o "Desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida" (Pinto, Vilanova e Vieira, 1997). Este instrumento pretende avaliar o desenvolvimento de bebês, no nível motor, de habilidades sensoriais, linguagem e cognição, a partir da sua interação com o meio ambiente.

A partir de avaliações periódicas do desenvolvimento do bebê, é possível o planejamento de atividades que otimizem o seu desenvolvimento. Estas atividades, em geral, fazem parte de programas de estimulação precoce ou essencial que são desenvolvidos em parceria entre os profissionais e os adultos significativos ou cuidadores da criança, como pais, outros familiares, ou crecheiras.

Os programas de estimulação precoce surgiram nos Estados Unidos a partir do avanço da tecnologia que diminuiu a incidência da mortalidade infantil, elevando o número de crianças portadoras de deficiências, diagnosticadas desde a mais tenra idade. São programas que pretendem proporcionar à criança oportunidade de desenvolver-se o mais próximo possível dos pares da sua idade cronológica. A partir da detecção de atrasos em quaisquer das áreas avaliadas os pais podem ser orientados em como estimular seu bebê, ou a encaminhá-lo para especialistas, quando o quadro se apresentar mais grave. Os programas de intervenção junto às famílias de bebês de risco têm se mostrado eficazes em ensinar as mães a observarem e interpretar os comportamentos de seus filhos, tornando-se mais capazes de modificarem suas ações contingentemente às necessidades de desenvolvimento do bebê, favorecendo, assim, interações mais sincrônicas e recíprocas (Alves, Ferreira, Oliveira, Kaoru e Epelboim, 1997).

O projeto *Bebês de risco: avaliação e orientação aos pais* surgiu em 1999, com o

objetivo de preencher uma parcela da lacuna nos serviços oferecidos aos portadores de deficiência e sua família, em caráter preventivo. Este projeto se desdobra em alguns projetos de pesquisa e de extensão que são desenvolvidos com a participação de alunos de graduação em Psicologia, enquanto bolsistas de iniciação científica, bolsistas de extensão ou estagiários.

Um projeto de pesquisa resultante deste projeto maior foi realizado junto a pais e mães de bebês com anomalias craniofaciais, deficiências facilmente detectáveis ao nascer e claramente observáveis, com o objetivo de descrever e analisar as suas reações frente à condição da criança após o nascimento e por ocasião da primeira consulta em hospital especializado. Participaram deste projeto quatro pais e quatro mães de bebês com anomalias craniofaciais durante a rotina de primeira consulta, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (USP/Bauru). Para a coleta de dados utilizou-se de uma entrevista estruturada, com roteiro pré-estabelecido, que foi gravada e, posteriormente transcrita.

A análise dos dados mostrou os seguintes resultados: das mães, três não sabiam da condição da criança antes do nascimento e uma sabia da possibilidade de ter um bebê com fissura, devido a sua própria condição de fissurada, tendo a confirmação no 2º mês de gestação. Imediatamente após o nascimento, a mãe fissurada aceitou bem e gostou quando viu que a fissura era só labial. As demais ficaram chocadas, nervosas e, pelo menos duas, conformaram-se ao constatar que o "problema não era tão grave". Nenhum dos pais entrevistados sabia da condição da criança antes do seu nascimento. Com relação às reações logo após o nascimento, os pais relataram tristeza e choque. Pelo menos dois pais relataram que inicialmente pensaram que o problema fosse pior. Aqui se observou, também, o luto e a crise da chocante novidade (Omote, 1981), mas com disposição em conhecer e tratar o problema.

Ao analisarmos os dados sobre as reações atuais (em média três meses após o nascimento - na primeira consulta) com relação à condição do bebê, observamos que havia uma crescente organização das mães no sentido de

resolver o problema. Já encaravam melhor a situação, com pensamentos positivos com relação ao resultado da cirurgia, que tornaria seus bebês “normais”. Com relação às reações atuais com a condição da criança, observou-se que os pais vêem seus bebês como normais, todavia precisando da sua ajuda para melhorar esta condição. Não se observou diferenças significativas entre as reações dos pais e das mães. Os pais apenas se colocaram como mais disponíveis para resolverem o problema de qualquer jeito. Em ambos os grupos observou-se a visão do bebê como um bebê normal, sem distingui-los dos demais, ou enfatizar sua diferença, que, para todos, é tida como passageira e superável (Lopes, Rodrigues, Zuliani, Marques e Combinato, 2000). Os resultados mostraram que, apesar do avanço tecnológico, a família não tem acesso às informações sobre a condição do bebê antes do nascimento e as reações dos pais dependem da rede de apoio com que a família espera contar para promover o desenvolvimento e tratamento do bebê.

Um outro projeto que vem sendo conduzido configura-se como um estudo longitudinal, uma vez que objetiva acompanhar o desenvolvimento de 23 bebês de risco identificados ainda na maternidade e encaminhados para o Centro de Psicologia Aplicada, da UNESP. Os bebês estão sendo avaliados mensal ou quinzenalmente, utilizando a escala *O desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida*. Esta é uma fase do desenvolvimento em que as aquisições motoras são muito rápidas (manter a cabeça, sentar, rolar, engatinhar e andar) e têm uma relação importante com o desenvolvimento de outras habilidades, como a linguagem e a cognição, numa relação cada vez mais adaptativa com o meio ambiente. Essa avaliação será feita durante o primeiro ano de vida do bebê.

Na sessão de avaliação os pais sempre estão presentes. Num primeiro momento são testados os itens específicos para a idade da criança. Perosa (1994) afirma que a situação de teste é artificial, que nela recortes de comportamentos são observados e que a presença dos pais é importante para completar as informações faltantes. A autora levanta, também, que com os pais se coleta dados sobre a sua interação com o bebê, aspecto que, em geral, as escalas não avaliam.

A partir do resultado de cada bebê na avaliação mensal, os pais têm sido orientados em como proceder com eles, de forma a otimizar seu desempenho nas habilidades que estejam em defasagem. Nos casos em que se observa um número maior de comportamentos defasados, ou em que não é possível testar todos os comportamentos para aquela idade (se o bebê dorme, chora etc.), um novo horário é agendado, dentro de uma semana ou, no máximo, 15 dias. Independente do desempenho da criança, ela mensalmente recebe um brinquedo que é adequado para a sua idade cronológica (chocalho, móbile, bicho de borracha etc.).

Tais procedimentos visam proporcionar a oportunidade dos pais interagirem com seu bebê através do brinquedo, a partir da orientação do estagiário ou bolsista. É brincando que a criança se desenvolve, exercitando suas potencialidades, sejam elas motora, cognitiva, de linguagem, ou social. O brinquedo contém motivação intrínseca que desafia, provocando o funcionamento do pensamento e levando a criança a ações cada vez mais complexas. Pereira e Emmel (1999) afirmam que os brinquedos devem ser adequados ao interesse, às necessidades e às capacidades da etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra, obedecendo seu ritmo e características pessoais, possibilitando respostas corretas aos estímulos oferecidos por eles. O adulto, nesta fase, pode servir como modelo e provedor, garantindo, às vezes, que a atividade se realize. Orientações são dadas de forma a diversificar os locais de permanência do bebê, aproveitando ao máximo as oportunidades de estimulação do mesmo. Pérez-Ramos (2000) organizou o material *Brinquedos e brincadeiras para o bebê*, sugerindo brinquedos e locais de brincadeiras nas diversas etapas de desenvolvimento, orientando sobre tipos de brinquedos que podem ser usados no banho, ao ar livre, no chão, de forma a estimular a relação do adulto com a criança.

Resultados gerais têm mostrado que os bebês de risco, nas avaliações iniciais apresentam desempenho abaixo do esperado para sua idade cronológica, sendo que cerca de 80% deles apresentam o desempenho esperado a partir de três meses e 90% apresentam o desempenho esperado a partir de quatro meses de idade. Ainda que os dados sejam parciais, é

possível concluir que as orientações dadas aos pais sobre como estimular seus filhos ou, simplesmente, como interagir com eles, podem otimizar o desenvolvimento de bebês de risco.

O que se observa, no entanto, reiterando as reflexões já apontadas, é a pouca procura dos pais pelo serviço. Dos bebês identificados como de risco e convidados, ainda na maternidade, a participar do projeto, apenas 5% comparecem efetivamente no Centro de Psicologia Aplicada. Estão sendo pensadas ações junto aos pediatras que atendem na maternidade, de forma a sensibilizar os pais a respeito da importância deste trabalho preventivo.

Um outro nível de ação futura deverá ocorrer nos Centros de Saúde, com o objetivo de alcançar aqueles bebês que têm o diagnóstico da deficiência depois de saírem da maternidade, apresentando atrasos importantes de desenvolvimento, assim como aqueles que nasceram bem, mas sofreram a interferência de fatores lesivos durante o seu primeiro ano de vida.

### Referências bibliográficas

- Alves, P. P.; Ferreira, M. F. R.; Nunes, L. R. D. P.; Oliveira, M. C. B.; Kaoru, J. e Epelboim, S. (1997). O desenvolvimento cognitivo de bebês prematuros e alguns aspectos neuromotores associados. *Pediatria Moderna*, 33 (7), 234-241.
- Barbosa, N. M. M.; Cabral, A. H. L.; Silva, O. P. V. e Moszkwicz, B. (1993). "Follow-up" do bebê de risco. *Temas de Pediatria*, 53, Nestlé.
- Brasil/CORDE (Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) (1986). *Plano nacional de ação conjunta para a integração da pessoa deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para a Educação Especial.
- Comitê de "Follow-Up". (1988/1990). *Manual de "follow-up" do RN de alto risco*. Rio de Janeiro: SOPERJ.
- Leone, C. R. e Tronchin, M. R. (1996). *Assistência Integrada ao recém nascido*. São Paulo: Atheneu.
- Lopes, A. A.; Rodrigues, O. M. P. R.; Zuliani, G.; Marques, L. C. e Combinato, D. S. (2000). Pais e mães de bebês com anomalias cranio faciais: suas reações após o nascimento e atualmente. Em *Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.) Resumos de Comunicações Científicas. XXX Reunião Anual de Psicologia. Resumos* (p. 336). Brasília: SBP.
- Magalhães, L. C.; Barbosa, V. M.; Araújo, A. R.; Paixão, M. L.; Figueiredo, E. M. e Gontijo, A. P. B. (1999). Análise do desempenho de crianças pré-termo no Teste de Desenvolvimento de Denver nas idades de 12, 18 e 24 meses. *Pediatria (São Paulo)*, 21 (4), 330-339.
- Maia, A. C. B.; Rodrigues, O. M. P. R.; Marcolino, S. e Faria, A. A. B. (2000). Acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco: avaliação e orientação aos pais. Em V Jornada de Educação Especial "Prof<sup>o</sup> Ernani Vidon" - *Abordagem Multidisciplinar em Educação Especial, Caderno de Resumos*, p. 23. Marília: UNESP.
- Martins, D. C.; Mello, D. F. e Scochi, C. G. S. (2001). Crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em famílias de baixo nível socioeconômico: uma revisão da literatura. *Pediatria Moderna*, 37 (9), 452-459.
- Nunes, L. R. D. P. (1998). Educação Precoce para bebês de risco. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psy II.
- Nunes, L. R. D. P.; Sisdelli, R. O. e Fernandes, R. L. C. (1995). O valor dos testes de bebês e suas implicações para Psicologia do Desenvolvimento. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 5, 107-125.
- Omote, S. (1981). *A família do deficiente mental*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Pereira, V. C. e Emmel, M. L. G. (1999). Um estudo sobre o desenvolvimento de habilidades em crianças de zero a dois anos através do brinquedo. *Temas sobre Desenvolvimento*, 8, 43, 9-14.
- Perosa, G. B. (1994). Um ambulatório de avaliação do desenvolvimento em um serviço de saúde mental. *Temas em Psicologia*, 2, 150-166.
- Perez-Ramos, A. M. Q. (2000). A criança pequena e o despertar do brincar. Em V.B. Oliveira (Org.), *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. Petrópolis: Editora Vozes.

Pinto, E. B.; Vilanova, L. C. P. e Vieira, R. M. (1997). *O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Souza, K. Z.; Gomes, I. M. M.; Cambraia, D.S.; Semião, F.P.; Alves, M. P. e Brasileiro, O.N. (2001). A incidência de recém-

nascidos de risco no serviço de saúde pública de Pouso-Alegre - MG. *Pediatria Moderna*, 38 (3), 61-74.

*Enviado em Dezembro / 2002*

*Aceite final Março / 2005*