

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”

Programa de Pós Graduação em Psicologia do

Desenvolvimento e Aprendizagem

Jussânia Moraes Martins

**PRÁTICAS E CRENÇAS PARENTAIS E COMPORTAMENTO DE
CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO**

BAURU-SP

2014

Jussânia Moraes Martins

PRÁTICAS E CRENÇAS PARENTAIS E COMPORTAMENTO DE
CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Prof^a. Dr^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Bauru-SP

2014

Martins, Jussânia Moraes.

Práticas e crenças parentais e comportamentos de
crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso /
Jussânia Moraes Martins, 2014
88 f.

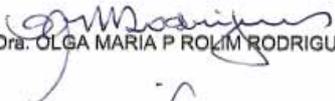
Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Co-Orientador(a): Flávia Helena Pereira Padovani

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2014

1. Práticas e crenças parentais. 2. Pré-termo de
baixo peso. 3. Comportamento infantil. I. Universidade
Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DE JUSSÂNIA MORAES MARTINS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 22 dias do mês de agosto do ano de 2014, às 16:30 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA do(a) Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de JUSSÂNIA MORAES MARTINS, intitulada "Práticas e Crenças Parentais e Comportamentos de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES


Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA


Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

Dedico este trabalho à minha mãe, que não me deixou desistir dizendo que: “não há vitória sem luta, respire fundo e não diga que não da conta”. Obrigada mãe, meu porto seguro, minha amiga, minha companheira, meu anjo! Mulher guerreira que sempre lutou e me ensinou a lutar! Obrigada por me mostrar Deus nas pequenas coisas! Nós sabemos as lutas que passamos juntas. Obrigada por segurar em minhas mãos sempre e me ensinar o caminho do bem!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial:

À Profª Drª Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, meu muito obrigada é pouco por ter me escolhido, incentivado, orientado, puxado minhas orelhas e, principalmente, por não ter desistido de mim. Sem a sua ajuda e companheirismo eu não teria conseguido. Peço desculpas, também, por algum momento não ter correspondido às exigências de um mestrando. Algumas pedras no caminho tive que ultrapassar e, por isso, me ausentei mais do que gostaria.

A Profª Drª Flávia Helena Pereira Padovani, minha co-orientadora, você foi super mãezona ao me acolher e acreditar em mim, quando fui bater em sua porta pedindo um estágio. Me fez aprender muito com você! Me ajudou literalmente no bê-a-ba. Obrigada Flá!

Obrigada, Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa, por me receber no serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas de Botucatu carinhosamente e me ensinar com sua vasta experiência os caminhos na “Selva de Pedras”.

Às mães, cuidadoras e crianças que participaram da pesquisa, meu muito obrigada! Sem vocês nada disso teria sido possível

À aluna, Suzana Codeço, que me auxiliou na coleta de dados sem ajuda de custo, não tinha bolsa e viajava para fazer a coleta apenas por interesse no aprendizado.

Obrigada à CAPES que me proporcionou a execução deste trabalho.

À equipe de Pediatria do Hospital das Clínicas de Botucatu, que me acolheu e incentivou minha pesquisa.

Em 31 de janeiro de 2011, há exatamente três anos e meio, eu chegava em Botucatu. “de mala e cuia” como diz lá na minha terra. Vim de São Luis, Maranhão, feliz porque sabia que estava fazendo a vontade de Deus, mas com medo do novo, o que é natural. Na bagagem trazia muita coisa material e muitas expectativas com o que Deus tinha reservado nesta terra tão longe e que, até então, nunca tinha ouvido falar. Hoje posso dizer que tudo mudou. As bagagens das coisas materiais já não são mais as mesmas e aprendi, literalmente, que segundo Sta Teresa D’Ávila: “Tudo Passa”. Junto com essa mesma bagagem as expectativas foram mudando muito rápido. Às vezes nem conseguia acompanhar “o andar da carruagem”, mas as mudanças vieram e com elas aprendizado, amigos novos e conquistas.

Em dezembro do mesmo ano que cheguei em Botucatu tive minha aprovação no Mestrado na UNESP, em Bauru. Hoje, após dois anos e meio, minha grande alegria é poder partilhar, cheia de emoção e com lágrimas nos olhos e no coração, que estou apresentando minha dissertação. Mas não fiz nada disso sozinha, tive muita, mas muita ajuda... Primeiro de Deus...”obrigada Senhor”, por não me desamparar em momento algum e por me dar pais tão especiais que me ensinaram a não desistir, trabalhar e lutar em qualquer circunstância. À minha família: minhas irmãs: Lea, Helena e Alicia; minhas primas-irmãs: Andrea e Isabela, meus primos, minha madrinha e meu padrinho e toda minha família materna, meu muito obrigada é especial pois, mesmo à distância, me acompanharam e cuidaram de mim.

E, também tive outras “mães” e outra família em Botucatu/Bauru. Junto com toda a equipe do SAMECA, eu agradeço de coração: à Gisele Merlin, obrigada por sua acolhida gêneros e, à Juliana Martinês, meu obrigada é com muito carinho, por ter me ajudado dia-a-dia na rotina e dedicando seu carinho, disponibilidade e fazendo com que nossa amizade se eternizasse, minha afilhada querida.

À Laura Keiko, Fernanda Fedato, Carol Ramos, Ju Marchete, Gabi Calile, Paula Hageman, Renata Dallaqua, Clarissa Cabianca vocês que me acolheram com tanto carinho me faziam cada vez mais querer estar na companhia de vocês e tentar retribuir o carinho de cada uma. Cristiane Chiloff, nem sei expressar o quanto foi importante sua acolhida no ambulatório de bebês pré-termo e quanto a sua disponibilidade e atenção me auxiliaram imensamente. Eloisa Dib obrigada por me ajudar, por sua atenção sempre, por me dar apoio, com palavras de incentivo, por fazer por mim o que no momento muitas vezes não conseguia e, junto com a Luana Valera fazermos” uma força tarefa”. Valeu, meninas! Luciana Carnier, agradeço por ter sido uma amigona, incentivando em muitas coisas e ajudando com palavras, carinhos, leituras e puxões de orelhas.

À equipe da Unimed, em especial Flávia Piozzi, que me incentivou e entendeu meus momentos de ausência e todos colaboradores que sempre fez do clima organizacional algo leve e gostoso para trabalhar: Adriana, Aline, Clenilsa, Cristiane, Danilo, Dayane, Erika, Fabiana, Marcelo, Nathalia, Yeda. Meu muito obrigada.

Obrigada, Vanessa e Rodrigo, na verdade obrigada é pouco para minha eterna gratidão a vocês amigos-irmãos-cumpadres. Passará esta terra e até a eternidade serei grata a vocês por darem gratuitamente amor, dedicação, companheirismo, lealdade, a mim, saindo das suas casas com sua filhinha para “cuidarem” de mim, quando muito precisei. Só os amigos verdadeiros fazem isso. Obrigada por Anne, minha vidinha, um presente especial.

Obrigada à Luciane Grande, amiga, pelas noites que você me colocou no colo e depois para dormir, por enxugar minhas lágrimas nos dias em que elas teimavam em cair, por me dar dominicalmente um aconchego no seu lar ao lado da sua família e de seus amigos, Tia Mariza, Lilian, Thaise, Leandro, Márcia, Carlos e tantos outros, me fazendo sentir-me acolhida nesta terra de “botocudos”. Vocês me ajudaram a não desistir. Obrigada.

Obrigada ao grupo Focolare, em especial a Denise Vendramine que o apresentou a mim e a todas as meninas: Celia Sforcin, Cristina Gragnani, Eliana Toledo, Fernanda Aoki, Gilmara Delatorre, Ivone Guadagnini, Maria Helena Vendramini, Meire Treviso, Marcia Vendramini, Neide Aoki, Neuza Pellizzon, Paulinha Valente, Rosana Moura, Rose Lopes, Rosália Dias, Rosa Biagioni, Silvia Pacheco, Silvia Barros, Sônia Gasparini, SuelyMuller e tantas outras queridas que acolheram-me como uma família.

Obrigada Pe. Emerson, por seus conselhos, orientações, abraços carinhosos e orações por mim nos momentos mais delicados pelos quais passei, sem sua ajuda espiritual não teria conseguido.

Obrigada a minha analista, Beatriz Saad, que me acompanhou carinhosamente neste “ novo ” país, por sua escuta incansável e orientações.

Turma do Mestrado de 2012 UNESP- Bauru, ainda bem que existiu esse ano, essa turma, o semestre dos muitos artigos e da falta de tempo, mas que nos deu tempo suficiente para nos encontrarmos, nos conhecermos. Ter vocês em minha vida fez muita diferença. Vocês são muito especiais: Alessandra, Andreia, Aneliza, Bruna, Eliza, Fernanda, Mario, Renata e todos os companheiros dessa jornada difícil e especial na vida de cada um de nós.

Turma da Pontifícia Universidade Católica de 2011, meu carinho aos meus alecrins: Obrigada Flora Mesquita, por me ouvir incansavelmente, de hora em hora, me dando apoio, carinho, por acreditar em mim e me falar da “insuspeitada força”; valeu Florita, por me socorrer também com sua cooperação no meu trabalho . Obrigada por brigar comigo, xingar comigo, me acolher em sua casa e porque, como nordestinas, poderíamos nos abraçar e entender uma a outra. E tão especial a Mariana Cacciacaró que carinhosamente com sua dedicação me deu horas de orientação também. Obrigada Brunna Pereira por sua grande resiliência que me ensina muito. Logo depois e tão importante quanto, a turma de 2013, após meu retorno, me acolheram com carinho e amor: Camila Freitas (Cá), Genilda

Gomes (Gil), Rosângela Matos(Rô). “Chikas” vocês chegaram em minha vida e ganharam espaço enorme em meu coração, fazendo as terças mais lindas e me dando oportunidade de aprender muito como cuidar do outro.

Amigos novos foram surgindo em minha vida, diria até que não amigos, mas anjos e fez dos meus dias em Botucatu menos frios. Agradeço de coração: a Jac Regis, Carol Varge, Danilo Forlim, Fabio Florença (Kuika), Rafael (Dori), Guilherme Lopes (Gui), Alana Dale, Pâmela Salviani, Larissa Branco.

Meus amigos mais que queridos de São Luis, que sempre me apoiaram, acreditaram em mim e que mesmo longe estávamos perto pelas orações, carinho e pelas redes sociais: Jaciara, Iza, Guilherme, Dulcineia, Keite, Izabel, João Vitor, Niniane, Gilcineusa, Pe Claudio, Emanuelle, Thacylla, Luana, Nadja, Raquel, Raimundo, Erika, Helena.

Meu muito obrigada a Darcila de Fátima Bozoni, bibliotecária UNESP-Botucatu, que me ajudou carinhosamente com levantamentos e revisões.

Tiago Dias, obrigada simplesmente por fazer dos meus dias frios mais quentes e me tirar o riso fácil.

*“Você não sabe o quanto eu caminhei pra
chegar até aqui, percorri milhas e milhas
antes de dormir, eu não cochilei”*

(Da Gama; Toni Garrido, s/d)

MARTINS, J. M. **Práticas e crenças parentais e comportamento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso**. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

RESUMO

Em decorrência de avanços técnicos e tecnológicos significativos na área da Neonatologia, têm aumentado o índice de sobrevivência dos bebês nascidos prematuros e com muito baixo peso. Além dos cuidados pós-alta, destaca-se a importância de mais investigações quanto aos aspectos comportamentais das crianças nascidas pré-termo e, associadas a elas, o estudo das influências das práticas educativas e crenças parentais. Os objetivos do presente estudo foram: descrever e comparar as práticas educativas e as crenças sobre desenvolvimento de mães de crianças nascidas pré-termo (≤ 37 semanas) de muito baixo peso ($\leq 1.500g$) (GPT) com mães de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (GAT) de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 43 meses; descrever e comparar problemas de comportamento do mesmo grupo e, por fim, relacionar práticas educativas e crenças sobre desenvolvimento dos pais desta população com problemas de comportamento. Os resultados apontaram que as mães dos dois grupos cuidam e estimulam suas crianças, mas o GPT, mais estimula do que acredita que deve fazê-lo, apontando para uma possível falha do programa de estimulação precoce que frequente. Também, as crianças do GPT apresentam, segundo relato de suas mães, mais problemas de comportamento do que as crianças nascidas à termo. Observou-se, ainda, correlação entre as práticas e crenças educativas e problemas de comportamento. Porém, quanto melhores as práticas mais problemas de comportamento.

Palavras-chave: 1. Práticas e crenças parentais. 2. Pré-termo de baixo peso. 3. Comportamento infantil.

MARTINS, J. M. **Practices and parental beliefs and behavior of children born preterm very low birth weight.** 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

ABSTRACT

Due to significant technical and technological advances in neonatology, the survival rate of premature babies and babies having very low birth weight have increased. Besides the post-discharge care, the importance of further investigation concerning the behavioral aspects of preterm born children, associated with the study of the influences of educational practices and parental beliefs is highlighted. The aim of this study was to describe and compare the educational practices and beliefs about the development of preterm babies' parents (≥ 37 weeks) and babies with very low birth weight (≤ 1.500g) with parents of children born at term (most children born or equal to 37 weeks) of both sexes, aged 22-43 months. Besides describing and comparing behavior problems in the same group we finally related educational practices and beliefs about parents development of this population. The results showed that mothers from both groups cared and encouraged their children, but the Preterm Group, stimulated more than they needed, pointing to a possible failure of the early stimulation program that they attended. Moreover, children GPT, according to reports from their mothers, had more behavior problems than children born at term. It was also observed correlation between educational practices and beliefs and behavior problems. However, the best the practices the more behavior problems.

Keywords: 1. Practic and parental beliefs. 2 Preterm low birth weight. 3 Children's Behavior.

LISTA DE ABREVIATURAS

CBCL- Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5

ECPPC- Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado

EFC- Ensino Fundamental Completo

EFI- Ensino Fundamental Incompleto

EMC- Ensino Médio Completo

EMI- Ensino Médio Incompleto

ESC- Ensino Superior Completo

GAT- Grupo a termo

GPT- Grupo Pré-termo

GC- Grupo-Controle

PT- Pré-Termo

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição Das Características Sociodemográficas Das Mães Dos Grupos Pré-Termo (GPT) E Do Grupo A Termo (GAT).....	39
Tabela 2: Descrição Das Características Sociodemográficas E De Saúde Dos Bebês Dos Dois Grupos.	40
Tabela 3: Frequência Relativa De Mães Classificadas Na Média, Abaixo E Acima Em Termos De Práticas E Crenças Sobre Cuidados.	47
Tabela 5: Frequência Relativa De Mães Classificadas Na Média, Abaixo E Acima Em Termos De Práticas E Crenças Sobre Estimulação.	48
Tabela 6. Comparação Da Pontuação Média Dos Participantes Dos Grupos Em Estimulação, Nas Dimensões Práticas E Crenças.	49
Tabela7: Frequência Relativa De Mães De Cada Um Dos Grupos, Classificadas Na Média, Abaixo E Acima Em Termos De Práticas E Crenças Sobre Cuidados.	49
Tabela 8: Comparação Da Pontuação Média Dos Participantes De Cada Um Dos Grupos Em Cuidados, Nas Dimensões Práticas E Crenças	50
Tabela 9: Frequência Relativa De Mães De Cada Um Dos Grupos, Classificadas Na Média, Abaixo E Acima Em Termos De Práticas E Crenças Sobre A Estimulação.....	51
Tabela 10: Comparação Da Pontuação Média Dos Participantes De Cada Um Dos Grupos Em Estimulação, Nas Dimensões Práticas E Crenças	51
Tabela 11: Correlação Entre Práticas E Crenças, Do GPT.....	52
Tabela 12. Correlação Entre Práticas E Crenças, Nos Aspectos Cuidados E Estimulação, Do GAT.....	52
Tabela 13: Comparação Intergrupos Dos Resultados Do Cbcl, Utilizando Frequência Relativa	53

Tabela 14: Comparação Intergrupos Utilizando Médias E Análise Estatística.....	54
Tabela 15: Comparação Intragrupos Dos Resultados Do CBCL, Utilizando Frequência Relativa.....	54
Tabela 16: Correlação Entre Comportamentos Externalizantes, Internalizantes E Total De Comportamento, Do Grupo Prematuros.....	55
Tabela 17: Correlação Entre Comportamentos Externalizantes, Internalizantes E Total De Comportamento, Do GAT.....	55
Tabela 18: Correlação Entre Práticas E Crenças, Em Cuidados E Estimulação, Do GPT.....	56
Tabela 19. Correlação Entre Práticas E Crenças, Nos Aspectos Cuidados E Estimulação, Do GAT.....	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO	20
2.1 Prematuridade e muito baixo peso: fatores de risco para o desenvolvimento da criança ..	23
2.2 Práticas educativas parentais e crenças sobre desenvolvimento infantil.....	26
2.3 Problemas de Comportamento.....	32
2.4 Problemas de comportamento e práticas educativas	34
3 MÉTODO	37
3. 1 Participantes:	37
3.2 Instrumentos e materiais.....	39
3.2.1 Caracterização da amostra do Grupo PT	39
3.2.2 Para a coleta de dados.....	40
3.3 Local e contexto da pesquisa	42
3.4 Aspectos éticos	43
3.5 Procedimentos	43
3.5.1 Coleta de dados.....	43
3.5.2 Análise de Dados	44
4 RESULTADOS	47
5 DISCUSSÃO.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	72
APÊNDICE A: Protocolo de Entrevista.....	73
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
ANEXOS	76
ANEXO A: Escala de Crenças e Práticas Parentais e Cuidados (ECPPC)	77
ANEXO B: Parecer consubstanciado do CEP.....	80

APRESENTAÇÃO

Ainda na Graduação em Psicologia, em São Luis, Maranhão, no ano de 2007, iniciei meu estágio em Psicologia Hospitalar no Hospital Infantil Dr. Juvêncio Matos em que tive meu primeiro contato com as crianças e suas famílias. Me apaixonei por esta realidade e com as inúmeras possibilidades que advinham daí. Em 2009, mesmo ano que me graduei, comecei um estágio em um hospital de referência em oncologia no Maranhão, o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB) onde realizei o meu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Estudo do impacto emocional em cuidadores de crianças com leucemia no momento do diagnóstico: o papel do psicólogo”. O tema surgiu a partir do interesse que o impacto emocional causado pelo diagnóstico de câncer poderia causar nos cuidadores, pais, mães e responsáveis da criança com leucemia.

Ao chegar em Botucatu, estado de São Paulo, no Hospital das Clínicas, participei do Programa de Aprendizagem e Treinamento (PRAT), que configurava um estágio na área hospitalar para profissionais já formados. A área a mim designada foi a pediatria.

Lembro-me, carinhosamente, que me envolvi no trabalho com crianças e seus pais em um dos ambulatórios, o de *Follow-up* da UTI Neonatal, acompanhando e avaliando o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo através da escala *Bayley Scales of Infant Development II* (BSID-II) BAYLEY (1993). Foi minha primeira experiência com bebês pré-termo de muito baixo peso. Com o passar do estágio foi crescendo o interesse em compreender o que acontecia nas relações parentais com estas crianças prematuras que de alguma forma influenciava seus comportamentos e, conseqüentemente, seu desenvolvimento. Optei por desenvolver um estudo com o objetivo de avaliar, compreender, investigar e acompanhar os pais e/ou cuidadores de bebês pré-termo de muito baixo peso como forma de conhecer de que maneira as práticas educativas influenciam no comportamento das crianças

nascidas pré-termo de muito baixo peso. No presente trabalho continuo investigando a temática.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho encontra-se organizado em cinco tópicos temáticos. No primeiro é discutido sobre o desenvolvimento infantil e seus fatores de risco e proteção. No segundo tópico a prematuridade e muito baixo peso são abordados como fatores de risco para o desenvolvimento da criança. No terceiro, práticas educativas e crenças sobre desenvolvimento infantil e como podem ser fatores de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil. No quarto são abordados os problemas de comportamento e, no quinto analisam-se estudos sobre problemas de comportamento e práticas educativas.

O que justifica a elaboração deste estudo é que, nas últimas décadas, em decorrência de avanços significativos na área da Neonatologia, têm aumentado o índice de sobrevivência dos bebês nascidos prematuros e com muito baixo peso. Além dos cuidados pós-alta, destaca-se a importância de mais investigações quanto aos aspectos comportamentais das crianças nascidas prematuras, a médio e longo prazo e, associadas a eles, o estudo das influências das crenças e práticas parentais. Os estudos encontrados apontam para práticas inadequadas de pais de crianças nascidas prematuras, porém, os estudos sobre problemas de comportamento desta população são, ainda, inconclusivos.

2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

A infância é uma etapa em que o sujeito passa a ter contato com o mundo externo sendo exposto a diversos e contínuos eventos estressores (CARVALHO, 2000). Newcombe (1999) analisou as mudanças orgânicas durante a infância e constatou que estão presentes influências do contexto ambiental tanto quanto influências das diferenças individuais. Fatores biológicos, psicológicos e sociais atuam em conjunto desde a concepção, estando presentes no ambiente em que o indivíduo está inserido, influenciando-o diretamente podendo levá-lo, ou não, a um desenvolvimento saudável (OLIVEIRA, 1998; YUNES; SYMANSKI, 2001).

Os primeiros anos de vida de um bebê são decisivos para seu desenvolvimento e formação, pois, são permeados por fases críticas que podem contribuir para aquisição de comportamentos e atitudes em diferentes contextos sociais. Nesse percurso, algumas mudanças ocorrem em suas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas (RIBEIRO, 2010).

Uma das primeiras fases críticas pela qual o bebê passa é a sua concepção. Nesse período já podem estar presentes fatores de risco biológico, incluindo fatores genéticos como anormalidades cromossômicas e doenças metabólicas. Fatores presentes no período peri natal também podem alterar o curso do seu desenvolvimento, como a prematuridade, baixo peso, hemorragia intracraniana, asfixia neonatal grave e mal-formações congênitas. Os fatores de risco psicossociais, por sua vez, correspondem à história parental de desordens emocionais e funcionamento desadaptado, conflitos familiares, bem como presença de eventos estressores, como morte, separação, divórcio, hospitalizações (KOPP; KALLER, 1989; RODRIGUES; MELLO; FONSECA, 2006). Estes fatores podem aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver uma desordem quando exposto a ela, podendo vivenciar efeitos indesejáveis no seu desenvolvimento. Alguns destes efeitos podem ter relação com a dificuldade dos

indivíduos lidarem com ambientes hostis, levando-os a respostas mal adaptativas ou favorecer condições que aumentem a probabilidade de o indivíduo desenvolver problemas de comportamento, como os de internalização (ansiedade, depressão, medo, falta de apetite) e de externalização (agressão, transgressão, problemas de comportamento, entre outros) (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Mesmo quando os fatores de risco acima apontados não atuam diretamente na trajetória de desenvolvimento da criança, ou seja, não implicam em efeitos imediatos significativos, eles criam uma condição de vulnerabilidade, que torna a criança suscetível e propensa à apresentação de sintomas e doenças (OLIVEIRA, 1998).

Carvalho (2000) aponta como fatores de vulnerabilidade: prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. Entre os fatores, a prematuridade associada ao muito baixo peso ao nascer torna a criança potencialmente vulnerável, o que pode, ainda, ser acrescido de condições psicossociais desfavoráveis, ou seja, a possibilidade de nascerem de famílias com desvantagens socioeconômicas, filhos de mães muito jovens, solteiras e pobres ou que tenham vindo de famílias desestruturadas com pais com desordens afetivas e mentais (HAGGERTY et al. citado por SANTOS; PACHECO, 2012).

Entretanto, verifica-se que, mesmo diante dos mesmos eventos estressores e dos mesmos fatores adversos, podem ocorrer diferenças individuais nas trajetórias de desenvolvimento, já que alguns indivíduos apresentam um padrão de desenvolvimento mais adequado do que outros (LINHARES, 2004; YUNES; SYMANSKI, 2001). Essas diferenças devem ser compreendidas buscando-se observar os fatores que realmente produzem efeitos adversos e, também, aqueles capazes de neutralizar ou amenizar tais efeitos.

Os eventos capazes de alterar e melhorar um padrões de comportamentos diante de eventos adversos são chamados de fatores de proteção. São recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto dos efeitos negativos dos riscos ambientais presentes, permitindo o desenvolvimento adequado mesmo quando o indivíduo é exposto a adversidades (CARVALHO, 2000; SILVA, 2003).

Os fatores de risco e de proteção atuam de maneira interdependentes e dinâmicos, sendo que, para alguns indivíduos, essa interação pode resultar em um desenvolvimento psicológico e comportamental bem adaptado. Silva (2003) pontua a resiliência como um fenômeno que representa a capacidade do indivíduo enfrentar e superar as adversidades, de responder de forma positiva às situações adversas, por meio do manejo de recursos pessoais e contextuais.

Entre os possíveis fatores de risco na infância, a prematuridade (idade gestacional abaixo de 37 semanas) e o baixo peso ao nascer (peso de nascimento igual ou inferior a 1.500g) destacam-se na literatura como fatores de risco biológico ao desenvolvimento e à aprendizagem da criança. Fatores de risco biológicos, se associados a variáveis ambientais como desemprego dos pais, falta de higiene e falta de cuidados essenciais podem incrementar efeitos indesejáveis no desenvolvimento. Por outro lado, pais afetivos, presentes, com boas práticas educativas e que oferecem cuidados de qualidade aos seus filhos, mesmo na presença de desemprego, condição financeira desfavorável podem ser fatores de proteção ao desenvolvimento de sua prole (LAUCHT; ESSER; SCHMIDT, 1997).

Assim, o baixo peso ao nascimento é condição de vulnerabilidade da população infantil, pois quanto menor o peso maior a probabilidade de ocorrência de morbidade na infância. Portanto, a alta incidência do baixo peso ao nascer e da prematuridade constitui-se problema de saúde pública para muitos países, estando presente naqueles de condições socioeconômicas menos favorecidas, como é o caso do Brasil (WEISS; FUJINAGA, 2007).

2.1 Prematuridade e muito baixo peso: fatores de risco para o desenvolvimento da criança

No século passado, a prematuridade era vista como um fato da vida, que não se podia prever nem tão pouco evitar. Os esforços da medicina e de pesquisadores eram focados na redução de consequências negativas da prematuridade e não na prevenção. Portanto, havia uma ocorrência de melhores resultados de problemas perinatais o que não deixava de implicar em fonte geradora de sofrimento para as crianças e suas famílias (SILVA, 2012).

O conceito de prematuridade vem sofrendo importantes transformações ao longo do tempo. Foi apresentado em 1919, por Ylpoo e, posteriormente, adotado pela Academia Americana de Pediatria, que designava “pré-termo” as crianças nascidas com menos de 2.500g sem levar em consideração a idade gestacional. Já a Organização Mundial da Saúde, em 1972, conceituou o prematuro como o bebê nascido entre 20 e 37 semanas gestacional, desconsiderando seu peso (ALMEIDA, 2003).

A partir de 1991, além da idade gestacional, a prematuridade passou ser subdividida também em função do peso, considerando os bebês nascidos pré-termo como aqueles com peso abaixo de 2500g. Os recém-nascidos muito baixo peso são aqueles que pesam abaixo de 1500g e, recém-nascidos extremamente baixo peso, são os que pesam abaixo de 1000g (BECKWITH; RODNING, 1991 citado por LINHARES et al., 2000; MARGOTTO, 1995).

Investigações feitas comparando crianças nascidas pré-termo com muito baixo peso com crianças nascidas a termo e com peso igual ou superior a 2.500g, mostraram que as crianças prematuras são mais propensas a apresentar: deficiências cognitivas, problemas de desempenho e aprendizagem escolar, dificuldades e problemas de comportamento, além de problemas de desenvolvimento físico. Verifica-se, ainda, que quanto mais baixo o peso no

nascimento, mais dificuldades ocorrem no curso do desenvolvimento (WERNER, 1986; BRADLEY et al., 1994; LAUCHT; ESSER; SCHMIDT, 1997; LINHARES et al., 2000; LINHARES, 2003; PINTO, 2009). Crianças pré-termo (PT), que apresentam comportamentos interativos, intrusivos e distantes apresentam maiores problemas de comportamento do que crianças nascidas a termo, as quais apresentam-se mais responsivas e colaborativas (FORCADA-GUEX et al., 2006).

A prematuridade também está associada a 61,4% das causas de mortalidade neonatal, junto ao sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. Este dado nos permite compreender que o bebê pré-termo tem um alto índice nos óbitos infantis e, portanto, torna-se necessário sua profilaxia com intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade (VICTORA, 2001). Conforme a Organização Mundial da Saúde/OMS, citado pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (2007) ocorreram 2.917.432 nascimentos no país em 2008. Destas crianças, 194.071 nasceram pré-termo, sendo que 21.032 eram de muito baixo peso.

Outras causas de mortalidade de bebês prematuros são: restrição de crescimento intrauterino, problemas no aparelho reprodutor feminino, emergências cirúrgicas, resultado do APGAR menor que cinco, anomalias congênitas, emergências cirúrgicas entre outras (SILVEIRA et al., 2008; NUNES, 2013).

Os bebês prematuros podem apresentar mais ou menos danos clínicos e neurológicos interferindo em sua sobrevivência, qualidade e condições de vida no 1º ano pós o nascimento, devido a imaturidade do organismo como um todo (NUNES, 2013).

Embora o avanço na área de neonatologia, nas últimas décadas, tenha ampliado a sobrevivência de bebês prematuros com muito baixo peso, as perspectivas dos programas de acompanhamento e de prevenção dirigidos à criança e à família ainda são incipientes. Grandes são as preocupações com relação ao desenvolvimento dessas crianças nos primeiros

anos de vida, pela grande possibilidade de alterações que podem ocorrer (NOBRE et al., 2009).

Os três anos iniciais do desenvolvimento é uma fase em que ocorrem muitas aquisições, como a linguagem, a motricidade, o desenvolvimento cognitivo e outras habilidades comportamentais. Tais aquisições são consideradas requisitos importantes para o desenvolvimento cognitivo e aprendizagem posterior (CARVALHO, 2000).

Sendo assim, nota-se esforços das equipes multidisciplinares que atuam com esta população, uma vez que têm passado a trabalhar com os cuidados voltados para a saúde dessas crianças e verificar quais as melhores perspectivas para o seu desenvolvimento. A utilização de recursos terapêuticos e educacionais podem resultar em menor prejuízo nas dificuldades das crianças prematuras (LINHARES, 2004; NOBRE et al., 2009).

Pesquisas tem sido conduzidas para avaliar os efeitos da prematuridade em diversas etapas do desenvolvimento. Linhares et al. (2000), Lopes et al. (2009), Nobre et al. (2009), Campos (2011) e Rodrigues e Bolsoni-Silva (2011) têm conduzido estudos com o objetivo de avaliar os efeitos do baixo peso e prematuridade em crianças com essas condições comparando-as com grupos de crianças nascidas a termo.

Com o objetivo de avaliar indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas com alto risco, Nobre et al. (2009) realizaram um estudo com 30 crianças nascidas pré-termo (< 37 semanas de idade gestacional) e muito baixo peso ($\leq 1.500\text{g}$), de ambos os sexos, em um hospital universitário brasileiro. O desenvolvimento infantil foi avaliado por meio do Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II, nos intervalos de idade de cinco a sete e de 10 a 14 meses de idade corrigida. Verificou-se que 20% das crianças apresentavam risco para o desenvolvimento na faixa etária de cinco a sete meses e 27% dos 10 aos 14 meses. Na comparação longitudinal observou-se que as crianças de 10 a 14 meses apresentavam maior

risco para o desenvolvimento da linguagem em comparação às crianças mais novas, na faixa etária de cinco a sete meses.

Partindo do pressuposto de que uma maior porcentagem de bebês com baixa idade gestacional tem a possibilidade de apresentar sequelas, várias pesquisas foram desenvolvidas para avaliar o desenvolvimento dessas crianças a curto e longo prazo (VERRIPS, 2008; GANDRA, 2002; CARVALHO, 2000). Estes estudos procuraram verificar áreas específicas do desenvolvimento dessa população, como o desenvolvimento cognitivo, a aprendizagem escolar e o comportamento e, também, variáveis do ambiente familiar onde a criança está inserida e as condições adversas do nascimento, relacionando com a condição de prematuridade e baixo peso.

Em um estudo retrospectivo, Resegue, Puccini e Silva (2008) analisaram a associação entre fatores de risco para o atraso de desenvolvimento e as alterações observadas em crianças nascidas pré-termo acompanhadas ambulatorialmente. O referido estudo aponta para forte associação entre baixo peso com intercorrências neonatais e dificuldades de desenvolvimento. Os autores concluem que importância que deve ser dada ao desenvolvimento das crianças nascidas com baixo peso e com histórias de intercorrências neonatais, servindo estes de marcadores importantes para definir o acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças.

Além de condições da própria criança, como a prematuridade, condições sociodemográficas, práticas educativa parentais e as crenças que os pais tem sobre desenvolvimento infantil também podem determinar o desenvolvimento das crianças.

2.2 Práticas educativas parentais e crenças sobre desenvolvimento infantil

A criança passa por um período de dependência e imaturidade o que a faz necessitar de atenção, cuidados e presença de um adulto, possibilitando e garantindo um desenvolvimento adequado (KELLER, 2007). Entretanto, a forma como os pais exercem esses cuidados podem variar conforme o ambiente, a cultura que a família está inserida e as crenças que permeiam estas práticas (KELLER, 2007).

Silva (2000) refere que as práticas parentais compreendem os comportamentos que os pais utilizam para interagir e educar seus filhos, possibilitando ganhos de comportamentos socialmente adequados ou inadequados. Comportamentos inadequados são definidos pelas autoras como déficits ou comportamentos em excesso que podem prejudicar a convivência da criança com pares e adultos ao seu redor. Bolsoni-Silva e Marturano (2007) e Keller (2007) apontam que as relações parentais de natureza social, tem implicações e trazem consequências para o desenvolvimento da criança.

Houzell (2004) comenta que a parentalidade abarca aspectos da realidade psíquica de cada um dos pais e sugere três eixos para definir o processo de formação do lugar parental. O primeiro diz respeito ao exercício da parentalidade, isto é, na função que os pais têm de transmitir os laços de parentesco e de valores de um grupo. O segundo eixo abarca as mudanças psíquicas que os pais passam na transição para serem efetivamente cuidadores, isto é, durante a gestação ou o que simboliza ela. O terceiro eixo engloba os cuidados parentais e as interações afetivas entre pais e filhos.

O comportamento parental é aquele estabelecido com a criança desde sua concepção até sua vida adulta. Pesquisas investigam se as praticas parentais podem influenciar no conjunto das relações vividas na infância e trazer efeitos que podem abarcar as

esferas sociais, cognitivas, emocionais e serem o suporte para relações sucedidas no futuro entre os pares (RAVER, 1996; KOBARG; SACHENTTI; VIEIRA, 2006).

Keller (2007) justifica a importância da investigação das práticas parentais na fase inicial do desenvolvimento, uma vez que os resultados obtidos poderão embasar intervenções precoces visando à promoção do desenvolvimento da criança e da família como um todo. Nesse sentido, trabalhar com relações iniciais cuidador-criança pode ser uma forma de atuar na prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento, pois os padrões de relação ainda estão em fase de estabelecimento.

Os autores que estudam esse tema assumem que o comportamento dos pais não ocorre ao acaso, mas é fundamentado em ideias e crenças organizadas, subjacentes ao comportamento diário presente na forma de lidar com os filhos (KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006). As práticas educativas ou parentais são entendidas, então, como um conjunto de pensamentos que estão envolvidos nas atividades da vida diária, nos valores, julgamentos e formas de escolhas que os pais tomam como exemplos ou modelos para ações (MACARINI et al., 2010).

As práticas parentais podem ser divididas em duas classes: práticas indutivas e as práticas coercitivas. A indutiva caracteriza-se por atingir o objetivo disciplinar mostrando para a criança as consequências que o seu comportamento pode acarretar para pessoas e situações. Isso favorece para a criança compreender quais as implicações de suas ações e o porquê das mudanças no seu comportamento (NEWCOMBE, 1999).

As práticas educativas podem também serem denominadas como positivas e negativas, segundo estudo de Gomide (2006). As práticas positivas incluem monitoria positiva (que envolve, por exemplo, o uso adequado da atenção e a distribuição de privilégios) e o comportamento moral (que implica em promover condições favoráveis ao desenvolvimento das virtudes, tais como empatia, senso justiça, honestidade entre outros).

Patterson, Reid e Dishion (2002, citado por BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008) afirmam que práticas parentais positivas podem evitar o surgimento e/ou a manutenção de dificuldades de interação estabelecida entre pais e filhos e, por outro lado, as negativas podem aumentar a probabilidade de sua ocorrência.

Entre as práticas educativas negativas há a negligência que acontece quando os pais ausentam-se das obrigações e não estão atentos às necessidades de seus filhos, ou quando não há interação familiar de afeto e amor. A falta de atenção e empatia com a criança podem desencadear sentimentos de insegurança e eventual hostilidade e agressão em relacionamentos sociais (GOMIDE, 2005).

No estudo de Alvarenga e Piccinini (2001) foram investigadas as diferenças entre as práticas educativas relatadas por mães de crianças com e sem problemas de comportamento envolvendo externalização (grupo clínico e grupo não-clínico, respectivamente). Participaram do estudo 30 díades mãe-criança, de nível socioeconômico baixo e médio-baixo. As crianças eram de ambos os sexos e tinham entre cinco e seis anos de idade. As díades foram designadas aos grupos clínico e não-clínico com base na pontuação da criança no Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência - CBCL. As mães responderam a uma entrevista sobre práticas educativas envolvendo situações estruturadas e espontâneas. Análise de conteúdo das entrevistas, relacionada às situações estruturadas, mostrou que as mães do grupo clínico mencionaram práticas coercitivas com uma frequência significativamente maior do que as mães do grupo não-clínico. A mesma tendência, embora não significativa, apareceu para as situações espontâneas.

Martins et al. (2011) realizaram um estudo sobre as crenças e práticas realizadas por mães de seis capitais brasileiras, comparadas com cidades pequenas, cujo número populacional era até 24.000 habitantes, caracterizadas por serem parecidas com as sociedades tradicionais. Foi possível identificar que as mães das cidades pequenas relataram realizar e

atribuíram maior importância aos cuidados primários do que as mães das capitais. Isso foi parcialmente confirmado por que o valor dado a estas práticas não mudou entre os contextos mesmo as mães das cidades pequenas afirmando que realizavam mais práticas de cuidados primários do que as das capitais. Os autores ainda afirmaram que as mães das capitais davam maior importância e afirmavam que realizavam com maior frequência as práticas de estimulação. Portanto, à medida que as famílias passam a ter acesso à educação formal são mais expostas a informações sobre práticas parentais e desenvolvimento de suas crianças e, valores e crenças sobre como filhos devem ser educados passam e ser disseminados em diferentes contextos.

Darling e Steinberg (1993, citado por MACARINI et al., 2010) referiram que, para compreender os efeitos das práticas parentais no desenvolvimento, é necessário entender a rotina familiar, como a família é composta, a classe social em que está inserida, sua cultura, bem como as condições físicas em que vivem. Keller (2002) criou um modelo de análise da parentalidade que buscou integrar as diferentes facetas desse fenômeno e, a partir dele, elaborou uma escala de avaliação do comportamento parental para a faixa etária de zero a três anos. Martins et al. (2010), retomaram a escala proposta por Keller (2002; 2007) e adaptaram e validaram para o contexto brasileiro resultando na Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (ECPPC).

Com relação às crianças nascidas pré-termo, há poucos estudos recentes relacionando as práticas educativas e a condição de nascimento. Bradley et al. (1994, citado por CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001), revendo as pesquisas sobre as práticas de cuidados parentais de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, referem que tanto o suporte socioemocional (responsividade, aceitação e atenção dos pais), quanto à estimulação cognitiva dentro do ambiente familiar (envolvimento dos pais no processo de aprendizagem

da criança) estavam associados com melhores resultados no crescimento e desenvolvimento da criança.

As intervenções primárias precoces tem se mostrado eficazes através de programas de intervenção, com orientação aos pais de bebês nascidos prematuros, pois há forte evidência de que aspectos do ambiente físico e os cuidados endereçados a criança exercem um efeito de maior envolvimento dos pais com seus filhos (MELNYK et al., 2006). Tais programas possibilitam a reflexão sobre as crenças acerca do desenvolvimento infantil resultando em práticas educativas mais efetivas que podem evitar o aparecimento de problemas de comportamento em fases posteriores da vida.

A literatura aponta uma ligação entre práticas educativas negativas e comportamento antissocial dos filhos, à medida que as famílias estimulam estes comportamentos por meio de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, pouco monitoramento e supervisão insuficiente das atividades da criança. Os pais tendem a ser não contingentes no uso de reforçamento positivo para comportamentos pró-sociais (ignorando-os ou respondendo de forma inapropriada) e empregam frequentemente punições para comportamentos socialmente desviantes. Conseqüentemente, comportamentos coercitivos são diretamente reforçados pelos membros da família, levando a criança a utilizá-los, possivelmente, para sobreviver neste sistema social aversivo (GOMIDE, 2006).

Pesquisas com crianças vivendo em situação de risco observaram que ambientes familiares adversos e práticas parentais inadequadas tem estreita relação com problemas de comportamento da criança (ACKERMAN; BROWN; IZARD, 2003; SCHOPPE; MANGELSDORF; FROSCH, 2001). Assim, as práticas educativas têm sido objeto de investigação, pois são importantes preditores para o desenvolvimento e comportamento infantil (WEBER et al., 2006).

2.3 Problemas de Comportamento

O comportamento social, segundo Skinner (2000) é conceituado como o comportamento onde duas ou mais pessoas se relacionam com uma terceira ou com um conjunto de pessoas em um mesmo ambiente. O comportamento social da criança é, em grande parte, aprendido entre os pares, mas a influência da interação dos pais com os filhos tem sido apontada como o principal fator de desenvolvimento do comportamento social infantil. Durante os primeiros anos de vida, a criança vivencia uma série de experiências no seu ambiente (familiar e escolar) que favorecem o desenvolvimento de competência interpessoal ou problemas de comportamento (BANDEIRA et al., 2006; PINHEIRO et al., 2006).

Para Bolsoni-Silva e Marturano (2007) os problemas de comportamento referem-se aos excessos ou aos déficits comportamentais que prejudicam, não só o próprio indivíduo que os apresenta, mas, também, a interação da criança com as demais pessoas que convive no cotidiano, os pares de idade cronológica ou adultos. Esses problemas comportamentais são classificados em dois grandes grupos: os internalizantes, e os externalizantes. Os internalizantes se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo prejudicando somente ele (preocupação excessiva, retraimento social, tristeza, timidez, insegurança e medos). Os externalizantes se expressam predominantemente em relação a outras pessoas, prejudicando-as e, sendo marcados pela impulsividade, agressividade física e/ou verbal, agitação, comportamentos provocativos e condutas antissociais, como mentir e roubar (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005; PACHECO; HUTZ, 2009). Nos dois casos são repertórios comportamentais que dificultam a expansão de comportamentos de desenvolvimento sadio por dificultar o acesso a contingências de

reforçamento (BOLSONI-SILVA et al., 2006). Por exemplo, no caso de um comportamento internalizante como a timidez, a criança pode evitar uma interação com seus pares ou adultos e perder a oportunidade de aprendizagem de novos comportamentos. Por outro lado, se apresentar comportamento externalizante como a agressividade acaba gerando conflitos e, como resultado são excluídos pelos adultos ou pelos próprios pares, de situações de novas aprendizagens. (PACHECO; HUTZ, 2009).

Entre os instrumentos que têm sido utilizados para avaliar sintomas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes o mais citado é o *Child Behavior Checklist*, mais conhecido como CBCL (DUARTE; BORDIN, 2000). O CBCL apresenta-se em duas versões: uma para crianças de 1 1/2 a 5 anos e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos e tem como objetivo avaliar o grau de competência social e a presença e intensidade de problemas comportamentais de crianças e adolescentes (ACHENBACH; RESCORLA, 2000; WIELEWICKI; GALLO; GROSSI, 2011). Ele possibilita a classificação dos problemas de comportamento em externalizantes e internalizantes, de acordo com a frequência dos relatos ante os diferentes tipos de problemas (ACHENBACH; RESCORLA, 2000).

Com o objetivo de caracterizar o perfil de uma população infantil pré-escolar foi utilizado o CBCL (Child Behavior Checklist), nas versões 1½ a 5 anos e de 6 a 18 anos por Moura, Marinho-Casanova, Meurer e Campana (2008). Eles constataram que entre os 103 crianças avaliadas 91% foram consideradas ‘clínicas’. Observaram ainda, que 71% das crianças obtiveram escores clínicos em ambos os perfis, internalizante (32%) e externalizante (68%); 11% obtiveram escores clínicos apenas no perfil externalizante e, 9% apenas no perfil internalizante. As categorias de escores mais altos no CBCL foram: “comportamento agressivo” para ambos as versões (69,5% e 71,4% respectivamente); “ansiedade e depressão” (66%), e “emocionalmente reativo” (65,6%) para versão 1½ a 5 e “problemas somáticos” (58,8%) para versão 4 a 18 anos .

Fontes Neto (2005) avaliou o perfil sociocomportamental de crianças portadoras de dermatite atópica (DA) e comparou com crianças sem a doença, utilizando o CBCL. O autor encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos nas dimensões internalizantes e externalizantes. As crianças portadoras de DA mostraram mais sintomas relacionados com a ansiedade, depressão, alterações do pensamento e comportamento agressivo quando comparadas ao grupo controle.

2.4 Problemas de comportamento e práticas educativas

Pesquisas têm apontado que os problemas de comportamento infantil estão direta e/ou indiretamente relacionados a déficits nas práticas educativas parentais. Um fator de risco significativo para o desenvolvimento de comportamentos indesejados está relacionado à exposição a modelos agressivos ou inconsistentes, que são reforçados positiva e negativamente, durante as primeiras relações sociais (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; OISHI, 2003).

Um estudo desenvolvido por Bolsoni-Silva; Del Prette; Oishi (2003) investigou as práticas educativas de 60 pais de crianças de seis anos de idade divididas em dois grupos: com e sem problemas de comportamento na escola. Os resultados apontaram que, quanto às habilidades sociais dos pais, aqueles do grupo sem problemas de comportamento expressavam sentimentos negativos com menor frequência (10%) que o grupo com problemas de comportamento (26%), sugerindo uma interação pais-filhos mais positiva para o primeiro grupo.

Anselmi et al. (2004) ; Moura et al. (2008) destacam a importância dos anos pré-escolares como período crítico para intervenções junto a problemas de comportamento. Os autores destacam que nesta faixa etária (dois aos seis anos) os repertórios comportamentais

ainda não estão devidamente fortalecidos. Nestes casos, a orientação aos pais mostra-se uma alternativa mais efetiva que a psicoterapia com a criança, já que os problemas podem ser superados a partir do adequado manejo do ambiente e de práticas familiares de educação às crianças.

Uma das questões presentes nas práticas educativas de pais de crianças nascidas prematuras pode ser a superproteção parental, que pode levar a criança a ter dificuldades para administrar os estímulos próprios da vida e adquirir autonomia, possibilitando o aparecimento de problemas comportamentais (DEZOETE; MACARTHUR; TUCK, 2003; MORSCH; ABREU, 2008). Os autores alertam que as condições familiares podem ser mais preditoras do desenvolvimento do que o próprio nascimento prematuro.

Todavia, conforme destaca Oliveira (1998), os problemas de desenvolvimento ou os padrões de comportamento inadequados dificilmente podem ser explicados mediante análise de um único fator de risco isoladamente, pois as condições de risco tendem a ser multidimensionais. Considerando a situação de múltiplo risco para o desenvolvimento, alguns estudos têm focalizado a associação entre a prematuridade e o muito baixo peso ao nascimento como um fator que também pode resultar em problemas de comportamento (FIGUEIRAS et al., 2005; FRAGA et al., 2008).

Entretanto, os estudos de Stoelhorst et al. (2003) que investigaram o comportamento de crianças nascidas prematuras (< 32 semanas de gestação) aos dois anos de idade, utilizando o CBCL (*Child Behavior Checklist*) observaram taxas de prevalência de problemas de comportamento (9%) que eram semelhantes a encontrada na população em geral (10%).

Gray; Indurkha; McCormick (2004) após a avaliação do comportamento de 869 crianças nascidas pré-termo e com peso abaixo de 2.500g, aos três, cinco e oito anos de idade, por meio da escala CBCL (*Child Behavior Checklist*) encontraram uma prevalência de

problemas de comportamento duas vezes maior que o esperado para a população de crianças em geral, sendo que esses problemas de comportamento se mostraram estáveis ao longo do tempo. Bhutta et al. (2002), em um estudo de revisão feito sobre 227 estudos com crianças nascidas prematuras encontrou que apenas 16 apresentavam pesquisas relacionadas a problemas de comportamento. Destes, 81% indicavam a existência de problemas de comportamento externalizante e internalizante e prevaleciam, também, os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Laucht, Esser e Schmidt (1997) relatam que os contatos entre mãe e criança têm efeito significativo em bebês que nasceram com grande risco biológico acarretando, portanto em modificações do impacto que a prematuridade pode levar ao desenvolvimento posterior do bebê. Estes mesmos autores avaliaram a interação entre mães e crianças com baixo peso, muito baixo peso e crianças a termo e o desenvolvimento dos dois aos quatro anos e meio e aos oito anos. As crianças nascidas com baixo peso e a termo apresentaram menos problemas de comportamento do que as crianças com muito baixo peso independente da interação com as mães. Entretanto, aos oito anos, bebês que haviam nascido com muito baixo peso que as mães não tinham apresentado comportamentos de responsividade e interação com os filhos aos três meses de idade, apresentavam mais problemas de comportamento internalizantes. Porém, as crianças nascidas com muito baixo peso, filhos de mães que tiveram mais sensibilidade e foram mais responsivas com elas, tiveram menos problemas de comportamento.

3 MÉTODO

3.1 Participantes:

Participaram da amostra 56 crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 43 meses, distribuídas em dois grupos. O *Grupo Pré Termo* (GPT) foi constituído por 28 crianças nascidas pré-termo (≤ 37 semanas de idade gestacional) de baixo peso (≤ 1.500 g) e, o *Grupo à Termo* (GAT), por 28 crianças nascidas a termo (38 a 42 semanas de idade gestacional) com peso de nascimento igual ou superior a 2.500g.

O GPT foi formado por crianças nascidas pré-termo que faziam seguimento no Ambulatório de *Follow-Up* da UTI Neonatal, cujas mães e/ou cuidadoras aceitaram participar do estudo. O GAT, por sua vez, foi formado por crianças a termo que eram atendidas no Centro de Saúde Escola (CSE), cujas mães e/ou cuidadoras aceitaram participar da pesquisa.

Do GPT as mães tinham entre 18 e 37 anos (Média = 30,7; MED = 29 anos; DP = 10,46). Do GAT as mães tinham entre 22 e 44 anos (Média = 32,3; MED = 33 anos; DP = 5,27). Quanto à escolaridade prevaleceu, nos dois grupos o Ensino Médio Completo (EMC) todavia, mais alto para o GAT (60,7%) do que para o GPT (35,7%). Das participantes, 60,8% do GAT trabalhavam fora enquanto 35,9% das do GPT o faziam. Análises estatísticas não encontraram diferenças significativas entre os grupos em idade ($p=0,268$; DP=12,07) e com relação ao fato de trabalharem fora ($p=0,110$), mas em escolaridade a diferença foi significativa ($p=0,050$), mais alta para as mães do GAT. A Tabela 1 apresenta os dados referentes às mães.

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas das mães do GPT e do GAT.

Informações		GPT n=28		GAT n=28	
Idade	n	%	N	%	
18 a 25	12	42,8	03	10,7	
26 a 32	08	28,5	10	35,7	
33 ou mais	07	24,9	15	53,5	
Sem mais informações	01	3,8	-	-	
Escolaridade					
EFI	5	17,8	2	7,1	
EFC	8	28,5	2	7,1	
EMC	10	35,7	17	60,7	
ESC	4	14,2	4	18	
Sem mais informações	01	3,8	2	7,1	
Trabalha					
Sim	09	32,1	17	60,8	
Não	18	64,1	11	39,2	
Sem informação	01	3,8	-	-	

Fonte: Própria autora

A Tabela 2 apresenta os dados referentes aos bebês. Foram excluídas da amostra crianças com alterações neurológicas, genéticas, metabólicas, sinais de transtorno invasivo ou deficiência mental. Quanto ao sexo às crianças do GPT e do GAT eram equivalentes ($p=0,449$). Entre os bebês do GPT a idade média foi de 29,6 meses e entre os bebês do GAT foi de 32,1 meses, sem diferença estatística entre os grupos ($p=0,111$). A idade gestacional do GPT variou 22 a 36 semanas, com média de 29 semanas e no GAT variou de 37 a 42 semanas com média de 38 semanas. No GPT o peso ao nascer variou de 575g a 1480g, com peso médio 990,5g e no GAT o peso variou de 1910g a 4970g, com peso médio de 3,300g.

Tabela 2: Descrição das características sociodemográficas e de saúde dos bebês dos dois grupos.

Informações	Grupo Pré-termo n=28		Grupo a termo n=28	
	N	%	N	%
Sexo				
Meninos	12	42,8	15	53,5
Meninas	16	57,1	13	46,5
Idade do bebê				
22 a 26	07	25,2	05	17,8
27 a 30	16	57,1	08	28,6
31 ou mais	04	14,2	15	53,7
Sem informação	01	3,5	-	-
Peso				
575 a 1001	15	53,5	0	0
1002 a 2500	13	46,5	1	4
2501 ou mais	0	0	27	96

Fonte: Própria autora

3.2 Instrumentos e materiais

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes materiais:

3.2.1. Para caracterização da amostra do GPT

a) Protocolo de Entrevista com a mãe (ou cuidadora)

Foi elaborado para este estudo um protocolo de entrevista para obtenção de dados sobre: 1) características sociodemográficas da família (composição e renda familiar, nível de escolaridade dos pais e profissão) e, 2) tipos de acompanhamento terapêutico após alta hospitalar (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) e frequência ao mesmo; frequência em creche ou escola infantil;

b) Prontuários médicos das crianças.

O prontuário médico da criança, que registra sua história enquanto paciente do hospital, foi utilizado para obtenção de dados sobre as variáveis neonatais dos bebês, como idade gestacional (em semanas) e peso ao nascimento (em gramas).

3.2.2 Para a coleta de dados

a) Os dados sobre problemas de comportamento foram obtidos a partir do *Inventário de Comportamento para as Idades 1½ - 5 anos /Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5 (CBCL)* (ACHENBACH; RESCORLA, 2000, com tradução brasileira de SANTA MARIA-MENGEL; LINHARES, 2003). O CBCL é um instrumento que visa avaliar problemas de comportamento em crianças de um ano e meio a cinco anos de idade, através do relato dos cuidadores. Esse inventário contém 100 itens que descrevem comportamentos a partir da presença ou ausência na vida da criança. O informante deve classificar sua resposta da seguinte maneira: 0 = item falso ou comportamento ausente; 1 = item parcialmente verdadeiro ou comportamento presente às vezes; e 2 = item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente. O escore bruto consiste na somatória da pontuação de todos os itens e os resultados são obtidos em termos de escore T, que é um escore padronizado de acordo com o sexo e a idade da criança, com base na população americana. Estes escores determinam categorias: Não clínica (escore T abaixo ou igual a 60), *Borderline* (T escore entre 60 e 63) e Clínica (escore T igual ou superior a 64), para as escalas comportamentais do CBCL 1½ - 5. Os escores fornecem um perfil comportamental da criança, podendo apresentar escores em Problemas Totais e nos Eixos Internalizantes e Externalizantes, separadamente. É constituído de sete escalas de síndromes: Reação emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Retraimento, Problemas de sono,

Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo. O inventário também fornece um perfil segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV): Problemas afetivos, Problemas de ansiedade, Problemas desenvolvimentais invasivos, Déficit de atenção/ Problemas de Hiperatividade e problemas oposicionais desafiantes. Apesar do CBCL não possuir uma padronização brasileira, um estudo realizado com 120 crianças de seis a 44 meses de idade, provenientes de uma unidade de Programa de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto – SP, encontraram índices de problemas de comportamento semelhantes aos encontrados em estudos internacionais, podendo contribuir para os achados do presente estudo (SANTA MARIA-MENGEL, 2007).

b) As práticas parentais e as crenças sobre desenvolvimento foram avaliadas com a *Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado* (E-CPPC) na primeira infância que foi construída e validada por Martins et al. (2010), a partir do proposto por Keller (2002; 2007). A escala permite compreender a parentalidade que tem por objetivo as práticas de cuidado utilizadas por pais de crianças de até três anos de idade, bem como as crenças que os mesmos possuem e que orientam seus comportamentos. Um dos objetivos do uso da escala é permitir a observação das relações iniciais cuidador-criança e, se necessário, atuar de forma a prevenir possíveis problemas e promover a saúde (Anexo A).

3.3 Local e contexto da pesquisa

A coleta de dados do GPT foi realizada no Ambulatório de *Follow-up* da UTI Neonatal, do Hospital Universitário, vinculado à Faculdade de Medicina de Botucatu, da UNESP. É um hospital de nível terciário, de acordo com a classificação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento de casos de alto risco e de alta complexidade em Botucatu e região.

O Ambulatório de *Follow-up* da UTI Neonatal, por sua vez, tem por objetivo avaliar e acompanhar o desenvolvimento da criança nascida pré-termo até a idade de 14 anos para intervir preventivamente no caso de identificação de risco, mediante orientações às mães (ou cuidadores) e encaminhamentos, se necessário, a outros serviços. Neste Ambulatório são acompanhadas, após alta hospitalar, todas as crianças que ficaram internadas na UTI Neonatal, entre elas, as crianças nascidas com muito baixo peso ($\leq 1500\text{g}$) e de prematuridade extrema que, além da avaliação médica, passam sistematicamente pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Concomitantemente, os pais são orientados quanto à estimulação da linguagem e motricidade.

As coletas do GAT, por sua vez, foram realizadas nas instalações das Unidades de Atenção Primária da Família, Centro de Saúde Escola - Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu – Vila dos lavradores (CSE/FMB – UVL). As Unidades de Atenção primária trabalham com um conjunto de ações com o objetivo de realizar a profilaxia de doenças na população, facilitando na remoção dos fatores causais, minimizando a incidência de doenças.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil (Parecer nº 265.306). (Anexo B)

Para o desenvolvimento do projeto foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas por Hossne e Vieira (1999), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que recomendam: a) garantir a competência do pesquisador, especialmente no que se refere ao atendimento de crianças e familiares; b) ponderar riscos e benefícios do estudo e garantir o ressarcimento de gastos para o paciente, a fim de que o custo

com a participação no estudo não represente em prejuízo para o paciente; c) delineamento do estudo com metodologia adequada e planejada, garantindo uma análise e interpretação de resultados que possa contribuir com menor margem de erro à investigação; d) estabelecer consentimento livre e esclarecido ao participante, permitindo o esclarecimento sobre o objetivo do estudo, as condições do sigilo de sua identidade e a aceitação imediata de sua recusa em participar ou desligamento do estudo a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea das participantes.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Coleta de dados

Para o GPT a coleta de dados foi realizada durante consulta de rotina no Ambulatório de Follow-Up da UTI Neonatal da UNESP. Após o consentimento da mãe em participar do estudo, as mães responderam ao *Protocolo de Entrevista com a mãe (ou cuidadora)*, depois à Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado na primeira infância (E-CPPC) e ao Inventário de Comportamento para as Idades 1½ - 5 anos (CBCL).

As entrevistas com as mães seguiram o roteiro e as informações fornecidas e foram anotadas em protocolo específico. Quanto aos instrumentos E-CPPC e CBCL, apesar das normas de aplicação permitirem a auto-aplicação, devido à possibilidade de encontrar mães pouco escolarizadas, as questões e as alternativas foram lidas pela pesquisadora para que a mãe respondesse oralmente. Os dados do GPT foram complementados com consultas aos prontuários médicos da criança.

Para o GAT utilizou-se o mesmo procedimento e a avaliação ocorreu na Unidade de Saúde, quando elas compareciam para consultas de Puericultura, sendo que o *Protocolo de Entrevista com a mãe (ou cuidadora)* foi aplicado antes dos instrumentos CBCL e o E-CPPC.

3.5.2 Análise de Dados

Inicialmente foi realizada a preparação dos dados e a correção dos instrumentos de avaliação, posteriormente analisados e pontuados conforme as respectivas normas, armazenando-os num banco de dados em planilha do Microsoft Excel.

Buscando responder aos dois primeiros objetivos do presente estudo, realizaram-se análises descritivas dos dados, os quais serão apresentados por meio de estatísticas descritivas de posição e variabilidade.

Os dados da “Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) (Anexo a), na primeira infância” foram obtidos a partir da soma dos valores absolutos em cada domínio, denominados Práticas (Faz) e Crenças (Acha importante), divididos pelo número de itens em cada uma das dimensões: Cuidados Primários e Estimulação. Para este estudo elaborou-se critérios arbitrários para a avaliação comparativa das práticas e crenças relatadas pelas mães dos dois grupos. Definiu-se como pontuação abaixo da média 32 a 34 pontos, na média, de 35 a 37 pontos e, de 38 a 40 pontos, acima da média. Os comportamentos relativos aos Cuidados são: “Socorrer quando está chorando; Alimentar; Manter limpa; Cuidar para que durma e descanse; Não deixar que passe frio ou calor; Carregar no colo; Ter sempre por perto; Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança)”. Os relativos à Estimulação são: “Deixar livre para correr, nadar, trepar; Brincadeiras de luta, de se embolar (corporais); Fazer atividades físicas; Jogar jogos; Ver

livrinhos juntos; Mostrar coisas interessantes; Explicar coisas; Ouvir o que tem a dizer, Responder perguntas; Ficar frente a frente olho no olho.”

Para a correção do CBCL foi utilizado o *Software Assessment Data Manager 7.0* (ADM 7.0). O programa ADM 7.0 ao corrigir as respostas fornecidas aos itens do CBCL classifica a criança a partir de categorias ‘clínica’, ‘limítrofe’ e ‘não-clínica’. O presente estudo optou por incluir as crianças categorizadas como Limítrofes na categoria Clínica, conforme recomendação de Achenbach; Rescorla (2000), para pesquisas com o CBCL. Obteve-se, também, uma caracterização da criança quanto a seu Funcionamento Global (clínica, normal ou limítrofe) e nos perfis Internalizante e Externalizante. Os valores para análise dos escores em Funcionamento Global, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante foram: limítrofe - escores entre 60 e 63; clínico - escores superiores a 64; e normal - escores inferiores a 60 (ACHENBACK; RESCORLA, 2000).

Em seguida, foram realizadas análises de associação entre as práticas parentais e os problemas de comportamento das crianças, utilizando o Teste *t*, de Student e o *r*, de Pearson. Para o tratamento estatístico dos dados foi adotado nível de significância de 0,05 (= 5%).

4 RESULTADOS

Os dados inicialmente se referem àqueles obtidos com a "Escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância". Foram feitas comparações intergrupos e intragrupos. A Tabela 3 apresenta a frequência relativa de mães dos dois grupos, de bebês a termo (GAT) e pré-termo (GPT) que apresentam comportamentos de Cuidados, considerando as práticas e as crenças relacionadas a eles. Observa-se que quanto às Práticas de Cuidados, mais mães do GAT relataram que as realizam (89,2% com pontuação na média ou acima da média) do que as mães do GPT (85,6%). Quanto às Crenças também mais mães do GAT (78,5%) tiveram desempenho na média ou superior mais do que as mães do GPT (67,8%).

Tabela 3: Frequência relativa de mães classificadas na média, abaixo e acima em termos de Práticas e crenças sobre Cuidados.

Pontuação/Classificação	Práticas				Crenças			
	GPT		GAT		GPT		GAT	
	N	%	N	%	N	%	N	%
32-34 pontos: abaixo da média	4	14,4	3	10,8	9	32,2	6	21,5
35-37 pontos: na média	12	42,8	10	35,7	7	25	7	25
38-40 pontos: acima da média	12	42,8	15	53,5	12	42,8	15	53,5

Fonte: Própria autora

A Tabela 4 mostra os resultados da comparação entre grupos considerando a pontuação média obtida na escala, em Cuidados. Análises estatísticas apontaram para diferença significativa para a crença relacionadas aos cuidados ($p=0,008$), com melhor desempenho para as mães do GAT.

Tabela 4: Comparação da pontuação média dos participantes dos grupos em Cuidados, nas dimensões Práticas e Crenças.

Cuidado	Prática		Crenças	
	Media	DP	Média	DP
GPT	36,92	2,1	35,78	2,9
GAT	37,21	2,4	36,5	3,5
P	0,133		0,008	

Fonte: Própria autora

A Tabela 5 apresenta a frequência relativa de mães que apresentaram comportamentos de Estimulação, considerando as práticas e as crenças relacionadas a eles. Observa-se que quanto às Práticas de Estimulação, mais mães do GPT relataram que as realizam (85,6,2% com pontuação na média ou acima da média) mais do que as mães do GAT (82,2%). Todavia, quanto às Crenças sobre Estimulação mais mães do GTA (92,9) tiveram desempenho na média ou superior do que as mães do GPT (82,2%).

Tabela 5: Frequência relativa de mães classificadas na média, abaixo e acima em termos de Práticas e Crenças sobre Estimulação.

Pontuação/Classificação	Práticas				Crenças			
	GPT		GAT		GPT		GAT	
	n	%	N	%	N	%	N	%
Até 34 pontos: abaixo da média	4	14,2	5	17,8	5	17,8	2	7,1
35-42 pontos: na média	16	57,1	13	46,5	15	53,5	12	42,8
43 - 50 pontos: acima da média	8	28,7	10	35,7	8	28,7	14	50,1

Fonte: Própria autora

A Tabela 6 mostra os resultados da comparação entre grupos considerando a pontuação média obtida na escala, em Estimulação. Análises estatísticas apontaram para

diferença significativa para a Crença relacionadas à Estimulação ($p=0,000$), com melhor desempenho para as mães do GAT.

Tabela 6. Comparação da pontuação média dos participantes dos grupos em Estimulação, nas dimensões Práticas e Crenças.

Cuidado	Prática		Crenças	
	Media	DP	Média	DP
GPT	35,78	2,9	39,17	4,78
GAT	36,5	3,53	41,89	4,55
P	0,404		0,000	

Fonte: Própria autora

As Tabelas 7 a 10 apresentam os dados comparativos intra grupo, analisando as práticas e as crenças de cada um em Cuidados e Estimulação. Os resultados da Tabela 7 mostraram que, em Cuidados, mais mães do GPT mais fazem (85,6%) do que acham importante cuidar de seus bebês (67,8%). As mães do GAT também fazem mais (89,2%) do que acham importante (78,5%).

Tabela7: Frequência relativa de mães de cada um dos grupos, classificadas na média, abaixo e acima em termos de Práticas e Crenças sobre Cuidados.

Classificação	GPT				GAT			
	Práticas		Crenças		Práticas		Crenças	
	N	%	N	%	N	%	N	%
32-34 pontos: abaixo da média	4	14,4	9	32,2	3	10,8	6	21,5
35-37 pontos: na média	12	42,8	7	25	10	35,7	7	25
38-40 pontos: acima da média	12	42,8	12	42,8	15	53,5	15	53,5

Fonte: Própria autora

A Tabela 8 mostra os resultados da comparação intra grupos considerando a pontuação média obtida na escala, em Cuidados, entre Prática e Crença. Análises estatísticas apontaram para diferença significativa entre as duas dimensões sendo que os dois grupos mais acham importante do que fazem quando se refere aos comportamentos de cuidado com seus bebês.

Tabela 8: Comparação da pontuação média dos participantes de cada um dos grupos em Cuidados, nas dimensões Práticas e Crenças.

Cuidado	Prática		Crenças		P
	Media	DP	Média	DP	
GPT	36,92	2,1	35,78	2,9	0,000
GAT	37,21	2,4	36,5	3,53	0,019

Fonte: Própria autora

A Tabela 9 apresenta os dados comparativos intra grupos, analisando as práticas e as crenças de cada um relacionadas à Estimulação oferecida à criança. Os resultados mostraram que das mães do GPT 85,8% estimulam seus filhos, porém, 82,2% delas acham importante esses comportamentos. No caso do GAT 82% delas o fazem e 92,9% acham importante fazê-lo.

Tabela 9: Frequência relativa de mães de cada um dos grupos, classificadas na média, abaixo e acima em termos de Práticas e Crenças sobre a Estimulação.

Classificação	GPT				GAT			
	Práticas		Crenças		Práticas		Crenças	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 34 pontos: abaixo da média	4	14,2	5	17,8	5	17,8	2	7,1
35-42 pontos: na média	16	57,1	15	53,5	13	46,5	12	42,8
43 - 50 pontos: acima da média	8	28,7	8	28,7	10	35,7	14	50,1

Fonte: Própria autora

A Tabela 10 mostra os resultados da comparação intra grupos considerando a pontuação média obtida na escala, em Estimulação, entre Prática e Crença. Análises estatísticas apontaram para diferença significativa entre as duas dimensões sendo que os dois grupos mais acham importante do que fazem, quando se refere aos comportamentos de estimulação dos seus bebês.

Tabela 10: Comparação da pontuação média dos participantes de cada um dos grupos em Estimulação, nas dimensões Práticas e Crenças.

Cuidado	Prática		Crenças		P
	Media	DP	Média	DP	
GPT	35,78	2,9	39,17	4,78	0,000
GAT	36,5	3,53	41,89	4,55	0,001

Fonte: Própria autora

Análises de correlações entre os resultados obtidos em Práticas e Crenças nas dimensões avaliadas (Cuidado e Estimulação) apontaram para correlação altamente significativa e positiva, para o GPT, entre Cuidado faz e acha importante e Cuidado faz e estimulação acha importante (Tabela 11), mostrando que mães de bebês prematuros que mais cuidam também são as que acreditam que é importante fazê-lo assim como acreditam que é preciso estimular o bebê.

Tabela 11: Correlação entre práticas e crenças, do GPT

Correlação dos indicadores	Rho	P
Cuidado prática X cuidado crenças	,973**	,000
Cuidado prática X estimulação prática	,321	,096
Cuidado prática X estimulação crenças	,982**	,000
Estimulação prática X estimulação crenças	,265	0,173

Fonte: Própria autora

Para o GAT observou-se correlação forte entre Práticas e Crenças sobre Cuidado e, também, entre Práticas de cuidado e crenças sobre Estimulação. Isto é, mães que cuidam também acham importante cuidar e estimular seu bebê. Ainda, mães que tem práticas de cuidado também tem práticas de estimulação, conforme demonstra a Tabela 12.

Tabela 12. Correlação entre práticas e crenças, nos aspectos Cuidados e Estimulação, do GAT

Correlação dos indicadores	Rho	P
Cuidado práticas X cuidado crenças	,940**	,000
Cuidado práticas X estimulação práticas	,435*	,021
Cuidado práticas X estimulação crenças	,964**	,000
Estimulação práticas X estimulação crenças	,372	,052

Fonte: Própria autora

O segundo conjunto de dados se refere aos problemas de comportamento, obtidos por meio da aplicação do CBCL. O instrumento permite aferir a cerca da presença de comportamentos externalizantes, internalizantes e, também, problemas de comportamento totais. A Tabela 13 mostra os dados de comparação intergrupos utilizando a frequência relativa de aparecimento destes comportamentos. Observa-se que o GPT apresentou 42,8% dos participantes como tendo, em nível clínico, problemas de comportamento externalizantes, 35,8%, de internalizantes e 46,4%, no total. O GAT apresentou, em nível clínico, 21,4% de participantes com comportamentos externalizantes, 17,8%, internalizantes e 21,4%, no total.

Tabela 13: Comparação intergrupos dos resultados do CBCL, utilizando frequência relativa

	Problemas Externalizante				Problemas Internalizantes				Total Problemas			
	GPT	%	GAT	%	GPT	%	GAT	%	GPT	%	GAT	%
	n=28		n=28		n=28		n=28		n=28		n=28	
NORMAL	12	42,8	20	71,4	12	42,8	18	64,4	11	39,2	20	71,4
BORDELINIA	4	14,4	2	7,2	6	21,4	5	17,8	4	14,2	2	7,2
CLINICO	12	42,8	6	21,4	10	35,8	5	17,8	13	46,6	6	21,4

Fonte: Própria autora

Na comparação intergrupos a partir das pontuações médias nos subtestes do CBCL observou-se que o GPT apresentou médias significativamente mais altas do que o GAT, nas três modalidades de problemas de comportamento analisadas: externalizantes, internalizantes e total (Tabela 14).

Tabela 14: Comparação intergrupos utilizando médias e análise estatística.

Tipo de comportamento	GPT			GAT			P
	Média	MED	DP	Média	MED	DP	
Externalizantes	61	61,5	9,6	56,8	57	9,0	0,019
Internalizantes	60,4	62	84	57,3	58	7,6	0,049
Total de problemas	61,9	62	8,0	58,3	56	8,6	0,019

Fonte: Própria autora

Na comparação intragrupos para as três modalidades de problemas de comportamento analisadas observa-se que, para o GPT, a frequência foi maior para o total de comportamentos, seguida pelos comportamentos externalizantes. Para o GAT a frequência foi igual para total de comportamentos e para os internalizantes.

Tabela 15: Comparação intragrupos dos resultados do CBCL, utilizando frequência relativa

Classificação	GPT						GAT					
	Externalizantes		Internalizantes		Total de problemas		Externalizantes		Internalizantes		Total de problemas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	12	42,8	12	42,8	11	39,2	20	71,4	18	64,4	20	71,4
Bordeline	4	14,4	6	21,4	4	14,2	2	7,2	5	17,8	2	7,2
Clínico	12	42,8	10	35,8	13	46,6	6	21,4	5	17,8	6	21,4

Fonte: Própria autora

Análise de correlação apontou para correlação positiva, para o GPT, entre os comportamentos externalizantes, internalizantes e total de comportamentos, apontando para uma correlação forte para comportamento externalizante e total de problemas, conforme mostra a Tabela 16.

Tabela 16: Correlação entre comportamentos externalizantes, internalizantes e total de comportamento, do Grupo Prematuros.

Correlação dos indicadores	Rho	P
Comportamento externalizante X internalizante	,425*	,024
Comportamento externalizante X total de problemas	,864**	,000
Comportamento internalizante X total de problemas	,780*	,000

Fonte: Própria autora

Também para o GAT observou-se correlação positiva entre os comportamentos externalizantes, internalizantes e total de comportamentos, apontando para uma correlação forte para comportamento externalizante e total de problemas conforme mostra a Tabela 17.

Tabela 17: Correlação entre comportamentos externalizantes, internalizantes e total de comportamento, do GAT.

Correlação dos indicadores	Rho	P
Comportamento externalizante X internalizante	,424*	,025
Comportamento externalizante X total de problemas	,915**	,000
Comportamento internalizante X total de problemas	,698*	,000

Fonte: Própria autora

A associação entre práticas e crenças, Cuidados e Estimulação e os comportamentos avaliados pelo CBCL, problemas de comportamentos externalizantes, internalizantes e total, para o GPT, apontou para correlações positivas entre todas as variáveis analisadas, indicando correlação forte para a maioria delas (Tabela 18).

Tabela 18: Correlação entre práticas e crenças, em Cuidados e Estimulação, do GPT

Correlação dos indicadores	Rho	P
Cuidado prática X comportamentos externalizantes	,619**	,000
Cuidado prática X comportamentos internalizantes	,868**	,000
Cuidado prática X total de comportamentos	,847**	,000
Cuidado crenças X comportamentos externalizantes	,600**	,001
Cuidado crenças X comportamentos internalizantes	,847**	,000
Cuidado crenças X total de comportamentos	,826**	,000
Estimulação prática X comportamentos externalizantes	,926**	,000
Estimulação prática X comportamentos internalizantes	,340**	,000
Estimulação prática X total de comportamentos	,766**	,000
Estimulação crenças X comportamentos externalizantes	,636**	,000
Estimulação crenças X comportamentos internalizantes	,872**	,000
Estimulação crenças X total de comportamentos	,860**	,000

Fonte: Própria autora

A associação entre práticas e crenças, para as dimensões Cuidados e Estimulação e os comportamentos avaliados pelo CBCL, problemas de comportamentos externalizantes, internalizantes e total, para o GAT, apontou para correlações positivas entre Cuidado prática com comportamentos internalizantes e total de comportamentos; Cuidado crença com comportamentos internalizantes; Estimulação crença com comportamentos internalizantes e total de comportamentos, indicando correlação forte para a três delas (Tabela 19).

Tabela 19. Correlação entre práticas e crenças, nos aspectos Cuidados e Estimulação, do GAT

Correlação dos indicadores	Rho	P
Cuidado prática X comportamentos externalizantes	,323	,093
Cuidado prática X comportamentos internalizantes	,527**	,004
Cuidado prática X total de comportamentos	,473*	,011
Cuidado crenças X comportamentos externalizantes	,203	,300
Cuidado crenças X comportamentos internalizantes	,429*	,023
Cuidado crenças X total de comportamentos	,343	,074
Estimulação prática X comportamentos externalizantes	,-012	,953
Estimulação prática X comportamentos internalizantes	,193	,325
Estimulação prática X total de comportamentos	,137	,486
Estimulação crenças X comportamentos externalizantes	,358	,062
Estimulação crenças X comportamentos internalizantes	,576**	,001
Estimulação crenças X total de comportamentos	,527**	,004

Fonte: Própria autora

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho pretendeu descrever práticas e crenças de mães de crianças nascidas prematuras sobre cuidados e estimulação oferecidos a eles, relacionando-os com problemas de comportamento (GPT). Os dados obtidos com as mães desse grupo foram comparados com dados obtidos com as mães do Grupo de crianças, da mesma faixa etária, nascidas a termo (GAT).

Comparando as Práticas e as Crenças sobre Cuidados, dos dois grupos, 89,2% das mães do GAT tiveram desempenho entre Bom e Ótimo em Práticas enquanto que 85,6% das mães do GPT o tiveram. Todavia, quando comparadas as pontuações médias não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Analisando as Crenças sobre Cuidados 78,5% das mães do GAT tiveram resultados entre Bom e Ótimo enquanto que 67,8% das mães do GPT o tiveram. Comparando as pontuações médias dos dois grupos, a diferença encontrada entre eles foi significativa ($p=0,008$) apontando para Crenças mais favoráveis entre as mães do GAT.

Comparando as Práticas e as Crenças sobre Estimulação, dos dois grupos, observou-se que 85,92% das mães do GPT tiveram desempenho entre Bom e Ótimo em Práticas enquanto que 82,2% das mães do GAT o tiveram. Todavia, quando comparadas as pontuações médias não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Analisando as Crenças sobre Estimulação 92,9% das mães do GAT tiveram resultados entre Bom e Ótimo enquanto que 82,28% das mães do GPT o tiveram. Comparando as pontuações médias dos dois grupos, a diferença encontrada entre eles foi significativa ($p=0,000$) apontando para Crenças mais favoráveis entre as mães do GAT.

Raver (1996) destaca que as práticas parentais utilizadas desde a primeira infância podem influenciar as demais relações estabelecidas entre pais e filhos. Os resultados obtidos no presente estudo mostram que a maioria das mães dos dois grupos cuida de suas crianças e as estimulam. Entretanto, um resultado chamou a atenção: as mães do GPT mais estimulam do que acham importante (crença) estimular seus bebês, o contrário do resultado obtido pelas mães do GAT que acham mais importante do que fazem. Keller (2007) alerta para a necessidade de se investigar as práticas parentais desde as fases iniciais do desenvolvimento, pois os resultados obtidos poderão embasar intervenções precoces envolvendo a família. Considerando que as mães do GPT participam de um programa de intervenção, tais dados devem subsidiar novas intervenções que busquem garantir que as mães de bebês muito prematuros não só cuidem e estimulem, mas reconheçam a importância disso para o desenvolvimento de seu bebê. Para Macarini (2010) e Kobarg, Sachetti e Vieira (2006) as práticas educativas, que são baseadas em crenças e valores, são comportamentos aprendidos, portanto, passíveis de mudanças se forem oportunizadas reflexões sobre as mesmas.

Os resultados comparando cada grupo considerando o que faz (prática) e o que acha importante fazer (crença) mostrou que, em Cuidados tanto as mães do GPT quanto do GAT mais fazem (85,6% - GPT; 89,2% - GAT) do que acham importante cuidar (67,8% - GPT; 78,5% - GAT). As diferenças entre o que fazem (Práticas) e o que acreditam que devem fazer (Crenças) foram significativas para os dois grupos. Tais resultados parecem apontar para uma crença materna, independente da prematuridade do bebê, de que fazem porque é esperado que façam, mas não acreditam que tem fazê-los para os seus bebês. Seria interessante uma análise detalhada de quais são os comportamentos de cuidar que as mães dos dois grupos fazem, mas não acham importante fazê-los, para que haja investimentos de programas nesse sentido.

Em Estimulação, observou-se que o GPT mais faz (85,8% das mães) do que acredita que deve fazê-lo (78,5% das mães) enquanto que as mães do GAT mais acreditam que devem fazê-lo (92,9% das mães) do que fazem (82,2%). Nos dois grupos as diferenças entre práticas e crenças foram estatisticamente significantes. Martins et al. (2011) em um estudo realizado utilizando a ECPPC, comparando mães de capitais e mães de cidades pequenas concluiu que o acesso à informação, mais presentes entre mães de cidades pequenas provavelmente por disporem de uma rede de apoio mais efetiva, pode explicar a diferença de observada em favor delas. O fato, já referido, das mães do GPT participarem ambulatório de *follow up* de neonatologia do HC, pode explicar os resultados obtidos, mas alerta para a melhoria nas explicações, por parte dos profissionais, do porque fazê-lo.

Análises de correlações entre os resultados obtidos em Práticas e Crenças nas dimensões avaliadas (Cuidado e Estimulação) apontaram para correlação altamente significativa e positiva, para o GPT, entre Cuidado faz e acha importante e Cuidado faz e estimulação acha importante (Tabela 11), mostrando que mães de bebês prematuros que mais cuidam também são as que acreditam que é importante fazê-lo assim como acreditam que é preciso estimular o bebê.

Para o GAT observou-se correlação forte entre Práticas e Crenças sobre Cuidado e, também, entre Práticas de Cuidado e Crenças sobre Estimulação. Isto é, mães que cuidam também acham importante cuidar e estimular seu bebê. Ainda, mães que tem Práticas de Cuidado também tem Práticas de Estimulação. Ackerman, Brown e Izard (2003) e Weber et al. (2006) destacam que crianças se desenvolvendo em ambientes cujas práticas educativas são inadequadas podem resultar em problemas de comportamento.

O segundo conjunto de dados se refere aos problemas de comportamento, cujos resultados foram obtidos junto às mães a partir do CBCL. De acordo com a percepção materna, as mães do GPT relataram mais problemas de comportamento total em nível clínico

(46,6%) do que as mães do GAT (21,4%). Considerando os comportamentos internalizantes e os externalizantes, 42% das mães do GPT relataram problemas de comportamento em nível clínico externalizantes (42%) e 35,8%, de internalizantes. Entre as mães do GAT 21,4% relataram com comportamentos externalizantes e 17,8%, internalizantes.

Na comparação intergrupos a partir das pontuações médias nos subtestes do CBCL observou-se que o GPT apresentou médias significativamente mais altas do que o GAT, nas três modalidades de problemas de comportamento analisadas: externalizantes, internalizantes e total corroborando os resultados de estudo anteriores que determinam a prevalência de problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras (CARVALHO et al., 2001; SZELBRACIKOWSKI; DESSEN, 2007). Estudos realizados por Figueiras et al. (2005), Fraga et al. (2008) e Gray, Indurkha e McCormick (2004) também encontraram relação entre prematuridade e problemas de comportamento. Todavia, Stoelhorst et al. (2003) encontrou, em seu estudo, resultados semelhantes com o CBCL, entre crianças nascidas prematuras e a termo. Uma hipótese é que as práticas educativas parentais podem influenciar tais resultados.

Bolsoni-Silva et al. (2006) alerta que problemas de comportamento podem dificultar a aquisição e a expansão de comportamentos de desenvolvimento sadio por dificultar o acesso a contingências de reforçamento, o que leva a conclusão de que pais de crianças prematuras devem ser orientados para essa possibilidade e como devem educar suas crianças.

Autores como Lubchenco (1984, citado por CARVALHO, 2001), creditam importância ao peso no nascimento, assim como para a idade gestacional, na previsão de problemas em recém-nascidos. Isso se justifica pelo papel relevante que estes desempenham na maturidade de vários sistemas em crianças nascidas pré-termo. Portanto, peso no nascimento e idade gestacional são variáveis inter-relacionadas e possíveis desvios de

qualquer um dos parâmetros para fora da faixa de normalidade resultarão em aumento da morbidade neonatal. Crianças que nasceram prematuras de muito baixo peso maiores problemas de comportamentos, como hiperatividade, falta de atenção, inibição social, em comparação com crianças que nasceram a termo (LEVY-SHIFF et al., 1994; CARVALHO et al., 2001).

Formiga (2009) aponta sobre a importância de dar seguimento (*follow-up*) aos bebês de risco, com acompanhamento de médio e longo prazo para verificar os riscos neonatais no desenvolvimento e comportamento.

Análise de correlação apontou para correlação positiva, para o GPT, entre os comportamentos externalizantes e internalizantes, apontando para uma correlação forte para comportamento externalizante e total de problemas. A mesma relação foi observada no GAT porém, a porcentagem de crianças com índices de problemas clínicos foi menos frequente.

O terceiro conjunto de resultados se refere à associação entre práticas e crenças nas dimensões Cuidados e Estimulação e os problemas de comportamentos avaliados pelo CBCL. Os problemas de comportamentos externalizantes, internalizantes e total, para o GPT, apontou para correlações positivas entre todas as variáveis de práticas educativas analisadas (práticas e crenças em Cuidados e práticas e crenças em Estimulação), indicando correlação forte para a maioria delas. Os resultados parecem indicar que mães que mais cuidam e estimulam, as crianças tem mais problemas de comportamento. Apesar da crença, o GAT tem menos correlações nesse sentido. Uma hipótese a ser levantada pode ser o comportamento de superproteção, presente entre as mães do GPT, que não foi avaliado no presente estudo. Dezoete et al. (2003) e Morch e Abreu (2008) que também levantaram essa hipótese em seus estudos. Para eles a superproteção materna pode possibilitar o aparecimento de problemas comportamentais.

Melnik et al. (2006) e Turkan, Zumrut e Senay (2008) destacam que as intervenções primárias precoces tem se mostrado eficazes para orientar pais de bebês nascidos prematuros, com ênfase nos cuidados paternos endereçados a criança que podem resultar em maior envolvimento dos pais com seus filhos e, provavelmente, menos comportamentos de superproteção. Todavia, pesquisas periódicas devem ser realizadas para avaliar a efetividade de tais programas de forma a identificar possíveis falhas que podem ser sistematicamente corrigidas aumentando a eficiência do programa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu descrever e comparar as práticas educativas e as crenças sobre desenvolvimento de pais de crianças nascidas pré-termo (≤ 37 semanas) de muito baixo peso ($\leq 1.500g$) (GPT) e de pais de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (GAT), de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 43 meses; descrever e comparar problemas de comportamento de crianças nascidas pré-termo (≤ 37 semanas) de muito baixo peso ($\leq 1.500g$) (GPT) e de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (GAT), de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 43 meses e, relacionar práticas educativas e crenças sobre desenvolvimento de pais de crianças nascidas pré-termo (≤ 37 semanas) de muito baixo peso ($\leq 1.500g$) (GPT) e de pais de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (GAT), de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 43 meses, com presença/ausência de problemas de comportamento.

Os resultados obtidos mostraram que as mães dos dois grupos cuidam e estimulam seus bebês, mas o GPT mais estimula do que acreditam que deve fazê-lo, apontando para uma possível falha do programa de estimulação precoce que frequenta. Também, as crianças do GPT apresentam, segundo relato de suas mães, mais problemas de comportamento do que as crianças nascidas à termo. Observou-se, ainda, correlação entre as práticas e crenças educativas e problemas de comportamento. Porém, quanto melhores as práticas mais problemas de comportamento.

Apesar do pequeno número de participantes em cada grupo, os resultados indicam para cuidados que se deve ter na elaboração de programas para orientar pais. Tais programas devem priorizar não só a questão da prematuridade com enfoque no que as crianças conseguem ou não fazer, avaliados por escalas de desenvolvimento, mas com foco nas

habilidades parentais e nas possibilidades de reforçamento de comportamentos adequados em detrimentos dos inadequados.

Uma limitação deste estudo foi a falta de um estudo detalhado nos resultados obtidos com a ECPPC, que apontasse quais seriam esses comportamentos que poderiam ser focalizados na intervenção.

Estudos com populações maiores devem ser conduzidos com o objetivo de confirmar ou refutar os dados obtidos neste trabalho.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. **Manual for ASEBA preschool forms & profiles.** University of Vermont. Research Center for Children, Youth, and Families. Burlington, 2000.

ACKERMAN, B.; BROWN, E.; IZARD, C. Continuity and change in levels of externalizing behavior in school of children from economically disadvantaged families. **Child Development**, v. 74, p. 694-709, 2003.

ANSELMINI, L. et al. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, p. 779-788. 2004.

ALMEIDA, P. A. M. D. Aspectos Obstétricos da Prematuridade. In: **O Pré-Termo: Morbidade, Diagnóstico e Tratamento.** PACHI, P. R. (Org). São Paulo: Roca, 2003.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001.

BANDEIRA, M. et al. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: Características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldade de aprendizagem. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 11, n. 2, p. 199-208, 2006.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. A qualidade da interação entre pais e filhos e sua relação com problemas de comportamento de pré-escolares. In: Z. A. P. DEL PRETTE; M. BANDEIRA (Orgs.). **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 89-104.

_____; _____. Mães avaliam comportamentos socialmente "desejados" e "indesejados" de pré-escolares. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 2, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 jun. 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. A qualidade da interação entre pais e filhos e sua relação com problemas de comportamento de pré-escolares. In: Z. A. P. DEL PRETTE; M. BANDEIRA (Orgs.). **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 89-104.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A.; OISHI, J. (2003). Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento de filhos. **Revista Psicologia Argumento**, v. 5, n. 9, p. 11-29, 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: Comparando avaliações de mães e de professoras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 460-469, 2006.

BRADLEY, R. et al. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birth weight, premature children, living in poverty. **Child Development**, v. 65, 346-360, 1994.

BHUTTA, A. T.; CLEVES, M. A.; CASEY, P.H.; CRADOCK, M.M.; ANAND, K. J. S. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. A meta-analysis. **JAMA**, v.288, n. 6, p. 728-737, 2002.

CAMPOS, A. F. et al. Aspectos Neuropsicológico e Neurológico de Crianças Nascidas Prematuras e com Peso Inferior a 1.500 gramas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 4, pp. 630-639, 2011.

CARVALHO, A. E. V. **Sobrevivência e qualidade de vida: história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso (<1500g) em comparação com crianças nascidas a termo.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, USP, Ribeirão Preto, 2000.

_____; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 11, pp. 1-33. 2001.

DEZOETE, J. A.; MACARTHUR, B. A. Prediction of bayley and stanford-binet scores with a group of very low birthweight children. **Child: Care, Health and Development**. v.29, p 367-372, 2003.

FIGUEIRAS, A. C.; SOUZA, I. C. N.; RIOS, V. G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI.** Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, DC: OPAS, 2005.

FORCADA-GUEX, M., et al. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. **Pediatrics**, v. 118, 2006. E107-E114.

FORMIGA, C. K. M. R. **Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade**. Dissertação (Doutorado). Faculdade de Medicina/USP. Ribeirão Preto, 2009.

FONTES NETO, P. T. L. et al. **Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica**. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2005, vol.27, n.3, pp. 279-291. ISSN 0101-8108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300007>. (Acesso abril, 2014)

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n.2, p. 335-344, 2008.

GANDRA, M. I. S. **Desenvolvimento mental de crianças nascidas pré-termo no terceiro ano de vida**. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2002.

GLASSER, D. (2000). Child abuse neglect and the brain: a review. **Journal Child Psychiatry**, v. 41, p. 97-116, 2000.

GRAY, R. F.; INDURKHYA, A.; McCORMICK, M.C. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, p. 736-743, 2004.

GOMIDE, P. I. C. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psicologia - USF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul./dez. 2005.

_____. **Inventários de Estilos Parentais (IEP)**: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2006.

HOROWITZ, F. D. The concept of risk: a reevaluation. In: S.L. FRIEDMAN; M.D. SIGMAN; I.E. SIEGEL (Orgs). **The psychological development of low-birthweight children**. (Cap. 4, p. 61-88) New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1992.

HOSSNE, W. S.; VIEIRA, S. Experimentação com seres humanos: Aspectos éticos. In: M. SEGRE; C. COHEN (Orgs.). **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999. P. 127-146.

HOUZELL, D. As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, L. (Org). **Ser pai, ser mãe**: Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KELLER, H. Development as the interface between biology and culture: A conceptualization of early ontogenetic experiences. In: H. KELLER; Y.H. POORTINGA; A. SCHÖLMERIC (Orgs.). **Between culture and biology: Perspectives on ontogenetic development.** Cambridge: Cambridge Press, 2002. p. 215-223.

_____. **Cultures of Infancy.** Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, NJ: Erlbaum, 2007.

KOBARG, A. P. R.; SACHETTI, V. A. R.; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: Reflexões teóricas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.16, p. 96-102. 2006.

KOPP, C. B.; KALLER, S. R. Risk in infancy origins and implications. **The American Psychologist**, Washington, v. 44, n. 2, p. 391-396, 1989.

LAUCHT, M., ESSER, G.; SCHMIT, M. H. Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 7, pp. 843- 853, 1997.

LEVY - SHIFF, R., EINAT, G., HAR - EVEN, D., MOGILNER, M., MOGILNER, S., LERMAN, M. & KRIKLER, R. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. **Journal of Clinical Child Psychology**, v.23, p. 323-333.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs). **Temas em Educação Especial.** São Carlos: EDUFScar, 2004. pp. 315-324.

_____. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia**, Ribeirão Preto, FFCLRP-USP, v. 13, n. 25, 2003.

_____ et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores ao desenvolvimento da Criança. **Paidéia**, Ribeirão Preto, FFCLRP-USP, v. 10, n. 18, jan/jul. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n25/06.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

LOPES, R. C. S. et al. Quando eles crescem, eles voam: percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento infantil aos 18 - 20 meses. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.2, p. 221-232, 2009.

MACARINI, S. M. et al. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n.1, 2010.

MARGOTTO, P. R. Curvas de Crescimento Intra-Uterino: estudo de 4413 recém-nascidos únicos de gestações normais. **Journal de Pediatria**, v. 71, n. 1, 1995. pp. 11-21.

MARTINS, G. D. F. et al. Construção e validação da Escala de Crenças parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. **Psico-USF**, Itatiba, v,15, n.1, 2010.

MARTINS, G. D. F. et al . Crenças e práticas de cuidado entre mães residentes em capitais e pequenas cidades Brasileiras. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 24, n. 4, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 08 jul. 2014.

MÉIO, M. D. B. B; LOPES C. S; MORSCH, D. S; MONTEIRO, A. P. G; ROCHA, S. B; BORGES, R. A. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria**: Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 495-502, 2004.

MELNYK, B. et al. Reducing premature infant's length of stay and improving parent's mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE). Neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. **Pediatric**, v. 118, p. 1414-1427, 2006.

MOURA, C. B. et al. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos Clínicos**, v. 1, n.1, p. 1-8, 2008.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**: Abordagem de Mussen. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

NOBRE, F. D. A. et al. Estudo longitudinal de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 362-369, 2009.

NUNES, C. R. **Mortalidade, Reinternações hospitalares e marcadores do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida de prematuros**. 59 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
OLIVEIRA, E. A. Modelos de risco na Psicologia do Desenvolvimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 19-26, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Risk approach for maternal and child health care**. Geneve, OMS, 42p. (Série de informes Técnicos, 39) Saúde. 2007. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

PACHECO; J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis Predictoras do Comportamento Anti-Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Abr-Jun. v. 25 n. 2, pp. 213-219, 2009.

PINHEIRO, M. I. S. et al. Treinamento de Habilidades Sociais e educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 407-414, 2006.

PINTO, E. B. O Desenvolvimento do Comportamento do Bebê Prematuro não Primeiro Ano de Vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RAVER, C. C. Relations between social contingency in mother-child interaction and 2-year-olds' social competence. **Developmental Psychology**, v. 32, n. 5, p. 850-859, 1996.

RESEGUE, R., PUCCINI, R. F.; & SILVA, E. M. K. Fatores Risco associados com normalidades do desenvolvimento entre as crianças de alto risco atendidas em um ambulatório multidisciplinar. São Paulo, **Medical Journal**, v. 126, n. 1, p. 4-10, 2008.

RIBEIRO, D. G. **Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Julio de Mesquita Filho, Botucatu/ SP, 2010.

RODRIGUES, M. C.; MELLO, R. R.; FONSECA, S. C. Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 6-14. 2006.

RODRIGUES, O. M. P. R; BOLSONI-SILVA A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. Rev. Bras. **Cresc. e Desenv. Hum.**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011.

RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1 (Supl), p. 101-S110, 2005.

SANTA MARIA-MENGEL, M. R. **Vigilância do desenvolvimento em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para o desenvolvimento em crianças.** Tese. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2007.

_____, LINHARES, M. B. M. **Inventário de Comportamentos para as Idades 1½ - 5 anos**. Tradução autorizada do Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5 – CBCL. Ribeirão Preto, SP, 2003.

SANTOS, H. V.; PACHECO, M. M. D. R. Fatores de risco ao desenvolvimento da criança: da visão biomédica à visão psicossocial. In: The 4th International Congress on University-Industry Cooperation – Taubate, SP – Brazil – December 5th through 7th, 2012.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da criança e adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005.

SCHOPPE, S. J., MANGELSDORF, S. C.; FROSCH, C. A. Coparenting, family process and family structure: Implications for preschoolers' externalizing behavior problems. **Journal of Family Psychology**, v. 15, p. 526-545, 2001.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento Humano**. Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Trabalho original publicado em 1953).

SILVA, M. R. S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança**: O papel da sensibilidade materna e do suporte social. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

SILVA, J. L. P. Nascimento prematuro: Fatores genéticos e ambientais. In: **Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

STOELHORST, G. M. S. J. et al. Behaviour at 2 years of age in very preterm infants (gestational age_32 weeks). **Acta Paediatric**, v. 92. p. 595-601, 2003.

SZELBRACIKOWSKI, A. C.; DESSEN, M. A. Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. **Psicologia em Estudo**. Maringa, v.12, n 12, p. 33-40, jan-abr, 2007

VERRIPS, E. et al. Health-related quality of life for extremely low birth weight adolescents in Canada, Germany, and the Netherlands. **Pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 556-561, 2008.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**; v. 4, n. 1, p. 63-9, 2001.

VIEIRA, M. E. B; LINHARES, B. M. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **Journal Pediatric**; Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 281-291, 2006.

YUNES, M. A. M.; SYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

WEBER, L. N. D. et al. Continuidade dos estilos parentais através das gerações - Transmissão intergeracional de estilos parentais. **Paidéia**, v. 16, n. 35, p. 407-414, 2006.

WERNER, E. E. A longitudinal study of perinatal risk. In: D. C. Farran & J. D. McKinney (Eds.). **Risk in intellectual and psychosocial development**. Orlando: Academic, 1986. pp. 61-68.

WEISS, M. C.; FUJINAGA, C. I. **Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuro na cidade de IRATI-PR**: implicações para a fonoaudiologia. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, v. 1, n. 2, jul./dez. 2007. pp. 123-127.

APÊNDICE A: Protocolo de Entrevista

Protocolo de Entrevista

Nome da criança:

Sexo: () M () F

Data de nascimento: __/__/____

Idade na data da coleta:

Idade gestacional:

Peso ao nascer:

Internação na UTI? () Sim () Não

Quanto tempo?

Motivo:

Doenças durante a primeira infância: () Sim () Não

Quais:

Acompanhamento com outros profissionais? () Sim ()

Não

Quais?

Numero de filhos:

Ordem da criança na família:

Tipo de família: () Nuclear () mãe+família de origem dela

() mãe+pai+família de origem de um deles () família monoparental

Gravidez planejada?

Tipo de parto: () natural () cesáreo

Problemas na gestação: () Sim () Não Quais?

Nome da mãe:

Idade da mãe:

escolaridade da mãe:

Mãe trabalha : () Sim () Não

Em que: _____

Nome do pai:

Idade do pai

escolaridade do pai:

Pai trabalha : () Sim () Não

Em que: _____

Quantas pessoas moram na mesma residência?

Renda mensal da casa:

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre algumas informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua a outra é do pesquisador responsável.

Declaro que fui suficientemente esclarecido e é de minha livre vontade participar da pesquisa, “Práticas parentais e comportamento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso” acompanhadas no ambulatório da pediatria do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu ou do Centro de Saúde Escola – Unidade auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Para este estudo, a (o) senhora (o) responderá oralmente, em trinta minutos, a questionários, lidos por mim, para saber como seu filho aproveita as situações sociais, familiares, atividades escolares e de lazer e também para saber as crenças e práticas de cuidados que você tem com seu filho.

Se você não quiser participar, ou desistir, depois do trabalho iniciado, não haverá nenhum prejuízo para você e sua família nos seus atendimentos na Faculdade de medicina da UNESP ou do Centro de Saúde Escola – Unidade auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas para fins científicos.

Autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: “Práticas parentais e comportamento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso”, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação ou do meu (minha) filho(a). Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a

participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo. Fui informado (a) que em caso de dúvida deverei procurar a responsável pelo projeto, a Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, que deverá ser contatada pelo telefone (14) 3103 6090.

Botucatu, _____ de _____ de 2013.

Responsável pela criança

Jussânia Moraes Martins

CRP 06/104948

Pesquisadora Responsável

Comitê de Ética em pesquisa Faculdade de Medicina de Botucatu: (14) 3880-1608; 3880-1609

ANEXO A: Escala de Crenças e Práticas Parentais e Cuidados (ECPPC)

Ainda pensando **no seu (sua) filho (a) mais novo(a)**, lembre-se da sua rotina com essa criança, quando tinha menos de dois anos (ou da rotina atual, caso essa criança ainda esteja nessa fase):

Para a entrevistadora: Para cada item, pergunte o quanto a mãe realizou essas atividades. Leia a afirmação, mostre no questionário que está diante da entrevistada, leia as opções e peça que indique sua resposta.

a) O quanto você realizou cada uma dessas atividades com a criança? De

1=nunca, até 5=sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
			3	4	
1. Socorrer quando está chorando.					
2. Alimentar.					
3. Manter limpa.					
4. Cuidar para que durma e descanse.					
5. Não deixar que passe frio ou calor.					
6. Carregar no colo.					
7. Ter sempre por perto.					
8. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					

9. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
10. Brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)					
11. Fazer atividades físicas.					
12. Jogar jogos.					
13. Ver livrinhos juntos.					
14. Mostrar coisas interessantes.					
15. Explicar coisas.					
16. Ouvir o que tem a dizer.					
17. Responder a perguntas.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

Para a entrevistadora: Para cada item, pergunte o quanto a mãe acha importante.

Leia a afirmação, mostre um cartão com as opções, leia as mesmas e peça que indique sua resposta.

b) O quanto você avalia cada uma dessas atividades em termos de importância para você e seu filho? De 1= pouco importante a 5= muito importante.

	Pouco importante	Razoavelmente importante	Mais ou menos importante	Importante	Muito importante
		2			
1. Socorrer quando está chorando.					
2. Alimentar.					
3. Manter limpa.					
4. Cuidar para que durma e descanse.					
5. Não deixar que passe frio ou calor.					
6. Carregar no colo.					
7. Ter sempre por perto.					
8. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
9. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
10. Brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)					
11. Fazer atividades físicas.					
12. Jogar jogos.					
13. Ver livrinhos juntos.					
14. Mostrar coisas interessantes.					
15. Explicar coisas.					

16. Ouvir o que tem a dizer.					
17. Responder a perguntas.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

ANEXO B: Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas parentais e comportamentos de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso

Pesquisador: Jussânia Moraes Martins Aleixo da Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15285313.0.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 265.306

Data da Relatoria: 06/05/2013

Apresentação do Projeto:

Durante o percurso de desenvolvimento o indivíduo passa por várias etapas e mudanças em suas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas. Desde a concepção algumas variáveis podem atuar favorecendo, ou não, um bom desenvolvimento e, entre elas fatores biológicos e psicossociais. Os fatores adversos podem ser intrínsecos ao indivíduo, presentes no ambiente ou em ambos de forma combinada, sendo considerados de risco no desenvolvimento humano. A Psicopatologia do desenvolvimento apresenta a noção de risco como de fundamental importância quando se avalia uma criança, representando uma probabilidade estatística de ocorrência de determinado comprometimento no processo de desenvolvimento. Os fatores de risco biológico incluem: genéticos (anormalidades cromossômicas, doenças metabólicas) e fatores de risco neonatal (prematuridade, baixo peso, hemorragia intracraniana, asfixia neonatal grave, malformações congênitas). Os fatores de risco psicossociais, por sua vez, correspondem às seguintes variáveis: história parental de desordens emocionais e funcionamento desadaptado, falta de coesão e conflitos familiares, bem como a presença de eventos estressores, como morte, separação, divórcio, hospitalizações. Mesmo quando os fatores de risco acima apontados não atuam diretamente na trajetória de desenvolvimento da criança, ou seja, não implicam em efeitos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 265.306

imediatos significativos, eles criam uma condição de vulnerabilidade, que torna a criança suscetível e propensa à apresentação de sintomas e doenças. Os fatores de vulnerabilidade são: prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. As crianças prematuras, nascidas com muito baixo peso, portanto classificam-se como sujeitos potencialmente vulneráveis, sem considerar ainda as condições

psicossociais e clínicas de nascimento. Entretanto, verifica-se que, mesmo diante dos mesmos eventos estressores e dos mesmos fatores adversos, podem ocorrer diferenças individuais nas trajetórias de desenvolvimento, já que alguns indivíduos apresentam um padrão de desenvolvimento mais adequado do que outros. Essas diferenças devem ser compreendidas buscando-se observar os fatores que realmente produzem efeitos adversos e também aqueles capazes de neutralizar ou amenizar tais efeitos. Os eventos capazes de

modificar um padrão de comportamento diante de eventos adversos são chamados de fatores de proteção. São as condições do ambiente e os recursos do indivíduo, capazes de atenuar ou neutralizar os efeitos negativos dos riscos presentes. Os fatores de risco e de proteção atuam de maneira interdependente e dinâmica, sendo que, para alguns indivíduos, essa interação pode resultar em um desenvolvimento psicológico e comportamental bem adaptado. Além da idade gestacional a prematuridade pode ser subdividida em função do peso, considerando os nascidos pré-termo com peso abaixo de 2500g. Os estudos relacionados à temática em questão geralmente tem avaliado crianças pré-termo em diversas etapas do desenvolvimento, do nascimento à adolescência. Alguns deles se propõem a comparar grupos de crianças pré-termo e com baixo peso com grupos de crianças nascidas a termo, outros por sua vez comparam crianças nascidas com baixo peso entre si. A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão indiretamente relacionados ao desenvolvimento precoce das crianças, em sua associação com as complicações médicas. O Comportamento social é conceituado como o comportamento onde duas ou mais pessoas se relacionam com uma terceira ou com um conjunto de pessoas em um mesmo ambiente. O comportamento social da criança é, em grande parte aprendido entre os pares, mas a influência da interação dos pais com os filhos tem sido apontado como o principal fator de desenvolvimento do comportamento social infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as práticas parentais de pais de crianças nascidas pré-termo (menor ou igual a 37

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 265.306

semanas) de muito baixo peso (menor ou igual a 1.500g) (Grupo PT) e de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (Grupo C), de ambos os sexos, na faixa etária de 24 a 42 meses e comparar as práticas parentais dos dois grupos; avaliar o comportamento social de crianças nascidas pré-termo (menor ou igual a 37 semanas) de muito baixo peso (menor ou igual a 1.500g) (Grupo PT) e de crianças nascidas a termo (maior ou igual a 37 semanas) (Grupo C), de ambos os sexos, na faixa etária de 24 a 42 meses, buscando identificar problemas de comportamento, comparando os dois grupos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para a população indicada.

Para a comunidade científica, a temática pode trazer como benefícios a avaliação quanto à correlação entre práticas parentais com crianças de muito baixo peso e o desenvolvimento de repertórios sociais (comportamentos) destas, medidos por meio de instrumentos padronizados. A identificação da correlação entre estas variáveis possibilitará avanços na investigação sobre o desenvolvimento de crianças pré-termo, assim

como facilitará o manejo de pais e comunidade sobre os comportamentos das mesmas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participantes: A amostra será composta por 60 crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de 24 a 42 meses, distribuídas em dois grupos. O Grupo pré-termo será constituído por crianças nascidas pré-termo (menor ou igual a 37 semanas de idade gestacional) de baixo peso (menor ou igual a 1.500g) e o Grupo C, por 30 crianças nascidas a termo (38 a 42 semanas de idade gestacional) com peso de nascimento igual ou superior a

2.500g. O Grupo PT será formado por crianças nascidas pré-termo (maior ou igual a 37 semanas) que fazem seguimento no Ambulatório de Follow-Up da UTI Neonatal, cujos pais aceitarem participar do estudo. O Grupo C, por sua vez, será formado de crianças que se encontram bem, porém acompanhadas em Unidades de Atenção Primária da família, Centro de Saúde Escola - Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu Vila dos lavradores e Vila Ferroviária (CSE/FMB UVL e UVF), cujos pais aceitarem participar. As práticas parentais serão

avaliadas com a Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC), que permite observar as práticas de cuidados, crenças que orientam

os comportamentos de pais de crianças de até 3 anos de idade. O comportamento será avaliado

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 265.308

pelo CBCL, Child Behavior Checklist, que é uma escala que visa avaliar problemas de comportamento em crianças de um ano e meio a cinco anos de idade, através do relato dos cuidadores. Será usado também um Protocolo de Entrevista. Os instrumentos de avaliação serão analisados e pontuados conforme as respectivas normas e será elaborado um banco de dados em Excel. Buscando responder aos dois primeiros objetivos do presente estudo, serão realizadas análises descritivas dos dados, os quais serão apresentados por meio de estatísticas descritivas de posição e variabilidade. Em seguida, serão realizadas análises de associação entre as práticas parentais e os problemas de comportamento das crianças, excell, estatística inferencial de acordo com a natureza das variáveis utilizando o Teste t. de Student e a o r, de Pearson. Para o tratamento estatístico dos dados será adotado nível de significância de 0,05 (= 5%).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos exigidos por este CEP. O TCLE está bem redigido e esclarece os objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Recomendo aprovação do presente projeto sem necessidade de envio à CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 06 de maio de 2.013, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 265.308

BOTUCATU, 07 de Maio de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1008

E-mail: capellup@fmb.unesp.br