

Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500 g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal¹

Maria Beatriz Martins Linhares,² Ana Emilia Vita Arvalho,
Maria Beatriz Machado Bordin e Salim Moysés Jorge
Universidade de São Paulo

Resumo

Avanços na área de Neonatologia têm contribuído significativamente para melhorar o índice de sobrevivência de bebês nascidos muito prematuros. Considerando-se esse grupo de bebês como de alto risco para futuros problemas de desenvolvimento, o presente estudo tem por *objetivo* apresentar: (a) aspectos do desenvolvimento psicológico relacionados à vulnerabilidade do bebê prematuro; (b) duas modalidades de atendimento a recém-nascidos prematuros e de baixo peso nascidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; (c) resultados de pesquisas realizadas nesse contexto. Neste último item especifica-se: (a) as percepções da mãe acerca do bebê e da internação na UTI; (b) aspectos do desenvolvimento de bebês participantes do programa de seguimento longitudinal ao longo do primeiro ano de vida e (c) avaliação retrospectiva e atual de crianças nascidas prematuras, em comparação com pares-controle, quanto a desenvolvimento, aprendizagem e comportamento na média meninice (8 a 10 anos). A discussão desses dados pretende contribuir para a Psicologia Pediátrica e o que se refere a planejamentos de programas de assistência e de investigações acerca de crianças nascidas extremamente prematuras.

Palavras-chave: baixo peso, prematuridade, desenvolvimento psicológico, desenvolvimento cognitivo, psicologia pediátrica.

Psychological support to the development of babies with low birth weight babies' development: neonatal unit care and ambulatory care follow-up

Abstract

Advances in the Neonatology have contributed to improve the survival of extremely preterm babies. Considering this group of babies' as a high-risk group for future developmental problems, the aim of this study was to present: (a) aspects of psychological development related to pre-term babies' vulnerability; (b) two modalities of attending pre-term and low birth weight babies, born at the Clinical Hospital of the School of Medicine of Ribeirão Preto - USP; (c) results from research that was carried out in this context. This last item has been specifically focused on: (a) content analysis of mothers' reports on their perception of their babies committed on ICU's (mothers were in groups of psychological support); (b) aspects of the initial development along the first year of life of babies participating in the longitudinal follow-up program and (c) the development, learning and behavior results from retrospective and current assessment of children born prematurely, in their childhood (8 to 10 years), as compared to control peers. The discussion of these data intended to contribute to the Pediatric Psychology related to the planning of either assistance programs or investigation of this high-risk group of extremely pre-term children.

Key words: low birth weight, preterm, infants psychological development, cognitive development, pediatric psychology.

1. Trabalho apresentado no Simpósio *Prática e pesquisa psicológica em serviços especializados de assistência à saúde da criança em condição de risco: Implicações para o estabelecimento de agendas de pesquisa em psicologia pediátrica*, XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas - SP, outubro de 1999.

2. Endereço para correspondência: M.B.M. Linhares, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Av. 9 de Julho, 980 - CEP 14.025-000 - Ribeirão Preto - SP. Fone (16) 625-03009 - Fax (16) 635-0713. e-mail: linharesmbm@iname.com

Apoio financeiro FAPESP, CAPES E FAEPA.

I - Prematuridade como fator de risco na trajetória do desenvolvimento

Avanços na assistência prestada a recém-nascidos prematuros e com baixo peso, de alto risco do ponto de vista biológico, têm contribuído para o aumento significativo do índice de sobrevivência dessas crianças.

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 desses parâmetros para fora da faixa de normalidade resultarão em aumento da morbidade neonatal.

A prematuridade refere-se ao nascimento prematuro de recém-nascidos (RN) com 37 semanas ou menos de idade gestacional, porém o indicador de baixo peso frequentemente substitui a idade gestacional devido à dificuldade de esta ser medida precisamente. A prematuridade pode ser definida, então, pelo peso igual ou abaixo de 2500 g.

Com a evolução da Medicina, bebês cada vez menores, muitas vezes de 500 ou 600 g, têm sobrevivido, passando o grupo de prematuros a ser subdividido, de acordo com o peso de nascimento em: *multo baixo peso* ("very low birthweight"), que são recém-nascidos com peso abaixo de 1500g e *extremamente baixo peso* ("extremely low birthweight"), que são RN com peso abaixo de 1000g (Beckwith e Rodning, 1991).

O Centro Nacional de Epidemiologia, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, realizou recentemente um levantamento apresentando um "mapa dos nascidos vivos" no Brasil. De acordo com esse estudo, 212 mil bebês nasceram com baixo peso no país em 1996, o que corresponde a 8% do total de crianças

nascidas nesse mesmo período. Além disso, 18.100 crianças nasceram até o sétimo mês de gestação, ou seja, nasceram prematuramente. Os dados revelam ainda que a taxa de mortalidade é maior no caso de crianças nascidas prematuras e/ou com baixo peso. A desnutrição materna e o alto número de cesarianas, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste também constituem-se em fatores que influenciam o nascimento de bebês prematuros.

O nascimento de RN baixo peso pode ocorrer por diversas causas, destacando-se entre elas: o nascimento prematuro, o crescimento intra-uterino deficiente, processos patológicos, tais como toxemia gravídica, transtornos placentários, má nutrição e hipertensão, gemelaridade (Sweet, 1982), mães jovens e condição de pobreza (Goldberg e Vitto, 1995).

A prematuridade é uma condição preocupante pelo risco que representa. Porém, com os investimentos em atendimento médico especializado em UTI-Neonatal (Unidade de Tratamento Intensivo), deparamo-nos com uma nova realidade na área da saúde brasileira: muitos bebês de altíssimo risco estão sobrevivendo e muito pouco se sabe em nosso meio acerca do desenvolvimento psicológico dessas crianças, encontrando-se muitas vezes iniciativas isoladas de assistência ou de pesquisa.

O atendimento ao recém-nascido internado em UTI- Neonatal, embora ainda em muitos hospitais seja quase sempre restrito aos médicos e enfermeiros, vem mostrando um movimento crescente de formação de equipes multidisciplinares incluindo outros profissionais, tais como psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e assistente social. Nesse sentido, abre-se um espaço, anteriormente fechado, para atuação do psicólogo, sendo necessária, portanto, sua preparação fundamentada para o enfrentamento desta tarefa, tanto na prática quanto na produção de conhecimento sistematizado na área de UTI- Neonatal.

Além disso, o seguimento longitudinal do desenvolvimento dessas crianças requer o acompanhamento, não apenas do crescimento físico, mas também dos aspectos psicológicos e de adaptação psicossocial dessas crianças, assim como sua relação com o ambiente (O'Brien, Soliday, Mc Cluskey-Fawcett, 1995).

O universo psicológico pode ser identificado precocemente através de estudos reveladores do impacto do nascimento prematuro na mãe. O nascimento do bebê prematuro tende a ser uma experiência emocional estressante para a maioria das mães, implicando muitas vezes na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança (Brandt, Magyary, Hammond e Barnard, 1992; Levy-Shiff e cols., 1994; Sobotková, Dittrichová e Mandys, 1996). Verifica-se, ainda, que mães de crianças prematuras 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 e Kumar, 1993). O apoio psicológico à mãe de RN prematuros tem sido recomendado para ajudá-la no enfrentamento do período de crise vivenciada com o nascimento, e consequentemente com a interação do bebê na UTI e na consolidação do vínculo mãe-bebê.

O período de gestação permite a construção não só de um ser, como também a representação antecipatória de como será este bebê. A mãe realiza ensaios desta construção através do "bebê imaginário" descrito por Klaus e Kennel (1992). O nascimento de um bebê prematuro produz um impacto na representação de um bebê sadio e normal, gerando um campo de luta não só para a sobrevivência do RN, mas também para a resignificação ou reconstrução dessa imagem antecipada. Segundo os autores acima, diante do nascimento do bebê prematuro, a mãe pode experimentar as seguintes emoções:

a) preocupações com a sobrevivência do bebê e ansiedade persistente que indicam sentimentos de culpa, temendo ter feito ou deixado de fazer algo durante a gravidez que possa ter afetado o bebê e causado a prematuridade;

b) preocupações com a sobrevivência do bebê e seu papel de mãe;

c) ressentimento por não desempenhar o papel de mãe de cuidar do seu bebê, pois teme contaminá-lo ou machucá-lo, levando à impotência e aumento da dependência de alguém mais habilitado e competente do que ela (médicos, enfermeiros);

d) sentimentos contraditórios de esperança, de sobrevivência e de "luto antecipatório", em que ensaiam ou preparam-se para a possível morte do bebê.

A vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto da prematuridade é inegável, porém constitui-se em momento ideal para suporte psicossocial para o enfrentamento deste período crítico de interação do bebê na UTI-Neonatal.

A visita ao bebê na UTI tem sido regulamentada nos hospitais com variações, desde um esquema fixo e rígido de horários de visita até a ausência de restrição, com livre acesso dos familiares. Em casos extremos, de um lado as visitas podem constituir-se para a mãe em momento de grande ansiedade, tornando-se uma situação aversiva, passando a serem evitadas pelas mesmas. Por outro lado, quando as visitas são livres, podem perder o caráter temporário e a mãe passar a permanecer por períodos extremamente prolongados ao lado do bebê na UTI, afastando-se de sua rotina de vida.

Paralelamente às questões relacionadas à interação inicial mãe-bebê no contexto da UTI, quando os bebês sobrevivem e têm alta, surgem as questões relativas à sua trajetória de desenvolvimento. A literatura especializada sobre a área de bebês prematuros, sejam eles "muito baixo peso" (< 1500g) ou "extremamente baixo peso" (< 1000g), sugere que esses constituem-se em grupo de altíssimo risco para apresentar problemas de desenvolvimento e de adaptação psicossocial ao

longo da vida. As crianças prematuras e baixo peso têm recebido atenção especial de pesquisadores internacionais, no que se refere ao seu desenvolvimento futuro, posto que várias pesquisas conduzidas na área têm demonstrado características peculiares a essas crianças, as quais, por sua vez, influenciam sua forma de atuação e integração no ambiente.

Estudos sobre fatores de risco são unânimes em apontar a prematuridade e a condição de muito baixo peso no nascimento (<1500g) entre os diversos fatores de risco que respondem pela vulnerabilidade da criança (Brazelton, 1994; Kopp, 1990; Kopp e Kaler, 1989; Laucht, Esser e Schmit, 1997; Lewis, Duglojinski, Caputo e Griffin, 1988; Miller, 1996; Tuma, 1989; Werner, 1986).

Segundo Usher (1984) crianças que nascem nessas condições de risco biológico, isto é, antes do termo da gravidez, estão sujeitas a várias patologias que complicam seu período neonatal, como por exemplo, excessiva icterícia, hipoatividade, lentidão para alimentação, dificuldade respiratória, infecções, doenças metabólicas e prejuízo neurológico ou neurosensorial. Considerando ainda que a condição de prematuridade e de extremo baixo peso de nascimento está fortemente associada a problemas de saúde ao longo do desenvolvimento causando hospitalizações frequentes (Carvalho, Linhares e Martinez, no prelo; Werner, 1986) e que, além disso, essas crianças vivem geralmente em ambientes pobres, temos então constituída uma situação de múltiplo risco.

A relação entre vulnerabilidade biológica e possíveis seqüelas reflete-se principalmente nas áreas de motricidade, linguagem, inteligência, comportamento e aprendizagem (Dammann e cols., 1996; O'Brien e cols., 1995; Sobotková e cols., 1996; Taylor, Hack, Klein e Schatschneider, 1995; Waber e Mc Cormick, 1995; Werner, 1986).

Crianças nascidas em condições de baixo peso e de prematuridade, quando comparadas a crianças nascidas com peso igual ou superior a 2.500g ou a

termo, são mais propensas a apresentar dificuldades comportamentais (Brandt e cols. 1992; Levy- Shiff e cols., 1994; Weiglas-Kuperus, Koot, Baerts, Fetter e Sauer, 1993), deficiências cognitivas (Bradley e cols., 1993; Dammann e cols. 1996; Smedler, Faxelius, Bremme e Lagerström, 1992; Waber e McCormick, 1995), problemas de desempenho escolar (Taylor e cols., 1995) e problemas de crescimento físico (Werner, 1986). Ressalta-se porém, que as condições neurológicas (Antunha, 1994; Brazelton, 1994; Fitzhardinze e Steven, 1972) e as condições ambientais familiares (Bradley e cols., 1993; Bradley e cols., 1994; Liaw e Brooks-Gunn, 1993; Werner, 1986) da criança atuam de modo significativo a atenuar ou a agravar o desencadeamento dessas dificuldades.

Portanto, a relação entre prematuridade e problemas de desenvolvimento nem sempre é simples e linear, pois essas crianças podem apresentar um curso normal de desenvolvimento apesar das adversidades neonatais (Gorga, Stern, Ross e Nagler 1998). Tem sido proposto que as predições acerca do futuro de bebês prematuros não sejam baseadas apenas em indicadores adversos isolados observados por ocasião do nascimento. Deve-se levar em conta a combinação de um conjunto de fatores, incluindo variáveis da própria criança, complicações pós-natais (PH, apgar abaixo de 7 no 5o minuto, hemorragia intracraniana, anoxia grave) e fatores constitucionais (limiar de irritabilidade), assim como variáveis ambientais distais (nível sócio- econômico) ou proximais (interação mãe- bebê, estimulação ambiental).

A importância da condição de saúde pós-natal é ilustrada no estudo de Gorga e cols. (1998) que compararam crianças a termo, pré-termo saudável e pré-termo com complicações pós-natal (hemorragia, problema respiratório grave, anomalia neurológica), quanto ao padrão de desenvolvimento no primeiro ano de vida. Os bebês a termo apresentaram um padrão de desenvolvimento consistente de reação ao

movimento, fixação aos estímulos e atenção auditiva e visual; os bebês prematuros saudáveis apresentaram um padrão instável nos primeiros seis meses, progredindo normalmente na segunda metade do primeiro ano, e os prematuros com complicações pós-natal graves apresentaram comprometimentos em relação aos demais bebês.

Por outro lado, Novello, Degraw e Kleinman (1992) salientam que as crianças com baixo peso ao nascer apresentam um risco de sete a dez vezes aumentado de desenvolverem problemas de paralisia cerebral, surdez e deficiência mental em relação a crianças a termo e com peso acima de 2500 g. Quando a variável ambiente economicamente pobre é levada em conta, esse risco aumenta consideravelmente. Nesse sentido, ressaltam a importância de acompanhar o desenvolvimento de crianças com problemas neonatais, a fim de evitar que se agravem os fatores de risco, transformando-se em problemas.

O fator de risco biológico de nascimento prematuro e baixo peso, quando associados a fatores proximais de risco ambiental (por exemplo, alto nível de estresse familiar, baixa responsividade materna, dificuldade em exercer a maternagem, mudanças no padrão interativo com a criança) e/ou distais (baixo nível educacional e sócio-econômico dos pais, situação conjugal irregular) parecem contribuir para o surgimento de problemas de comportamento (hiperatividade, desatenção, depressão, ansiedade, agressividade) em crianças nascidas nessas condições (Landry, Chapieski, Richardson, Palmer e Hall, 1990).

A importância de um ambiente adequado para o desenvolvimento torna-se redobrada para o prematuro (Wilfong, Saylor e Elksnin, 1991). O ambiente familiar pode ser um mediador importante para o desenvolvimento das potencialidades da criança e para minimizar os efeitos adversos da vulnerabilidade biológica (Brazelton, 1994). Destaca-se nesse contexto a importância da atenção e engajamento do bebê aos estímulos ambientais e da qualidade da relação mãe-bebê. A figura materna deve desempe-

ñar um papel de mediadora do desenvolvimento do bebê, acompanhando-o nas suas primeiras aprendizagens e rotinas, garantindo segurança afetiva e promovendo um ambiente estável e estimulador.

Após o período crítico, com a alta do hospital, a mãe passa a cuidar de um bebê que requer cuidados especiais. O bebê prematuro constitui-se em um bebê de alto risco para desenvolver "déficits interacionais", pois em geral são pouco reativos à voz, ao rosto humano ou a estímulos visuais e auditivos (Brazelton, 1994; Klaus e Kennel, 1992). Essa baixa reatividade à emissão de sinais sutis de interação com o ambiente, segundo Stjernqvist (1993), frequentemente afeta as mães levando-as a terem sentimentos relacionados à prematuridade do bebê do tipo: baixa auto-estima e preocupação acentuada com a sobrevivência do bebê e sua saúde.

Nesse sentido, Brazelton (1994) ressalta que no trabalho de seguimento de bebês o melhor índice prognóstico é a interação mãe-bebê e não apenas o desempenho isolado do bebê. Alerta para o risco da "síndrome da criança vulnerável", em que os pais podem superproteger os bebês, decorrente de uma percepção distorcida, que se concentra mais na falta ("naquilo que ele poderia ter sido") do que nos recursos presentes no repertório do bebê. Recomenda, ainda, a importância de avaliar as respostas comportamentais do bebê perto de sua mãe, mostrando para ela as habilidades adquiridas a fim de desfazer as expectativas negativas da mãe em relação ao desenvolvimento do filho.

Um estudo longitudinal de Bradley e cols. (1994) identificou que aquelas crianças prematuras que demonstram ser resilientes ao longo da trajetória do seu desenvolvimento, isto é, que conseguiram enfrentar as adversidades, apresentavam a presença de três ou mais fatores protetores no seu ambiente familiar, como por exemplo, responsividade, aceitação, organização e estimulação.

As complicações pós-natais e as condições ambientais adversas podem agravar o risco das crianças nascidas prematuras e com baixo peso, indicando um prognóstico desfavorável em relação ao seu desenvolvimento. Por outro lado, a presença de fatores ambientais protetores combinados aumenta a condição de resiliência, ou seja, o enfrentamento das adversidades ao estresse interno ou externo.

Em suma, os estudos têm mostrado que as dificuldades observadas no início do desenvolvimento dos bebês extremamente prematuros podem ser muitas vezes superadas a médio e longo prazo, justificando-se estudos de seguimento que focalizem diferentes etapas evolutivas da criança, principalmente após a passagem de grandes marcos do desenvolvimento, como por exemplo, as etapas de aquisição e domínio da linguagem e, posteriormente, de entrada na escola para o início do processo de escolarização.

II- Programas de assistência a bebês prematuros e baixo peso (<1500g) nascidos no HCFMRP

Baseando-se nas evidências dos estudos anteriores, que apontam a vulnerabilidade do bebê prematuro, a fragilidade emocional das mães e a necessidade de acompanhamento especial desse bebê, foram implantados no Serviço de Neonatologia do HCFMRP dois programas de assistência psicológica aos bebês que nascem prematuros com peso abaixo de 1500g e às suas respectivas mães:

- Programa de Apoio Psicológico às Mães de Bebês Prematuros Internados na UTI- Neonatal;
- Programa de Seguimento Longitudinal do Desenvolvimento Psicológico de Bebês Prematuros.

O "Programa de Apoio Psicológico às Mães de Bebês Prematuros" tem por objetivo:

- estimular o contato, a observação e o estabelecimento do vínculo afetivo da díade mãe- bebê;

- fornece apoio psicológico às mães durante as visitas, que são de livre acesso, à UTI- Neonatal;

- promover suporte psicossocial às mães frente à situação de crise psicológica desencadeada pelo nascimento do bebê prematuro e a sua consequente internação na UTI;

- informar e orientar as mães sobre questões relativas ao desenvolvimento psicológico do bebês;

- apoiar a mãe nas conversas com os médicos, mediando a comunicação de diagnóstico ou de condutas terapêuticas ou cirúrgicas.

As atividades desenvolvidas para alcançar esses objetivos incluem:

- visita monitorada, com acompanhamento da psicóloga, da mãe ao seu bebê na UTI Neonatal;

- grupo de suporte psicossocial e orientação às mães desenvolvido com a psicóloga;

- atendimento psicológico individual à mãe, quando necessário.

Cabe salientar que os pais também podem participar do grupo de atendimento, assim como podem ser atendidos em entrevistas individuais, quando for o caso.

No grupo desenvolvido com as mães, eventualmente participam mães cujos bebês estiveram internados na UTI e foram transferidos para o berçário, estando próximos a ter alta clínica. Essas participações têm a finalidade de compartilhar as experiências das mães e de mostrar a possibilidade de superar as dificuldades que estão sendo enfrentadas no momento pelas primeiras, revelando uma possibilidade de futuro com evolução bem sucedida.

O "Programa de Seguimento Longitudinal do Desenvolvimento Psicológico de Bebês Prematuros" constitui-se em um ambulatório de seguimento dos bebês após a alta da UTI, com enfoque de intervenção preventiva indicada. Tem por objetivo acompanhar o desenvolvimento psicológico de bebês nascidos com peso igual ou abaixo de 1500g até a fase escolar, visando:

- a) detectar sinais precoces de problemas de desenvolvimento ou da qualidade da interação mãe-bebê;
- b) intervir nos problemas detectados através de orientações à mãe;
- c) proceder a encaminhamentos terapêuticos especializados quando for necessário;
- d) fortalecer potencialidades do bebê e recursos ambientais identificados;
- e) intervir preventivamente orientando as mães sobre desenvolvimento psicológico dos bebês e práticas educativas;
- f) fornecer suporte psicossocial às mães, detectando sinais de problemas, orientando-as de forma focal e encaminhando a mãe para atendimento psicológico ou psiquiátrico quando necessário.

O foco do seguimento é a avaliação do bebê, porém é dispensada atenção especial à mãe, através de orientação, de modo a garantir a boa qualidade do ambiente familiar tão necessária ao seu desenvolvimento pleno e sadio.

O esquema de seguimento prevê a seguinte periodicidade: a primeira consulta é agendada até no máximo duas semanas após a alta da UTI para o estabelecimento de contrato com a mãe de participação no programa de seguimento. A partir do interesse e concordância da mãe, o bebê será seguido: no primeiro ano, através de consultas mensais; no segundo ano, através de consultas a cada três meses e a partir dos três anos até a fase escolar, através de consultas a cada seis meses.

As atividades desenvolvidas pela psicóloga incluem:

- a) entrevista inicial semi-estruturada realizada com a mãe na primeira consulta, utilizando o roteiro de entrevista desenvolvido por Linhares, Oliveira e Martinez (1998);
- b) entrevista de evolução semi-estruturada realizada com a mãe nas consultas subseqüentes, utilizando o roteiro de entrevista desenvolvido por Linhares, Oliveira e Martinez (1998);

c) avaliação dos bebês através das seguintes escalas de desenvolvimento: Denver – Teste para Investigação do Desenvolvimento Infantil (Frakenburg, Fandal, Kazur e Cohrs, 1975, conforme citado por Flehming, 2000), Escala de Desenvolvimento do comportamento da criança – o primeiro ano de vida (Pinto, Vilanova e Vieira, 1997), Diagnóstico do desenvolvimento normal e anormal da criança (Gesell, 1946) e através de uma ficha complementar de observação do desenvolvimento (baseada em Greenspan e Greenspan, 1993);

d) orientação às mães sobre mediação do desenvolvimento psicológico da criança em suas diferentes áreas – cognitiva, afetiva, social, psicomotora e de linguagem.

III - Pesquisas realizadas sobre crianças nascidas prematuras e baixo peso (<1500g) no HCFMRP

Serão apresentados a seguir os resultados de estudos de sistematização de conhecimento a partir de dois programas de assistência mencionados acima e de dois projetos de pesquisa vinculados à linha de pesquisa “Sobrevivência e Qualidade de Vida de Bebês Prematuros”.

Grupo de suporte psicossocial às mães de bebês prematuros internados na UTI neonatal

Oliveira, Linhares e Martinez (1998) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o conteúdo das verbalizações das mães de RN prematuros com peso abaixo de 1500g emitidas nos grupos de suporte psicossocial às mães dos bebês internados na UTI – Neonatal do HCFMRP. Foram analisadas 20 sessões de atendimento de 60 minutos de duração. Os conteúdos verbais foram analisados, estabelecendo-se categorias temáticas, e foram calculadas as incidências das categorias nas emissões verbais das mães.

Os principais resultados revelaram os seguintes conteúdos verbais das mães, organizados em categorias temáticas, e em ordem de maior incidência:

a) *Preocupação com a sobrevivência do bebê* - medo de perder o bebê; medo de se apegar e o bebê morrer; medo de perder o bebê porque viu o outro morrendo; preocupação com problemas de saúde (inchaço, problemas respiratórios); preocupação com procedimentos médicos (entubar, cirurgia); preocupação com a recaída do bebê;

b) *Preocupação com a separação do bebê* - saudade do bebê na barriga; bebê como parte dela; medo do bebê esquecê-la; sofrimento por estar separada do bebê;

c) *Impotência de desempenhar o papel de mãe* - medo de cuidar do bebê; medo de causar danos ao bebê, quando estiver longe dos cuidados do hospital; medo de pegá-lo no colo; medo de contaminá-lo;

d) *Alívio/esperança em relação à sobrevivência* - esperança de o bebê sobreviver;

e) *Desejo de alta hospitalar* - desejo de levar o bebê para casa;

f) *Culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento* - gravidez não planejada; mãe solteira; aborto; tombo na gravidez; medo de ter prejudicado o bebê quando estava na barriga;

g) *Problemas pessoais da mãe* - não pode ter mais filhos; problema financeiro; problema com outros filhos/ sogra/ mãe;

h) *Alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento* - contente com a evolução do bebê; satisfeita com as condições de saúde do bebê; feliz com o bebê ativo e reagindo;

i) *Frustração de suas expectativas em relação ao bebê* ("bebê imaginário") - frustrada devido ao bebê não ser a termo; susto com a primeira visão do bebê; queria ter menino em vez de menina.

As mães expressam preocupações, desejos e sentimentos de alívio. Revelam enfrentar ansiedade, culpa e medo da morte do bebê, como apontado anteriormente por Klaus e Kennel (1992), porém revelam também sentimentos de esperança.

Os resultados sugeriram reflexões para a condução dos grupos de apoio psicológico às mães estabelecendo o objetivo de, ao mesmo tempo, ser um espaço de reflexão de sentimentos e de orientação dentro de uma perspectiva desenvolvimentista. O grupo cria a oportunidade para a mãe expressar sentimentos e poder ser ajudada a enfrentar a crise, superando a ambivalência de *sentimentos de vida* versus *morte do bebê* e de *bebê idealizado a termo* ("bebê imaginário") versus *bebê real prematuro*, com limitações, porém com recursos e possibilidades. Ajuda, portanto, a refazer etapas da construção da identidade do bebê, favorecendo a aceitação do mesmo, potencializando recursos, esperanças e expectativas positivas das mães quanto à possibilidade de vida e, indiretamente, contribuindo para a construção do vínculo mãe-bebê.

No grupo, são oferecidos apoio e proteção à mãe, a fim de que ela possa desenvolver melhores condições de enfrentamento do período de internação do bebê na UTI, dos primeiros exercícios de "maternagem", em que ela precisa estar próxima afetivamente de um bebê fisicamente distante. Ajuda a detecção de preocupações excessivas de desorganização psíquica da mãe, que requer atendimento de necessidades pessoais que transcendem ao objetivo de atendimento psicológico focal do grupo de mães.

Em suma, no grupo pode-se conhecer a perspectiva das mães, como elas percebem e representam a situação de ter um bebê prematuro na UTI, além de criar a oportunidade de orientá-las contribuindo para: aliviar preocupações desnecessárias, favorecer a aproximação e formação de vínculo mãe-bebê e fortalecer a confiança em poder cuidá-lo, tocá-lo e, sempre que possível, amamentá-lo.

Seguimento longitudinal no 1º ano de vida

Linhares, Oliveira e Martinez (1998) realizaram um estudo com o objetivo de acompanhar longitudinalmente de forma sistemática o desenvolvimento psicológico de oito bebês com vulnerabilidade

biológica ao nascer, considerados de alto risco neonatal, prematuros (menos de 36 semanas de idade gestacional) e com peso $\leq 1500g$, durante o seu primeiro ano de vida. Os bebês que fazem parte do "Programa de Seguimento Longitudinal do Desenvolvimento Psicológico de Bebês Prematuros do HCFMRP" foram avaliados mensalmente utilizando-se roteiros de entrevista com a mãe, a Escala de desenvolvimento do comportamento da criança-o primeiro ano de vida (Pinto e cols., 1997); Teste de Investigação do Desenvolvimento Infantil- Denver (Frakenburg e cols., 1975, conforme citado por Flehning, 2000).

Procedeu-se à análise do conteúdo temático das entrevistas, focalizando-se os seguintes tópicos: concepção, gestação e condições peri e pós-natal; o bebê nas atividades de rotina de alimentação, sono e banho; condições de saúde; representações iniciais das mães acerca da condição do risco do bebê e acerca do bebê e a evolução de suas expectativas e sentimentos ao longo dos oito primeiros meses de vida.

A avaliação do desenvolvimento, de acordo com as escalas, seguiu as normas e classificações das mesmas, sendo a idade gestacional dos bebês corrigida para 40 semanas, conforme recomendado para crianças com história de prematuridade (Frakenburg e cols., 1975, conforme citado por Flehning, 2000).

Os principais resultados encontrados serão descritos a seguir. Com relação à *gravidez*, foi predominantemente não planejada, porém aceita. As mães eram solteiras e apresentavam sintomas físicos ou mentais, do tipo choro, depressão, insônia, tontura e vômitos. As mães contavam com suporte psicossocial da família e do pai do bebê. Quanto à *internação na UTI - Neonatal*, as mães freqüentemente visitavam os bebês.

Com relação ao *desenvolvimento inicial* após a alta da UTI - Neonatal, a *alimentação* foi feita com mamadeira, havia intolerância do bebê a esperar os intervalos das mamadas e a mãe temia que o bebê

engasgasse ao mamar. O *sono* era tranquilo. No *banho* o bebê chorava e a mãe sentia-se segura, com exceção de uma mãe cujo bebê gemelar havia falecido. A história de *saúde* mostrou-se permeada por doenças freqüentes. O *ambiente familiar* mostrou ser em geral estável, com eventos estressores pouco freqüentes e pontuais na história dos bebês (morte, desemprego e manifestações de depressão materna) em dois casos. As mães solteiras casaram ou passaram a viver com o pai do bebê, formando família nuclear.

Com relação à *evolução do bebê*, após a primeira consulta, a *alimentação* do bebê incluía a aceitação de novos alimentos; o bebê mostrava-se voraz e ainda permanecia a dificuldade de esperar os intervalos de mamadas, assim como o medo por parte da mãe de o bebê engasgar. O *sono* era tranquilo. No *banho* o bebê era ativo, sem choro e brincava, enquanto a mãe sentia-se segura. Os problemas de *saúde* mais freqüentes eram cólicas, constipação/diarréia ou broncoespasmo. O *ambiente familiar* era estável, com superação do sintoma de depressão materna, com exceção de dois casos, uma mãe com antecedente de depressão crônica e outra com sintoma depressivo reativo à morte recente do marido.

A representação materna acerca do bebê, ou seja, sentimentos e expectativas da mãe em relação ao desenvolvimento do filho, revelou que o bebê no início estava associado a "medo de doenças, de hospitalização, de não sobreviver e de apresentar seqüelas no desenvolvimento". Com a evolução do bebê, ao longo do primeiro ano, as mães passaram a ter uma "expectativa positiva do desenvolvimento e fortalecimento do bebê, sentindo-se mais tranquilas e satisfeitas com a evolução dos mesmos". As mães conseguiram observar e comentar sobre sinais comportamentais dos bebês que demonstravam que eles estavam se desenvolvendo e se modificando.

A Tabela I apresenta o desenvolvimento psicológico dos bebês prematuros durante o primeiro ano de vida, avaliado segundo a escala de Pinto e o Teste de Denver.

Tabela 1. Seguimento longitudinal do desenvolvimento psicológico de bebé pré-termo durante o primeiro ano de vida.

SUJEITOS	IDADE DA AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO*	
		DENVER***	PINTO **
A	4m 23d	Normal	Bom
	5m 14d	Normal	Regular
	6m 18d	Normal	Bom
	8m	Normal	Bom
	9m 24d	Normal	Regular
	10m 23d	Normal	Bom
	11m e 21d	Normal	Bom
B	2m 4d	Normal	Bom
	3m 16d	Normal	Bom
	4m 13d	Normal	Regular
	6m 8d	Normal	Regular
	7m 5d	Normal	Regular
	8m 5d	Normal	Regular
	9m 7d	Normal	Bom
C	3m	Normal	Risco
	4m 22d	Normal	Bom
	5m 19d	Normal	Regular
	6m 24d	Normal	Regular
	8m 5d	Normal	Regular
	10m 15d	Normal	Atraso
	11m 13d	Normal	Atraso
D	3m 3d	Normal	Risco
	3m 26d	Normal	Atraso
	4m 29d	Normal	Atraso
	7m	Normal	Regular
	8m 26d	Normal	Regular
	9m 23d	Normal	Regular
	10m 27d	Normal	Regular
12m 9d	Normal	Regular	
E	5m 10d	Questionável	Atraso
	7m 19d	Normal	Regular
	8m 23d	Normal	Atraso
	9m 28d	Questionável	Regular
	10m 20d	Questionável	Risco
	11m 24d	Questionável	Regular
	13m	Normal	Regular
F	4m 2d	Normal	Atraso
	4m 23d	Normal	Atraso
	5m 14d	Normal	Risco
	6m 11d	Normal	Risco
	7m 9d	Normal	Risco
	8m 20d	Normal	Regular
	9m 17d	Normal	Risco
10m 24d	Normal	Atraso	
G	13m 2d	Normal	Atraso
	2m 23d	Normal	Risco
	3m 21d	Normal	Risco
	4m 5d	Normal	Regular
	6m 14d	Normal	Regular
	7m 5d	Normal	Regular
	8m 20d	Normal	Regular
9m 12d	Normal	Atraso	
H	10m 9d	Normal	Atraso
	12m 25d	Normal	Regular
	3m 20d	Normal	Regular
	5m 1d	Normal	Risco
	5m 28d	Normal	Atraso
	7m 28d	Questionável	Atraso
	9m 20d	Normal	Atraso

* Classificação com reajuste da idade gestacional para 40 semanas.

** Pinto E., Vilanova, L.C.P. e Vieira, R. M. (1997) O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida.

*** Frakenburg, W. K.; Fandal, A. W.; Kazur, E. e Cohrs, M. (1975). Teste de investigação do desenvolvimento infantil – Denver, citado por Flehning, 2000.

Na avaliação do desenvolvimento, segundo o teste de Denver, as crianças apresentam-se dentro dos padrões de normalidade.

Segundo a escala de Pinto, aos 12 meses, cinco crianças atingiram um nível regular ou bom, enquanto três apresentavam sinais de atraso, sendo estes relacionados à área de desenvolvimento motor-grosso.

O percurso do desenvolvimento no 1º ano de vida oscilava entre indicadores de risco ou atraso em seis das oito crianças estudadas.

Cabe acrescentar que, na avaliação, pode ser observado atraso em algumas aquisições relevantes para o desenvolvimento psicológico: sorriso espontâneo, direção e fixação do olhar, exploração de objetos e linguagem, diretamente relacionados à interação social e engajamento no ambiente circundante.

Em síntese, o conjunto de resultados das entrevistas e da avaliação das crianças revelou que o seguimento longitudinal de bebês de risco com vulnerabilidade biológica neonatal de prematuridade e baixo peso mostrou, em geral, um padrão de desenvolvimento psicológico que parte de uma oscilação com tendência à estabilização das aquisições iniciais no primeiro ano de vida. Aos 12 meses, os bebês tendem a ter um padrão regular ou normal de desenvolvimento, em um ambiente relativamente estável, cuja mãe parece estar mais direcionada para o desenvolvimento do bebê do que para seus problemas pessoais.

A vulnerabilidade biológica parece persistir ao longo do desenvolvimento do primeiro ano, considerando-se a ocorrência freqüente de problemas de saúde da criança.

O procedimento de acompanhamento longitudinal, combinando entrevistas com a mãe e avaliação e observação do bebê, permitiu uma visão abrangente de como o bebê está evoluindo e a detecção precoce de comprometimentos ou indicadores de risco. Por exemplo, na dupla mãe- bebê G, foram detectados, na mãe, sintomas de depressão e medos excessivos quanto à sobrevivência do filho e, no bebê, sinais de apatia com persistência de um padrão de hipotividade (baixa responsividade, pouca exploração do ambiente e ausência do sorriso espontâneo) que embora seja

característico no início do desenvolvimento do prematuro, deveria ter sido superado. Verificou-se também, que a mãe do bebê B, aos oito meses do bebê, ainda apresentava insegurança com relação à sua sobrevivência.

Quanto à avaliação do bebê, embora o padrão geral de desenvolvimento tenha sido regular ou normal, os pontos frágeis se concentraram em:

- a) indicadores de engajamento e responsividade ao ambiente circundante, o que vai exigir uma mãe atenta aos sinais muitas vezes sutis emitidos pelo bebê;
- b) aquisições motoras amplas, o que intensifica a dependência do outro para ajudá-lo na movimentação no ambiente.

Esses dados confirmam a necessidade de programas de seguimento do desenvolvimento longitudinal e acompanhamento da qualidade de vida desses bebês de alto risco e garantia de suporte psicossocial às mães para desempenhar o seu papel de mediadora do desenvolvimento e aprendizagem do bebê.

O seguimento deve olhar o bebê, a mãe e a relação entre eles. O programa de seguimento não deve apenas avaliar o desempenho do bebê através de escalas de desenvolvimento, comparando-os a normas ou padrões de normalidade, mas também obter, de um lado, informações sobre os comportamentos funcionais do bebê, suas rotinas e sua relação com o ambiente e, por outro lado, as percepções e sentimentos da mãe sobre o bebê e os cuidados dispensados a ele.

História de desenvolvimento e momento atual na fase escolar de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso

Considerando a importância de observar a criança prematura em diferentes momentos de sua trajetória do desenvolvimento, dois estudos retrospectivos foram realizados em crianças na fase escolar. Esta etapa evolutiva destaca-se devido ao fato de a criança precisar enfrentar novos desafios cognitivos e sociais na escola, cumprindo a tarefa de produtividade ou competência e de relacionamento com pares adaptativos (Lindhal, 1988).

Bordin, Linhares e Martinez (1999) desenvolveram um estudo com o objetivo de proceder à avaliação cognitiva e comportamental, na fase escolar, de crianças de alto risco, nascidas prematuras e com baixo peso (≤ 1500 g). Os sujeitos, selecionados a partir do livro de registros de nascimento do Hospital das Clínicas da FMRP, eram crianças nascidas com peso ≤ 1500 g durante o período de 1988 a 1991. A amostra constitui-se de 20 crianças (13 meninas) de oito a dez anos, nascidas no HCFMRP prematuras e com peso mediano de 1210 g (variando de 540 a 1.460 g). O procedimento de coleta de dados incluiu: a) três sessões com a criança, utilizando o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas- Escala Especial (Raven), com padronização brasileira de Angelini, Alves, Custódio e Duarte (1988), Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC), com tradução e adaptação de Poppovic (1964) e situação de resolução de problemas utilizando o procedimento de avaliação assistida (Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Geométricas), com delineamento em fases Inicial Sem Ajuda (SAJ), de Assistência (ASS) e de Manutenção (MAN) (Linhares, 1996; Santa Maria e Linhares, 1999); b) uma sessão com a mãe, utilizando a Escala de Comportamento Infantil A2 de Rutter, traduzida e padronizada por Graminha e Coelho (1994).

Antes de apresentar os resultados, cabe comentar que duas crianças eram deficientes auditivas. As duas não conseguiram realizar a avaliação assistida e uma não conseguiu realizar a Escala Verbal do WISC.

A Figura 1 apresenta os resultados obtidos no Raven.

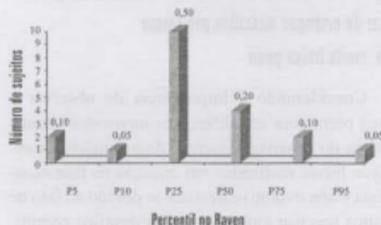


Figura 1. Avaliação do nível intelectual de crianças nascidas muito baixo peso obtida através do Raven - Escala Especial (N = 20).

Pode-se observar na Figura 1 a ocorrência da amplitude de variação de percentil 5 a 95 do nível intelectual classificado, havendo um predomínio (0,65) de crianças classificadas como definidamente abaixo da média. Destas, mais da metade das crianças apresentou percentil 25, indicador de inteligência limítrofe, e apenas 0,15 classificaram-se como deficientes mentais, segundo a padronização brasileira do Raven. Foi encontrado ainda que 0,35 das crianças estão na média ou acima da média.

A Figura 2 apresenta os resultados obtidos no WISC.

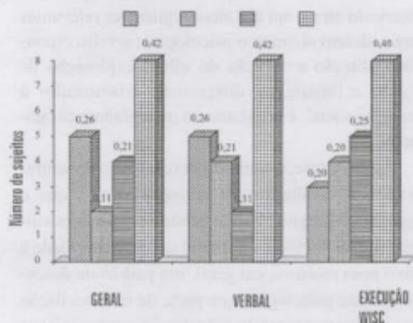


Figura 2. Avaliação do nível intelectual de crianças nascidas muito abaixo do peso, obtida através do WISC, nas escalas Geral (N=19), Verbal (N=19) e de Execução (N=20).

A Figura 2 mostra que, com relação à Escala Geral do WISC, a maioria das crianças (.63) apresentou nível intelectual médio e apenas 0,26 classificaram-se como deficientes mentais. Na Escala Verbal, permanece a mesma tendência da Escala Geral, sendo 53 crianças com resultados na média e 0,26 com classificação de deficiência mental. Na Escala de Execução, por sua vez, permanece a tendência de crianças na média (0,65), entretanto, menos crianças classificaram-se como deficientes (0,20).

A Figura 3 apresenta os resultados dos perfis de desempenho cognitivo (*alto-escore, ganhador mantenedor e ganhador dependente da assistência*) obtidos na avaliação cognitiva assistida.

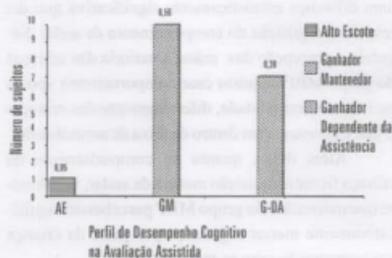


Figura 3. Classificação dos perfis de desempenho cognitivo dos sujeitos na avaliação assistida (N = 18).

Observa-se na Figura 3 que todas as crianças foram capazes de implementar estratégias eficientes de perguntas relevantes de busca com poder de restrição de alternativas para a resolução correta do problema envolvido no Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Geométricas, pois com o suporte de ajuda da examinadora apresentaram ganhos no seu desempenho na fase de assistência. Pode-se destacar que, após a suspensão dessa assistência, mais da metade dos sujeitos (0,56) apresentou manutenção desses ganhos de desempenho, indicando recursos potenciais para aprender estratégias de resolução de problemas, implementá-las de forma eficiente e mantê-las com autonomia. Uma parcela de crianças (0,39) mostrou dependência da assistência da examinadora, pois com a suspensão da ajuda, na fase de manutenção, não mantiveram os ganhos de desempenho alcançados na fase da assistência presente. Exatamente estes mesmos sujeitos apresentaram classificações mais rebaixadas na avaliação psicométrica em relação aos demais. Finalmente, apenas um sujeito conseguiu resolver a tarefa do jogo com autonomia, isto é, com perguntas relevantes de busca de informação e acertos logo na fase inicial, independentemente da ajuda da examinadora, classificando-se com *alto-escote*.

Com relação à percepção das mães em relação ao comportamento das crianças, verificou-se a existência de problemas nessa área, em um nível

sugestivo de necessidade de algum tipo de atendimento psicológico, de acordo com a padronização de Graminha e Coelho (1994) para escolares de Ribeirão Preto. Apresentaram indicadores de problemas ($Md = 22$; variando de 10 a 37), sendo que 0,75 das crianças apresentam escore total acima de 16 pontos, o qual constitui-se em indicador de necessidade de atendimento psicológico.

Outro estudo desenvolvido por Carvalho, Linhares e Martinez (no prelo) analisou a história de desenvolvimento e de aprendizagem, o nível intelectual e o comportamento atual de crianças nascidas pré-termo e com baixo peso. Teve por objetivo comparar crianças nascidas com muito baixo peso (<1.500 g) e crianças nascidas com peso acima de 2.500g na fase escolar, quanto a:

- história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial da criança, do nascimento até a idade escolar, obtida através do relato das mães;
- características do comportamento atual da criança, segundo o julgamento da mãe.

A amostra foi composta por 40 crianças de 8 a 10 anos de idade ($Md = 8.10$ anos), alunos de 1^a a 3^a série, residentes em Ribeirão Preto e 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 1.500g (grupo muito baixo peso- MBP) e 20 mães de crianças nascidas a termo e com peso acima de 2.500g (grupo controle- C). Os grupos foram emparelhados quanto a sexo e idade e foi verificada a ausência de diferença significativa entre os grupos quanto às variáveis série escolar, anos de escolaridade dos pais, nível intelectual da mãe, ocupação dos pais e renda *per capita* familiar, o que permite considerar os grupos comparáveis entre si.

Os sujeitos selecionados através de consulta aos livros de registros de nascimento do Serviço de Neonatologia foram avaliados em cinco sessões para a aplicação: com a mãe, do roteiro de entrevista, da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter e do teste de Raven - Escala Geral e, com a criança, do teste de Raven - Escala Especial.

Os principais resultados encontram-se descritos a seguir. A Tabela 2 apresenta as variáveis da história de desenvolvimento e aprendizagem, obtidas através de entrevista com a mãe, que diferenciaram significativamente as crianças do grupo MBP das do grupo C.

Tabela 2. Variáveis da história de desenvolvimento e aprendizagem, obtidas através de entrevista com a mãe, que diferenciaram significativamente as crianças do grupo muito baixo peso (MBP) das do grupo controle (C)-Proporção de sujeitos.

VARIÁVEIS	MBP (n = 20)	C (N = 20)	Teste
Gravidez não planejada	0,55*	0,05	Exato de Fisher
Situações de risco na gravidez	1,00*	0,00	Exato de Fisher
Alimentação natural	0,45*	0,95	Exato de Fisher
Andar com atraso	0,65*	0,35	Mann-Whitney
Insurgência no andar	0,40*	0,25	Exato de Fisher
Uso mão direita	0,40*	0,05	Exato de Fisher
Acidente doméstico	0*	0,40	Gart- Nam
Repetência escolar	0,33*	0,06	Exato de Fisher

* $p < 0,05$

Pode-se observar na Tabela 2 que sete variáveis apresentaram diferença significativa entre os grupos. Ocorreu maior número de mães do grupo C 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 C.

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, do que o grupo C. Não ocorreram diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos tipos de situações de risco enfrentadas pela mãe durante a gravidez, havendo uma tendência a ocorrer queixa de problemas financeiros e problemas conjugais enfrentados por ambos os grupos nesse período e uso de medicação, em particular, pelas mães do grupo MBP.

Comparando-se as aquisições dos comportamentos motores iniciais (sentar, engatinhar, andar)

entre o grupo MBP e o grupo C, observa-se apenas uma diferença estatisticamente significativa que diz respeito à aquisição do comportamento de andar. Segundo a percepção das mães, a maioria das crianças do grupo MBP adquiriu esse comportamento após o período de normalidade, diferentemente das crianças C que o apresentaram dentro da faixa de normalidade.

Além disso, quanto ao comportamento da criança frente à aquisição motora de andar, verificou-se que mais mães do grupo MBP perceberam significativamente menos segurança por parte da criança em comparação com as mães do grupo C.

Quanto ao predomínio do uso das mãos, verificou-se que nas crianças C, a maioria utiliza a mão direita, significativamente diferente do grupo de crianças MBP que utilizam predominantemente a mão esquerda.

Nota-se que os dois grupos diferem estatisticamente quanto à situação de repetência escolar, havendo no grupo MBP mais crianças repetentes do que no grupo C.

Cabe acrescentar com relação à questão da escolaridade, que foi verificado, através de informações das mães, o predomínio, em ambos os grupos, de crianças cursando classe regular de ensino em escolas públicas (MBP= 0,80; C= 0,90). No grupo MBP, duas estavam cursando classe especial para deficiente auditivo e duas nunca frequentaram escola, enquanto que no grupo C, verificou-se que duas crianças nunca frequentaram escola.

Em ambos os grupos, considerando-se apenas as crianças que estavam frequentando a escola, a maioria estava cursando classes compatíveis com a idade cronológica (1ª a 3ª série), com exceção de duas crianças do grupo MBP que ainda cursavam a pré-escola. Com relação à idade de ingresso na escolarização formal, constatou-se que 13 crianças do grupo MBP iniciaram a escolarização aos sete anos de idade e no grupo C, nove crianças.

Embora não tenham sido significativas as diferenças entre os grupos com relação aos antecedentes de saúde das crianças, houve uma tendência de o grupo MBP apresentar mais problemas do que o grupo C (MBP = 0,75 e C = 0,50; $p = 0,06$).

A Figura 4 apresenta o nível intelectual das crianças medidos pelo Raven.

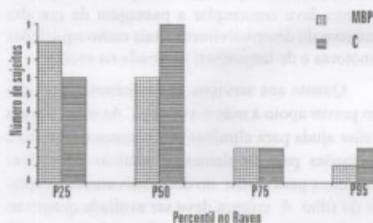


Figura 4. Avaliação do nível intelectual, através do Raven, de crianças nascidas *multo baixo peso* (N= 17) em comparação com crianças *controle* (N= 19).

Verifica-se na Figura 4 que a classificação de nível intelectual predominante das crianças, tanto do grupo MBP quanto do grupo C, foi de nível intelectualmente médio (percentil Md = 50), com amplitude de variação de 25 a 95. Não foram detectadas diferenças significativas entre os grupos. Vale acrescentar que no, grupo MBP, três crianças não conseguiram realizar a prova, enquanto que no grupo C, uma criança não a realizou.

Com relação aos indicadores de problemas de comportamento investigados, segundo a percepção da mãe, de acordo com a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter, os sujeitos foram distribuídos de acordo com a nota de corte igual ou maior do que 16, encontrada na padronização brasileira de Graminha e Coelho (1994) como indicadora da necessidade de atendimento psicológico. Foi encontrado que .65 crianças do grupo MBP e .60 das crianças do grupo C apresentaram escores acima de 16, não havendo diferença entre os grupos, isto é, amaior parte de ambos os grupos apresenta índices sugestivos de problemas de comportamento.

Na Tabela 3 são apresentadas as incidências dos tipos de problemas de comportamento conforme os itens da Escala de Rutter. A tabela inclui, além dos

dados dos dois grupos estudados, uma coluna com as incidências encontradas por Graminha e Coelho (1994) em uma amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto (E). As comparações foram feitas das crianças pré-termo (MBP) e as controle (C) e de escolares da padronização (E), respectivamente.

Tabela 3. Itens da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter que diferenciaram significativamente o grupo *multo baixo peso* do grupo *controle* e da amostra de escolares de Ribeirão Preto (E) da padronização da escala, respectivamente - Proporção de sujeitos.

ITENS DA ESCALA RUTTER	MBP (N = 20)	C (N = 20)	E (N = 1614)	Direção da diferença
SAÚDE				
Dor de cabeça	0,20	0,55*	0,44*	MBP < C; E
Asma/Crise respiratória	0,25	0,25	0,13*	MBP > E
Enurese noturna	0,40	0,05*	0,13*	MBP > C; E
Recusa escolar	0,30	0,20	0,10*	MBP > E
COMPORTAMENTO				
Agitada	0,75	0,50	0,46*	MBP > E
Impaciente/ Inquieta	0,70	0,80	0,42*	MBP > E
Agarrada à mãe	0,75	0,70	0,50*	MBP > E

p < 0,05 (teste Exato de Fisher)

Considerando-se os resultados da Tabela 3, observou-se que na comparação do grupo MBP e os demais grupos, houve diferença estatisticamente significativa em alguns itens da escala de Rutter. Primeiramente, comparando-se os grupos MBP e C nota-se maior incidência de queixa de dor de cabeça no grupo C do que no grupo MBP e maior incidência de enurese noturna no grupo MBP do que no grupo C. Em seguida, na comparação entre grupo MBP e 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, inquieta 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 o grupo controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os principais resultados das pesquisas apontam que:

a) As mães de bebês prematuros e de muito baixo peso experimentam sentimentos e possuem representações acerca do bebê e sua condição de prematuridade e internação em UTI- Neonatal permeada por aspectos negativos de medos e preocupações, assim como por aspectos positivos de esperança e alívio quando os bebês evoluem.

b) O primeiro ano de vida do bebê apresenta oscilações no desenvolvimento neuropsicomotor, tendendo a um padrão de normalidade.

c) Observou-se a presença de *deficit* sensorial auditivo em uma pequena parcela das amostras estudadas associada a prejuízos no desenvolvimento.

d) Quanto ao desenvolvimento cognitivo, as crianças na faixa escolar apresentaram nível intelectual na faixa limítrofe ou na média, em relação à amostra de padronização do teste. Revelaram recursos potenciais de sensibilidade à instrução e mediação de aprendizagem evidenciadas através da avaliação assistida. Foram poucas crianças (em torno de 15%) identificadas como deficientes mentais.

e) Os problemas de comportamento mostraram-se preocupantes devido à alta incidência em relação à amostra de padronização brasileira da escala. Porém, observou-se que o nível elevado de problemas não esteve associado apenas às crianças que foram prematuras, pois foi também observado no grupo controle.

f) Os problemas de comportamento das crianças nascidas prematuras na média meninice, agitação e inquietude e agarramento à mãe, sugerem dificuldades de adaptação a situações sociais.

g) A grande maioria das crianças com história de prematuridade encontra-se na escola regular, embora haja mais repetência entre as crianças nascidas prematuras do que as controle.

Finalizando, alguns aspectos precisam ser levados em conta:

a) A importância redobrada do ambiente de desenvolvimento e aprendizagem das crianças com história de prematuridade, destacando-se o ambiente familiar sem desprezar a influência da escola.

b) A necessidade do seguimento longitudinal a médio prazo, não só do crescimento físico, mas também do desenvolvimento psicológico do bebê, incluindo a interação mãe-criança. O acompanhamento deve contemplar a passagem de grandes marcos do desenvolvimento, tais como aquisições motoras e de linguagem e entrada na escola.

Quanto aos serviços de assistência, estes devem prever apoio à mãe e à criança. As mães devem receber ajuda para eliminar sentimentos negativos e orientações para implementar práticas educativas eficientes e para ajudar no desenvolvimento adaptativo do filho. A criança deve ser avaliada quanto ao cumprimento das diferentes tarefas evolutivas, assim como quanto à construção das relações com o ambiente, na sua trajetória de desenvolvimento.

Quanto à pesquisa nessa área, constitui-se urgência a implementação de estudos empíricos que ajudem a compor no nosso meio um quadro de conhecimento sistematizado sobre a criança prematura de muito baixo peso, que constitui grupo de alto risco para problemas de desenvolvimento.

Espera-se que a ilustração apresentada dos programas de assistência e projetos de investigação, acerca desse grupo de múltiplo risco de crianças nascidas prematuras e de muito baixo peso, possa contribuir para planejamentos e implementações de outros programas e estudos futuros na área de Psicologia Pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angelini, A. L.; Alves, I. C. B.; Custódio, E. M. e Duarte, W. F. (1988). *Matriz descoloridas progressivas coloridas de Raven: Escala especial* (Padronização Brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antunha, E. L. G. (1994). A avaliação neuropsicológica na infância (0 a 6 anos). Em V. B. de Oliveira e N. A. Bosa (orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos* (pp. 89-122). Petrópolis: Vozes.
- Beckwith, L. e Rodning, C. (1991). Intellectual functioning in children born preterm: Recent research. Em L. Okagaki e R. J. Sternberg (orgs), *Directors of development - Influences on the development of children's thinking* (pp.25-58). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Bordin M. B. M.; Linhares, M. B. M. e Martinez, F. E. (1999). Desenvolvimento cognitivo e comportamento de crianças prematuras nascidas prematuras com muito baixo peso, na fase escolar. [Resumo]. Em Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil (org.), Resumos de Comunicações Científicas. XV Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil. Resumos (p.53). Rio de Janeiro: ABENEPI.
- Bradley, R. H.; Whiteside, L.; Caldwell, B. M.; Casey, P. H.; Kelleher, K.; Pope, S.; Swanson, M.; Barret, K. e Cross, D. (1993). Mental IQ, the home environment, and child IQ in low birth-weight, premature children. *International Journal of Behavioral Developmental*, 16, 61-74.
- Bradley, R. H.; Whiteside, L.; Mundfrom, D.; Casey, P. H.; Kelleher, K. J. e Pope, S. (1994). Early indications and their relation to express in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65, 346-360.
- Brandt, P.; Magyary, D.; Harmon, M. e Barnard, K. (1992). Learning and behavioral-emotional problems of children born preterm at second grade. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 291-311.
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil* (J. L. Camargo, Trad) São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1992).
- Carvalho, A. E. V.; Linhares, M. B. M. e Martinez, F. E. (no prelo). História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras e de baixo peso (1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14.
- Dammann, O.; Walther, H.; Allers, B.; Schröder, M.; Drescher, J.; Lutz, D.; Veelen, R. e Schulte, F. J. (1996). Development of a national cohort of very low birthweight children at six years: Cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 97-108.
- Fitzhardinze, P. M. e Steven, E. M. (1972). The small-for-date infant II. Neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics*, 50, 50-57.
- Flehning, I. (2000). Texto e atlas do desenvolvimento normal e seus desvios no latente - Diagnóstico e tratamento precoce no nascimento até o 18º. mês. São Paulo: Editora Atheneu.
- Gennaro, S.; Brooten, D.; Roncoli, M. e Kumar, S. P. (1993). Stress and health outcomes among mothers of low - birth - weight infants. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 97-113.
- Gesell, A. (1946). *Diagnostico del desarrollo - normal e patológico - metodos clínicos e aplicações práticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Goldberg, S. e Vitto, B.D. (1995). Parenting children born preterm. Em M. H. Bornstein, *Handbook of parenting - Children and parenting* (pp. 209-231). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gorga, D.; Stern, F. M.; Ross, G. e Nagler, W. (1998). Neuromotor development of preterm and full-term infants. *Early Human Development*, 18, 137-149.
- Graminha, S. S. V. e Coelho, A. (1994). A escala comportamental infantil de Rutter A2: Estudos de adaptação e fidedignidade. *Estudos de Psicologia*, 11, 34-42.
- Greenspan, S. e Greenspan, S. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. e Kennel, J. (1992). Assistência aos pais. Em M. Klaus e A. A. Fanaroff, *Alto risco em neonatologia* (pp. 141-165). (L. E. Vaz Miranda, Trad) Rio de Janeiro: Interamericana (Trabalho original publicado em 1979).
- Kopp, C. B. (1990). Risks in infancy: Appraising the research. *Merril-Palmer Quarterly*, 36, 117-139.
- Kopp, C.B. e Kaler, S.R. (1989). Risk in infancy origins and implications. *American Psychologist*, 44, 224-230.
- Landry, S. H.; Chapieski, M. L.; Richardson, M. A.; Palmer, J. e 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. e Schmit, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 843-853.
- Levy - Shiff, R.; Einat, G.; Har - Even, D.; Mogilner, M.; Mogilner, S.; Lerman, M. e Krikler, R. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 323-333.
- Lewis, R. J.; Duglokinski, C. L. M.; Caputo, L. M. e Griffin, R. B. (1988). Children at risk for emotional disorders: Risk and dimensions. *Clinical Psychology Review*, 8, 417-440.
- Liaw, F. R. e Brooks-Gunn, J. (1993). Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. *Developmental Psychology*, 29, 1024-1035.

- Lindhal, N. Z. (1988). Personalidade humana e cultura: Aplicações educacionais da teoria de Erik Erikson. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 69, 492-509.
- Linhares, M. B. M. (1996). Avaliação assistida em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. *Temas em Psicologia*, 3, 231-254.
- Linhares, M. B. M.; Oliveira, M. B. O e Martinez, F. E. (1998). Seguimento psicológico de RN baixo peso nos seis primeiros meses de vida [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (org.). *Resumos de Comunicações Científicas. II Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento*, (p.34). Gramado: SBPD.
- Lubchenco, L. O. (1984). Determinação do peso e idade gestacional. Em G. Avery, *Neonatologia* (pp. 207 - 227). (S. Schavartsman, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica (Trabalho original publicado em 1981).
- Miller, M. (1996). Relevance of resilience to individuals with learning disabilities. *International Journal of Disability and Education*, 43, 255-269.
- Novello, A.; Degraw, C. e Kleinman, D. (1992). Healthy children ready to learn: An essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107, 3-10.
- O'Brien, M.; Soliday, E. e McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. Em M. C. Roberts (orgs.). *Handbook of pediatric psychology* (463- 478). New York: Guilford Press.
- Oliveira, M. B. O.; Linhares, M. B. M. e Martinez, F. E. (1998). Grupo de apoio a mães de RN baixo peso (1500g) durante internação em UTI Neonatal - Análise de conteúdo dos relatos das mães. *Painel. V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental*. Ribeirão Preto: EERP/USP.
- Pinto, E. B.; Vilanova, L. C. P. e Vieira, R. M. (1997). *O desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poppovic, A. (1964). *Escala Weschler de inteligência para crianças* (WISC) (Tradução e adaptação brasileira). Rio de Janeiro: CEPA.
- Santa Maria, M. R. e Linhares, M. B. M. (1999). Avaliação cognitiva assistida em crianças com indicação de dificuldade de aprendizagem e deficiência mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 153- 162.
- Smedler, A. C.; Faxelius, G.; Bremme, K. e Lagerstrom, M. (1992). Psychological development in children born with very low birthweight after severe intrauterine growth retardation: A 10-year follow-up study. *Acta Paediatrica*, 81, 197-203.
- Sobotková, D.; Dittrichová, J. e 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.
- Sweet, A. Y. (1982). Classificação do recém nascido de baixo peso. Em M.H. Klaus e A. A. Farnaroff (orgs.). *Alto risco em neonatologia* (pp. 63-88). (L. E. Vaz Miranda, Trad.) Rio de Janeiro: Interamericana (Trabalho original publicado em 1979).
- Taylor, H. G.; Hack, M.; Klein, N. e Schatschneider, C. (1995). Achievement e children with birth weights less than 750 grams with normal cognitive abilities: Evidence for specific learning disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 703-719.
- Tuma, J. M. (1989). Mental health services for children the state of the art. *American Psychology*, 44, 188-199.
- Usher, R. H. (1984). Os problemas especiais do prematuro. Em G. Avery, *Neonatologia* (pp 236-266). (S. Schvartsman, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica (Trabalho original publicado em 1981).
- Waber, D.P. e McCormick, M.C. (1995). Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: Selective vulnerability of the visual system. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 721-735.
- Weiglas-Kuperus, N.; Koot, H. M.; Baerts, W.; Fetter, W. P. F. e Sauer, P. J. J. (1993). Behaviour problems of very low-birthweight children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 406-416.
- Werner, E. E. (1986). A longitudinal study of perinatal risk. Em D. C. Farran e J. McKinney, *Risk in intellectual and psychosocial development* (pp.3-27). New York: Academic Press.
- Wilfong, E. W.; Saylor, C. e Elksnin, N. (1991). Influences on responsiveness: interactions between mothers and their premature infants. *Infant Mental Health Journal*, 12, 31-40.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em: 02/03/01