

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - FMB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um
ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e
proteção

Débora Gerardo Ribeiro

BOTUCATU – SP
2010

Débora Gerardo Ribeiro

Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um
ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e
proteção

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em
Saúde Coletiva, Programa de Pós-
Graduação em saúde coletiva, Faculdade
de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista – UNESP

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Gimol Benzaquen Perosa

Apoio: CAPES

BOTUCATU – SP
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Ribeiro, Débora Gerardo.

Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção / Débora Gerardo Ribeiro. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa

Capes: 40600009

1. Cuidados primários de saúde. 2. Crianças - Desenvolvimento. 3. Capacidade motora nas crianças. 4. Programa Saúde da Família (Brasil).

Palavras-chave: Atenção primária; Desenvolvimento infantil; Interação mãe criança; Saúde mental materna.

RIBEIRO, Débora Gerardo

Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano, atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP

APROVADO EM: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho

*À minha mãe querida, **Angela**, que me ensinou a viver com dignidade, os valores da vida, pelo amor incondicional e por nunca medir esforços para me proporcionar o melhor.*

*Ao meu pai querido, **Fernando**, pelo incentivo, apoio, amor, carinho e compreensão dedicados a mim ao longo da vida.*

Agradeço especialmente

À Professora Doutora Gímol Benzaquen Perosa

Pelo papel que tem em minha formação;

Pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal que me concedeu;

Pelo apoio, atenção, carinho e respeito dedicados a mim no decorrer deste tempo em que trabalhamos juntas.

Muito obrigada!

Agradecimentos

A todas as mães e crianças que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo para realização deste trabalho.

Aos funcionários das duas unidades de Estratégia de Saúde da Família, especialmente Fernanda, Cristina, Maisa, pela disponibilidade e aos agentes comunitários de saúde pelas inúmeras convocações. Certamente, sem o empenho destas pessoas, este trabalho seria impossibilitado.

À professora Doutora Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e a Professora Doutora Maria Beatriz Martins Linhares, pela atenção e disponibilidade em compartilhar suas experiências, dando contribuições a este trabalho no exame de qualificação.

À Professora Doutora Eliana Cyrino, pelos ensinamentos em docência.

Ao Grupo de Apoio a Pesquisa (GAP) da Universidade Estadual Paulista, especialmente ao estatístico Hélio Rubens, pelas análises e orientações de parte da pesquisa.

Ao amigo Danilo Forlim, pela ajuda nas análises dos vídeos utilizados nesta pesquisa. Muito obrigada!

A CAPES, pela bolsa de mestrado.

Ao Fábio, querido companheiro de todas as horas, por toda ajuda orientação, exemplo, carinho, amor, paciência, compreensão e cumplicidade. Obrigada por ter nascido!

À minha família, Nonna Sofia, Tia Giuseppa, Mãe Angela, Pai Fernando, Avó Anilcéia (in memoriam), Irmã Marcela, Cunhado Fernando, por todo apoio, carinho, respeito e exemplos de vida e também por ser minha rede de apoio. Muito Obrigada!

Aos meus pequenos sobrinhos, Davi e Raul, que ainda nada sabem do mundo, mas que fazem “meu mundo” mais alegre...

Aos amigos de longe, Vanessa, Lucélia, Kátia, Patrícia, Caroline, Marília, que apesar da distância, se fazem sempre presentes.

Aos amigos de perto, Daniela Traficante, Daniela Fossato, Gustavo, Augusto, Samira, Fernanda, Luciana, Juliana, Carlos, Danilo Tebaldi, Danilo Forlím, Maria Izabel e Leticia, pelo acolhimento de sempre...

À equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (CSE), queridos companheiros de trabalho, pela compreensão deste momento tão importante e tão trabalhoso. Muito obrigada!

E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, compartilhando experiências e conhecimentos.

“Quando mais nada houver, eu me erguerei cantando, saudando a vida com meu corpo jovem. E numa louca corrida entregarei meu ser ao ser tempo e a minha voz a doce voz do vento. Despojado do que já não há, solto no vazio do que ainda não veio. Minha boca cantará cantos de alívio pelo que se foi, cantos de espera pelo que há de vir”

Caio Fernando Abreu

RESUMO

RIBEIRO, D. G. **Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção.** 2010. 124 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2010.

Entre as prioridades do atual modelo de saúde brasileiro, após a implantação do Sistema Único de Saúde, estão o cuidado e a atenção integral à criança, seu acompanhamento sistemático, com o objetivo de prevenir doenças e promover seu crescimento e desenvolvimento. Especificamente na atenção primária, a vigilância ao desenvolvimento tem por objetivo detectar problemas no processo evolutivo, identificar fatores de risco e proteção, visando aliviar e neutralizar efeitos das adversidades e criar ações promotoras do desenvolvimento. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco e proteção psicossociais e biológicos para o desenvolvimento neuropsicomotor, de 65 crianças não clínicas, com um ano de vida, cadastradas em duas unidades de ESF, de Botucatu. Realizou-se um estudo transversal, no qual foram avaliadas as condições socioeconômicas da família, condições pré, peri e pós-natais, saúde mental materna e as formas de interação mãe/filho, para identificar possíveis associações com o desenvolvimento infantil. De início, as mães responderam ao Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial e ao Self Report Questionnaire-20 para avaliar a saúde mental materna. A seguir, foi aplicado, na criança, o teste de Triagem de Desenvolvimento DENVER II e, foi gravado, em sala da unidade, um episódio da mãe brincando com o filho, de aproximadamente sete minutos, avaliado segundo o Protocolo de Avaliação da Interação Diádica. Dois observadores independentes categorizaram as observações e foi calculado o índice de fidedignidade. Primeiramente, foi realizada a análise descritiva dos dados, baseada no cálculo de frequência, porcentagem, incidência ou mediana, de acordo com a natureza deles. Para as análises das variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher. Para as variáveis contínuas utilizou-se os testes Mann-whitney (para comparar diferenças entre dois grupos independentes) e o Kruskal-Wallis (para comparar diferenças em mais de dois grupos independentes). Na análise de predição foi realizado o modelo de Regressão Logística e os resultados foram discutidos no nível de 5% de significância. Os resultados mostraram maiores índices de risco ao desenvolvimento que em outros estudos: 43,1% das crianças estavam em risco para o seu desenvolvimento global, sendo a área mais afetada a linguagem (24%) e a área menos afetada a motora ampla, com 100% de normalidade. As variáveis demográficas, situação ocupacional materna, risco pré-natal, depressão gestacional e indicativo de transtorno mental comum (TMC) da mãe

apresentaram associação estatisticamente significativa com risco para o desenvolvimento, assim como as seguintes variáveis da situação interativa: estimulação cognitiva, desengajamento, intrusividade materna e envolvimento da criança. As mães que relataram mais dificuldades no cuidado tinham comportamento mais intrusivo. Em relação á saúde mental, 17% das mães relataram depressão gestacional e uma alta porcentagem (44,6%) tinha indicativo para TMC no final do primeiro ano de vida da criança, com associação significativa com atraso em áreas específicas do desenvolvimento: linguagem e motricidade fina. No modelo de regressão logística, permaneceram como preditores de risco para o desenvolvimento global, situação ocupacional materna (trabalhar fora), ausência de risco pré-natal, presença de TMC materno e o envolvimento da criança na interação. Esses achados reforçam a importância da avaliação do desenvolvimento como conduta de rotina nas consultas de crianças, mesmo quando elas não são de risco biológico, assim como identificação das condições maternas de cuidado, especialmente sua saúde mental, para poder promover ações que proporcionem às crianças oportunidades de um desenvolvimento adequado.

Palavras chave: Desenvolvimento infantil; Saúde mental materna; Interação mãe criança; Atenção primária.

ABSTRACT

RIBEIRO, D. G. **Neuropsychomotor development in one-year-old children attending ESF units: protective and risk factors.** 2010. 124 f. Dissertation (master's) –Botucatu Medical School, São Paulo State University, 2010.

Among the priorities of the current Brazilian healthcare model, following the implementation of the Healthcare Unified System, is the provision of care and full assistance, as well as the systematic follow up of children viewing the prevention of diseases and the promotion of growth and development. Specifically at the primary level, the surveillance of growth aims at detecting problems in the evolutive process, identifying protection and risk factors in order to alleviate and neutralize the effects of adversities and to create actions to promote development. Within this framework, the purpose of this study was to identify the psychosocial and biological factors of risk and protection for neuropsychomotor development in 65 non-clinic one-year-old children attending two ESF units in Botucatu. This cross-sectional study assessed family socioeconomical status; pre-, peri- and post-natal status;; maternal mental health; and mother/child interaction, to identify possible associations with child development. First, all mothers responded to bio-psycho-social questionnaires and the Self Report Questionnaire-20 for the assessment of maternal mental health. Subsequently, the children underwent DENVER II Developmental Screening testing, and a 7-min session of mother-child free-play was taped and evaluated according to a Dyadic Interaction Protocol. Two independent observers categorized observations and the reliability index was estimated. A descriptive analysis was performed based on estimates of frequency, percents, incidence or median values, depending on the nature of the data. The Chi-square test and the exact test of Fisher were used in the analysis of categorical variables, while the tests of Mann-Whitney (for differences between two independent groups) and Kruskal-Wallis (for differences among more than two independent groups) were used for continuous variables. For prediction analysis, a logistic regression model was used and significance was set at 5%. In comparison with other studies, development risks were higher: overall development was at risk in 43.1% of the children. The most affected area was language (24%), and the least affected were large motor skills, with 100% being normal. Demographic variables, maternal occupational status, prenatal risk, gestational depression and maternal common mental disorder (CMD) indicators did not were significantly associated with development risk, as well as the interaction variables cognitive stimulation, disengagement, maternal intrusiveness and child involvement. The mothers, who most complained of difficulty in caring, showed the most intrusive behavior. In relation to mental health, 17% of the mothers reported gestational depression and

a high rate of them (44.6%) had a CMD indicator at the end of the child's first year of life significantly associated with delay in specific developmental areas: language and fine motor skills. Logistic regression showed that maternal occupational status (work outside the home), presence of prenatal risk, presence of maternal CMD and child interaction involvement remained predictive of overall development risk. These findings stress the importance of evaluating development during routine examination, even when a child is not at biological risk, as well as identifying maternal caring status, especially maternal mental health, in order to promote actions able to provide children with the opportunity of developing adequately.

Key words: Child development; maternal mental health; mother-child interaction; primary care.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	14
Lista de Ilustrações	15
Lista de Anexos	16
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	17
1.1. A perspectiva desenvolvimentista: fatores de risco e proteção	17
1.2. Resiliência.....	19
1.3. Interação Mãe-Criança: aspectos conceituais.....	21
1.4. O Ambiente familiar.....	24
1.5. O Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde.....	28
1.6. Objetivos.....	30
1.6.1. Objetivo Geral.....	30
1.6.2. Objetivos Específicos	31
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	32
2.1. Local de estudo	32
2.2. Participantes	32
2.3. Aspectos éticos	34
2.4. Instrumentos e Materiais	34
2.5. Procedimentos.....	38
2.5.1. Seleção dos participantes	38
2.5.2. Coleta de dados	38
2.6. Análise dos dados.....	38
2.7. Tratamento Estatístico	42
CAPÍTULO III – RESULTADOS	44
3.1 Perfil da Amostra do Estudo	45
3.1.1 História reprodutiva da mãe, saúde mental materna atual e condições de nascimento da criança	49
3.1.2. Condições de saúde, hábitos das crianças, segundo relato das mães.....	51
3.1.3. Expectativas e relatos maternos sobre o desenvolvimento, dificuldades no cuidado, atividades conjuntas, rede de apoio e lazer	53

3.1.4. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (global e nas subáreas específicas) e dos comportamentos interativos.....	55
3.1.5. Comportamentos das mães e das crianças na situação interativa	56
3.2. Análises do desenvolvimento neuropsicomotor e variáveis associadas	57
3.2.1. Variáveis sociodemográficas, saúde mental materna atual e desenvolvimento global da criança	57
3.2.2. Variáveis sociodemográficas paternas e desenvolvimento global da criança	58
3.2.3. Condições socioeconômicas e sociodemográficas da família e desenvolvimento global da criança	59
3.2.4. Comportamentos Maternos e Infantis relacionados ao desenvolvimento global da criança.....	60
3.3. Análise entre comportamentos interativos e variáveis associadas.....	64
3.3.1. Análise das associações entre os comportamentos interativos das mães e das crianças	64
3.3.2. Transtorno mental da mãe e comportamentos maternos e da criança na interação diádica.....	65
3.3.3. Relato e dificuldade no cuidado à criança e comportamentos maternos observados durante interação diádica	66
3.4. Análise do modelo de predição do desenvolvimento global da criança	66
CAPITULO IV – DISCUSSÃO.....	68
4.1. Caracterização da amostra	68
4.2. Fatores de Risco e Proteção	69
4.3. O Desenvolvimento Infantil.....	75
4.4. Desenvolvimento e Interação.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características das Crianças	45
Tabela 2 –	Características das Famílias	46
Tabela 3 –	Características das Famílias	47
Tabela 4 –	Características das condições de moradia das famílias	48
Tabela 5 –	História reprodutiva das mães e avaliação de saúde mental atual	49
Tabela 6 –	Condições de nascimento da criança	50
Tabela 7 –	Condições de saúde, desenvolvimento e comportamento das crianças, segundo relato das mães	51
Tabela 8 –	Expectativas maternas sobre o desenvolvimento da criança, dificuldades no cuidado e rede de apoio	53
Tabela 9 –	Condições de interação e lazer com a criança, segundo relato das mães	54
Tabela 10 –	Desempenho global das crianças, no teste neuropsicomotor de Denver II e nas 4 áreas específicas (linguagem, pessoal social, motor fina e motor ampla)	55
Tabela 11 –	Comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa	56
Tabela 12 –	Associação entre variáveis maternas e os indicadores de desenvolvimento global da criança	57
Tabela 13 –	Associação entre variáveis paternas e os indicadores de desenvolvimento global da criança	58
Tabela 14 –	Associação entre variáveis socioeconômicas e sociodemográficas e os indicadores de desenvolvimento global da criança	59
Tabela 15 –	Associação entre comportamentos maternos e desenvolvimento global	60
Tabela 16 –	Associação entre comportamentos infantis e desenvolvimento global	61
Tabela 17 –	Comparação dos Comportamentos maternos, durante a interação diádica, em criança que apresentaram (ou não) atrasos de desenvolvimento nas áreas pessoal social, linguagem e motor fino	62
Tabela 18 –	Associação entre transtorno mental da mãe e atrasos no desenvolvimento das nas áreas pessoal social, motor fina e linguagem	63
Tabela 19 –	Correlação entre os comportamentos maternos e da criança durante da interação diádica	64
Tabela 20 –	Comparação dos comportamentos de mãe e crianças na interação diádica, de díades cujas mães pontuaram (ou não) para transtorno mental comum	65
Tabela 21 –	Comparação dos comportamentos maternos emitidos durante a interação diádica das mães que relataram dificuldade (ou não) no cuidado á criança....	66
Tabela 22 –	Modelo de regressão logística ajustado para explicar variáveis como preditoras de risco para atraso de desenvolvimento	67

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Composição da amostra na Unidade de ESF I	33
Figura 2 –	Composição da amostra na Unidade de ESF II.....	33
Quadro 1 –	Perguntas e classificação das respostas dadas pelos cuidadores nas questões abertas do roteiro de Entrevista para Identificação de risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança	41

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 –	Aprovação do Comitê de Ética	108
Anexo 2 –	Termo de consentimento.....	109
Anexo 3 –	Teste de Triagem Denver II	110
Anexo 4 –	Entrevista para Identificação de Risco e Biopsicossociais na História de Vida da Criança	111
Anexo 5 –	Protocolo da Avaliação Diádica	115
Anexo 6 –	Definições das Categorias Comportamentais Maternas	117
Anexo 7 –	Self Report Questionnaire – SRQ.....	122
Anexo 8 –	Tabela da avaliação do teste DENVER II da amostra total.....	123

Capítulo I

Introdução

1.1. A perspectiva desenvolvimentista: fatores de risco e proteção

O desenvolvimento humano caracteriza-se por mudanças constantes nas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem de modo gradual. Especificamente os estudos sobre o desenvolvimento infantil têm como objetivo avaliar o modo como o organismo humano cresce e muda durante a infância, levando em conta não só as diferenças individuais, mas a ação do contexto e da situação ambiental. Fatores biológicos e psicossociais atuam em conjunto desde a concepção, podendo levar o indivíduo, ou não, a um desenvolvimento saudável (NEWCOMBE, 1999).

Frente a atrasos no desenvolvimento e desordens de adaptação do indivíduo, a Psicopatologia do Desenvolvimento, sob perspectiva desenvolvimentista e ecológica, propõe que se estudem as origens e o curso dos padrões individuais de comportamentos desadaptados, a partir do processo e do contexto no qual o indivíduo está inserido (ACHENBACH, 1992, SROUFE & RUTTER; 1984, KAZDIN, 1989; GARBER, 1984).

Essa avaliação pressupõe algumas etapas: a) avaliar se o comportamento é desviante, comparando a criança em questão com outros indivíduos que apresentam mesmo nível de desenvolvimento; b) levar em consideração a sequência das etapas de desenvolvimento; c) avaliar o comportamento, considerando a história prévia do indivíduo; d) observar como o sujeito enfrenta as tarefas evolutivas e o progresso nas competências de adaptação e, e) ter como objetivo final a promoção do desenvolvimento através de intervenções (ACHENBACH, 1992; KAZDIN, 1989).

As falhas adaptativas na história do desenvolvimento do indivíduo têm se mostrado predictoras de desordens futuras, pontuando a relevância de detectar desadaptações em idades precoces para poder iniciar intervenções e prevenir problemas. (ACHENBACH, 1992; GLASCOE, 2000). Há evidências suficientes de que quanto mais precoces forem o diagnóstico do atraso do desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança (HALPERN *et al.*, 2000). Portanto, pode-se afirmar que a Psicopatologia do Desenvolvimento tem objetivos preventivos na medida em que se propõe a identificar fatores que interferem na saúde das crianças, determinando o diagnóstico e

prognóstico segundo o processo de desenvolvimento, e propondo intervenções a curto e médio prazo (LINHARES *et al.*, 2004).

Sob essa perspectiva, ao avaliar as desordens do desenvolvimento assume-se, em primeiro lugar, que o desenvolvimento tem um caráter multifatorial, é um produto de efeitos diretos e indiretos, em que um fator pode desencadear diversas consequências e um transtorno pode ser resultado de uma variedade de trajetórias. A seguir, considera-se o efeito cumulativo do risco. Na população estudada por Halpern *et al.* (2000), a parcela mais desfavorecida acumulava vários fatores de risco (sociais, econômicos e biológicos) que determinavam uma maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças. A soma e a persistência dos fatores de risco na vida de um indivíduo aumentam a ameaça ao seu desenvolvimento sadio e adaptativo (LINHARES *et al.*, 2004). Desta forma, para compreensão dos processos desenvolvimentais deve-se levar em conta a complexa combinação de influências que em face à adversidade podem ter diferentes desfechos, remetendo à necessidade de abordar os fatores e mecanismos de risco e proteção (RUTTER & SROUFE, 2000).

Os fatores de risco influenciam de maneira complexa e adversa o desenvolvimento infantil. Segundo Reppold *et al.* (2002), fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre eles, os comportamentos/acontecimentos que podem comprometer a saúde, o bem estar ou o desempenho social da criança. Podem ser fatores de risco estabelecido, risco biológico e risco ambiental, podendo ocorrer antes, durante e depois do nascimento (RODRIGUES, 2003).

Os fatores de risco estabelecido seriam os de origem genética, erros inatos do metabolismo e malformações congênitas. Entre os riscos biológicos, estariam acontecimentos pré, peri e pós-natais como prematuridade, baixo peso ao nascimento, complicações no parto e na gravidez. Já entre os fatores de risco ambientais, estão às experiências adversas de vida ligadas à família como, falta de recursos sociais, conflitos familiares, morte, doença crônica, problemas de saúde mental do cuidador, hospitalizações, divórcio dos pais, separações, violência e maus-tratos (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Fatores de risco normalmente são múltiplos e interdependentes, dificilmente associados a uma única causa (FIGEIRAS *et al.*, 2001; GRAMINHA, 1997), e, quando presentes, podem desencadear mecanismos de risco, processos que provocam reações negativas em cadeia (YUNES & ZYMANSKY, 2001).

Dependendo do número de fatores de risco aos quais o indivíduo foi exposto, o tempo, o momento e a gravidade do mesmo, eles podem ter diferentes influências no desenvolvimento (ENGLE, CASTLE & MONON, 1996). Segundo Andraca *et al.* (1999), o

efeito acumulado de sete ou mais fatores de risco associou-se a atrasos significativos de desenvolvimento. A combinação das seguintes categorias de risco: temperamento infantil, inteligência materna, papel do pai e estímulo no lar, permitiu melhor predição do desenvolvimento infantil que outras combinações analisadas.

Fazendo contraponto com os fatores de risco, os fatores de proteção consistem em aspectos individuais e/ou ambientais que atenuam, modificam e melhoram os efeitos negativos do risco, no desenvolvimento e na adaptação. Os fatores de proteção também podem desencadear mecanismos de proteção. Os mecanismos de proteção podem estar presentes no ambiente familiar, no ambiente social ou ser recursos que o indivíduo dispõe internamente para lidar com a situação considerada de risco. Como exemplo, boa qualidade e estabilidade nas interações, boa comunicação pais-filhos, coesão, demonstração de reconhecimento e aceitação, estabelecimento de limites, condições socioeconômicas estáveis e apoio social (PINHEIRO, 2004).

A principal característica dos fatores de proteção é modificar a resposta do indivíduo à situação de risco (RUTTER, 1987). Para Grünspun (2009, p.1) eles atuam como “... um escudo para favorecer o desenvolvimento humano, quando pareçam sem esperança de superação por sua intensa ou prolongada exposição a fatores de risco.”

Segundo Haggerty *et al.* (2002), de um lado estão os fatores de proteção individuais, como cuidados estáveis, habilidade para solução de problemas, qualidade do relacionamento com pares e adultos, competência, eficácia, identificação com modelos competentes. Por outro lado, a capacidade de proteção se estende às variáveis contextuais, envolvendo, principalmente, os vários níveis de suporte social. A identificação de como e em que fase do desenvolvimento atua os mecanismos protetores é fundamental para a organização de intervenções efetivas, diante dos eventos considerados de risco (RUTTER, 1987).

1.2. Resiliência

O interjogo entre fatores de risco e mecanismos de proteção pode desencadear o processo de resiliência, definida como a capacidade do indivíduo de responder à adversidade com o intuito de superá-la e recuperar-se (RUTTER, 2000).

Este processo caracteriza-se pela interação do indivíduo com a vulnerabilidade (imposta pela situação de risco) e com a capacidade que tem para reagir à adversidade vivida, obtendo como resposta final, ajustamento e adaptação (YUNES & SZYMANSKY, 2001; TAVARES, 2001). Segundo Pinheiros (2004) o indivíduo que apresenta resiliência é aquele

que mostra habilidade para reconhecer a adversidade e resolver conflitos de forma construtiva, atingindo o equilíbrio. Isto não significa que o indivíduo saia totalmente ileso da situação, pois, apesar da resiliência, não se eliminam os efeitos negativos, em sua história de vida (ZIMMERMAN & ARUNKUMAR, 1994).

De acordo com Hutz, Koller & Bandeira (1996), a constatação de elementos que potencializam situações de risco, ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao estresse, remete ao conceito de vulnerabilidade. Alguns autores entendem a vulnerabilidade como a predisposição individual para desenvolver várias formas de psicopatologias, comportamentos não adaptados ou ter susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento (LUTHAR, CICHETTI & BECKER, 2000; DE ANTONI & KOLLER, 2000). Por outro lado, há autores que acreditam que a vulnerabilidade é o conjunto de aspectos que vão além das características individuais, envolvendo aspectos coletivos e contextuais, como falta de disponibilidade ou carência de recursos destinados a proteção das pessoas, que aumentam a susceptibilidade a doenças ou agravos (AYRES *et al*, 1999; SANCHEZ & BERTOLOZZI, 2007).

Quando fatores de risco se sobrepõem aos fatores de proteção, a criança pode desenvolver problemas e a intervenção deve ter o papel de aumentar a capacidade de resiliência e reduzir a vulnerabilidade. (WERNER, 1986).

Apesar das inúmeras definições de resiliência, normalmente ela é relacionada ao manejo pelo indivíduo de recursos pessoais e contextuais (BASTOS, ALCÂNTARA & FERREIRA-SANTOS, 2002; RUTTER, 2006). A possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo resiliente (GRÜNSPUN, 2009). Na medida em que o indivíduo resiliente lança mão de seus recursos positivos para enfrentar as adversidades, a resiliência pode ser considerada fator de proteção para a adaptação do indivíduo às exigências cotidianas.

De acordo com Garnezy (1985), a resiliência provém: a) do temperamento positivo, sociabilidade e auto-estima positiva do indivíduo; b) de atributos da família, incluindo boas relações, coesão e adequada composição de regras; c) de atributos extra-familiares, como meio social e suporte social. A marca desta abordagem reside na ideia de que o indivíduo age sobre seu meio e recebe influências dele, que o risco é individual, mas pode ser potencializado ou moderado pela interação da condição ambiental (RUTTER, 1999; RUTTER, 2006). Assim, a resiliência se desenvolve e muda à medida que mudam os sistemas de proteção da criança. Portanto, alguns recursos estão na criança e outros surgem das relações, do múltiplo contexto de vida da criança, incluindo suas relações familiares (MASTEN, 2009).

Segundo Masten (2009) a resiliência pode ser promovida de três maneiras: 1) reduzindo a exposição a riscos ou adversidades; 2) Aumentando recursos disponíveis para compensar o risco; 3) Mobilizando e facilitando sistemas de proteção, através de intervenções, promovendo o desenvolvimento ou restabelecendo sua função.

A relação inicial mãe-criança tem sido apontada como importante preditor da resiliência na criança. O comportamento do cuidador (mãe) pode ter um papel decisivo quando relacionado à adaptação das crianças expostas a situações de risco, tanto biológico quanto psicossocial. A capacidade materna de cuidar adequadamente da criança e de aperfeiçoar os recursos disponíveis amenizaria o impacto de um ambiente desfavorável, especialmente durante os períodos de maior vulnerabilidade da criança como durante a vigência de doenças, no desmame ou quando a família está passando por uma crise financeira (ENGLE, 2009). Desta forma, os cuidados maternos podem ter função moderadora, ou seja, de proteção para o desenvolvimento de crianças expostas a diferentes riscos (LAUTCH, ESSER & SCHMIDT, 2002; BÖING & CREPALDI, 2004; ENGLE, 2009, YUNES 2006; MASTEN, 2008).

1.3. Interação Mãe-Criança: Aspectos conceituais

A construção de uma relação protetora proporciona o alicerce necessário para a promoção da resiliência, principalmente quando há fatores de riscos biológicos e psicossociais associados (SILVA *et al.*, 2005). A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos peri-natais e o posterior desenvolvimento da criança, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da linguagem, comunicação, socialização e cognição (ZAMBERLAN, 2002).

Na primeira infância os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela família e quase sempre estão focados nos cuidados maternos (ANDRADE *et al.*, 2005). Vários teóricos consideram o primeiro ano de vida um período crítico para o desenvolvimento afetivo e da formação do apego (BOWLBY, 1969; AINSWORTH *et al.* 1978; SCHMIDT *et al.*, 2005).

A função do sistema de apego está em garantir que as crianças se liguem às pessoas de quem poderão obter cuidados e proteção. Bowlby, em estudos com humanos, integrou conceitos de psicanálise e da etologia para propor que a interação de apego entre a mãe e seu filho pequeno é uma característica universal, que teria evoluído para aumentar as chances de sobrevivência da prole, fundamental para o desenvolvimento emocional saudável (BOWLBY,

1984). Se os primeiros estudos, influenciados pelas descobertas de Lorenz sobre o imprinting em animais, consideravam que apego era o forte vínculo mãe/filho que se estabelecia de forma irreversível e instantânea ao nascimento, observações posteriores atribuíram ao apego o caráter de um processo que vai sendo construído, paulatinamente, no contato entre mãe e filho (TARELHO & PEROSA, 2003).

Experimentos com animais sugerem que os laços de apego são importantes para o desenvolvimento de respostas do organismo ajustadas a diferentes condições. Quando os vínculos são deficientes, como quando os indivíduos crescem em um ambiente afetivamente pobre, aumenta a probabilidade de prejuízos na capacidade de resposta às condições perturbadoras do ambiente. Em estudo com macacos rhesus, Bastian *et al.*(2003) (apud LOPES & ARRUDA, 2007) observaram que ausência de figura de apego ou interações sociais limitadas em fases precoces do desenvolvimento podia interferir nas relações sociais e cognitivas desses sujeitos, quando adultos.

Frente às condições da vida moderna, em que muitas mães trabalham e permanecem afastadas dos filhos por períodos relativamente longos, inúmeras críticas e questionamentos foram dirigidos às colocações de Bowlby e à teoria do apego, alegando que ela precisa ser investigada em diferentes contextos socioculturais e receber validação transcultural (RIBAS & MOURA, 2004). Entretanto, a interação mãe-bebê e a qualidade das primeiras relações continuaram sendo o foco dos estudiosos preocupados com o curso do desenvolvimento a curto e longo prazo (LOPES & ARRUDA, 2007).

Diversos constructos foram utilizados nos estudos sobre a relação mãe /criança para designar as características interativas desejáveis e necessárias para assegurar o desenvolvimento de um apego seguro entre a criança e seus cuidadores, dentre eles a responsividade e sensibilidade. O conceito de responsividade ganhou importância crescente na descrição e explicação do desenvolvimento infantil, à medida que pesquisas mostravam que estava fortemente associado à formação dos vínculos de apego (ISABELLA & BELSKY, 1991) e a um bom desenvolvimento cognitivo posterior (PAPOUSEK & PAPOUSEK, 1984; OPPENHEIN, SAGI, LAMB, 1988; SCHAFFER, 1992; PICCININI, ALVARENGA E FRIZZO, 2007). Para Ribas, Moura e Ribas, Jr. (2003, 2007), a responsividade é um bom preditor do desenvolvimento social e cognitivo da criança, na medida em que a resposta contingente da mãe leva a criança a um estado de segurança que possibilita explorações e intervenções no ambiente, assim como a aquisição de habilidades sociais.

Piccinini, Alvarenga e Frizzo (2007) verificaram que crianças que foram cuidadas de forma sensível e responsiva tendiam a desenvolver um padrão de apego seguro, que se

traduzia em confiança na responsividade da mãe, assim como em sua disponibilidade emocional. De modo contrário, crianças cujos cuidados não se caracterizavam pela sensibilidade e responsividade materna tendiam a desenvolver apego inseguro, e, como consequência, tinha falta de confiança, uma atitude negativa em relação ao mundo, aumentando a chance de desadaptações futuras.

Segundo alguns pesquisadores (LORDELO, 2002; RIBAS, MOURA e RIBAS, JR.; 2003), a responsividade não conta com uma definição consensual, podendo confundir-se com outros conceitos, como por exemplo, a sensibilidade. Os indicadores de responsividade empregados nas pesquisas são bastante variados, justificando a preocupação com sua definição, para poder comparar os resultados dos diferentes estudos.

Para Rutter (1984), a responsividade materna se caracteriza pela habilidade que a mãe tem em perceber e responder adequadamente às necessidades e formas comunicativas da criança, assumindo, portanto, uma posição central nos eventos que marcam as experiências iniciais da díade. Essa habilidade é fundamental na construção de uma relação de mutualidade e pode funcionar como um fator mediador e como um mecanismo de proteção. (SCHAFFER, 1996; SCHERMANN *et al.*, 1997). De forma similar, Isabella *et al.* (1989) e Van de Bomm (1994) definiram o conceito de sensibilidade materna como a atenção e percepção consistentes e contingentes da mãe, interpretadas e seguidas de respostas apropriadas aos sinais da criança, que leva à sincronização da díade, caracterizam uma experiência interativa recíproca e mutuamente recompensadora e se reflete tanto no comportamento da mãe, quanto no do bebê.

Ribas, Seidl de Moura e Ribas, Jr. (2003) afirmam que apesar das diferenças no conjunto de definições de responsividade encontradas na literatura, a maioria trata a responsividade como comportamento materno que é apropriado e contingente (ou imediatamente relacionado) ao comportamento infantil. Outros autores, entretanto, afirmam que a responsividade pode ser identificada em outros atributos maternos, não sendo um constructo único, mas um conjunto de domínios que inclui outras variáveis como, sensibilidade, afeto positivo, disponibilidade emocional, capacidade de previsão e não intrusividade por parte do adulto/cuidador (PICCININI, ALVARENGA E FRIZZO, 2007).

Se a maioria dos estudos sobre as interações iniciais mãe/criança priorizou a responsividade e tiveram bebês como sujeitos, pesquisas com crianças mais velhas, no fim do primeiro ano de vida, com repertório comportamental mais amplo e interações mais complexas, enfatizaram a necessidade de voltar os olhos para outros aspectos do contexto interativo.

Para Kreisler (1999) e Mazet & Stoleru (1990), a interação mãe/filho saudável e adequada, deveria contemplar algumas qualidades essenciais como prazer no contato, quantidade adequada de estimulação, reciprocidade, flexibilidade e estabilidade. Em contraposição, as interações insatisfatórias se caracterizariam por pouco investimento prazeroso, insuficiência ou sobrecarga de estimulação, falta de reciprocidade, de flexibilidade e instabilidade.

Piccinini, Frizzo e Marin (2007), propõem que para avaliar a interação é preciso contemplar várias categorias de comportamentos, que captem as especificidades dos diferentes períodos do desenvolvimento, e a relação existente entre elas. Criaram um protocolo específico, composto por comportamentos da criança (envolvimento, interação, afeto positivo, afeto negativo) e do adulto (sensibilidade, estimulação cognitiva, afeto positivo, afeto negativo, desengajamento e intrusividade), para observar mães/crianças de um ano, em interações diádicas.

1.4. O ambiente familiar

Segundo Bronfenbrenner (1996, 1998), o desenvolvimento humano se caracteriza como um processo contínuo e recíproco, em um interjogo de aspectos biológicos, psicológicos e ambientais, que incluem contextos que vão além da interação mãe-criança, como a família, a creche, escola, entre outros.

Desde a primeira infância, a criança está inserida em uma estrutura familiar, responsável pela gênese dos principais vínculos, assim como pelos cuidados e estímulos necessários para seu crescimento e desenvolvimento (ANDRADE *et al.*, 2005)

A família é o grupo social básico do indivíduo, cuja função e estrutura são determinantes em seu desenvolvimento. Nesse sentido, é indispensável que ela propicie a promoção de um ambiente incentivador, protetivo e seguro, para que a criança possa aprender e se desenvolver. No entanto, o ambiente familiar, incluindo a relação mãe-criança, que geralmente desempenha uma função de proteção, muitas vezes, pode representar um fator de risco (HAWLEY & DEHAAN, 1996). A literatura refere como fatores de risco do âmbito familiar, o baixo nível socioeconômico e a fragilidade nos vínculos familiares, resultando em prejuízos para o desenvolvimento infantil (BRADLEY & CORWYN, 2002).

Estudos desenvolvidos com sujeitos de diferentes estratos socioeconômicos indicaram que variáveis culturais e educacionais tem relação direta com a responsividade materna, confirmando a hipótese de que mães de baixo nível socioeconômico e pouca escolaridade

têm, de maneira significativa, pouca responsividade com a criança. (RICHMAN & MILLER, 1992)

Lordelo *et al.* (2000) num estudo sobre responsividade materna às demandas da criança, realizada com 45 mães, 22 residentes em um bairro de ocupação irregular ("invasão") e as demais em bairros de classe média, com filhos cujas idades variavam de 1 a 3 anos, identificaram que os níveis de responsividade materna foram extremamente diferentes quando se considerou escolaridade e condição socioeconômica, sendo muito mais altos entre as mães de classe média e escolaridade superior. Andrade *et al.* (2005), avaliando 350 crianças, entre 17 e 42 meses, em áreas centrais e periféricas de Salvador, também mostraram que a qualidade do estímulo doméstico que se associava a um bom desenvolvimento cognitivo da criança, era oferecida por mães que tinham maior escolaridade, trabalhavam fora e conviviam com companheiros no ambiente familiar. Crianças que conviviam com um reduzido número de menores de cinco anos, usufruíam, também, de melhor qualidade da estimulação.

Apesar desses resultados, vários pesquisadores vêm questionando se os diferentes contextos de criação (famílias monoparentais, pais divorciados), assim como a privação cultural em ambientes de pobreza, são realmente contextos deficientes, com pouca responsividade, ou apenas sinalizam que são famílias com sistemas de crenças, concepções e valores sobre a educação de filhos, diferentes dos sujeitos de classe média (LORDELO, FONSECA & ARAÚJO, 2000; LORDELO, 2002; YUNES & SZYMANSKI, 2001). Por exemplo, no Japão, se considera que a mãe tem boa sensibilidade se ela souber antecipar as necessidades da criança, o que muitas vezes significa evitar que o filho vivencie situações que provocam stress. Já nos Estados Unidos e outros países ocidentais, onde se valoriza a autonomia e independência da criança, o cuidado sensitivo e responsivo está em esperar que a criança comunique suas necessidades antes de tomar providências para atendê-las (RIBAS & SEIDL DE MOURA, 2004).

Lordelo (2002) sugere que ao adotar um conceito e uma metodologia para estudar a responsividade deve-se levar em conta que o desenvolvimento não é apenas um empreendimento biológico, com sua lógica de aptidão, mas se trata, também, de um empreendimento sócio-cultural, com uma lógica própria, orientada por objetivos sociais característicos de uma época, classe social e cultura. As práticas de cuidado e educação de filhos estariam diretamente relacionadas com crenças e valores construídos por uma cultura, produto da história dos indivíduos que interagem nela.

Entretanto, sabe-se pouco, até o momento, sobre o papel que crenças e diferentes formas de educar filhos exercem no desenvolvimento infantil, visto que ainda é escassa a

inclusão de variáveis como suporte social, nível educacional, e diferenças culturais nas pesquisas sobre interação e responsividade. Segundo revisão bibliográfica e conceitual de Ribas, Moura e Ribas Jr. (2003) em apenas 6,29% das publicações, essas variáveis foram contempladas nos estudos.

Além do nível socioeconômico e escolaridade, a literatura aponta outras características e condições maternas que podem afetar de forma adversa o desenvolvimento infantil. Dentre elas receberam destaque os distúrbios psicológicos, a depressão crônica ou ansiedade extrema, quando manifestos nas relações iniciais da díade ou durante o curso da infância (FRIZZO & PICCININI, 2005; ENGLE, 2009 PATEL *et al.*, 2003).

Segundo Engle, Menon e Haddad (1997), as habilidades ou capacidades maternas como cuidadora têm estreita relação com sua saúde mental. Miranda *et al.* (1995), em estudo desenvolvido no município de Embu/SP, investigaram a relação entre saúde mental da mãe e estado nutricional infantil, encontrando uma prevalência de morbidade psiquiátrica 2,8 vezes maior entre mães de crianças desnutridas quando comparadas a mães de crianças eutróficas.

Hart *et al.* (1999) revelaram que mães deprimidas podiam desenvolver dois estilos distintos na interação com seu filho: o primeiro se caracterizava pela falta de engajamento, afastamento, e pouca estimulação; o segundo por comportamentos intrusivos e de superestimulação que também não facilitavam uma boa adaptação da criança.

Em outro estudo, com mães de crianças de 1 ano, com e sem indicadores de depressão, observou-se que as mães com indicadores de depressão possuíam um estilo mais apático de interagir com a criança, oferecendo poucos comportamentos facilitadores para exploração de objetos (SCHWENGBER E PICCININI, 2004).

Para Frizzo & Piccinini (2005), frequentemente, mães deprimidas não ficam emocionalmente disponíveis para a criança, tendem a serem menos responsivas, podendo ocasionar privação psicossocial e condições de desenvolvimento adversas.

Em estudo longitudinal, Laucht (2001) observou que 347 crianças de 2, 4, 6 e 8 anos, sujeitas à presença de fatores familiares adversos, como pais com problemas psiquiátricos, baixo nível educacional, paternidade precoce, conflitos conjugais e várias pessoas vivendo na mesma casa, corriam maior risco de atrasos no desenvolvimento e de má adaptação comportamental que crianças nascidas com riscos biológicos. Patel, De Souza & Rodrigues (2003), na Índia, verificaram que a depressão materna estava associada a um atraso do desenvolvimento cognitivo, seis meses após o nascimento. Além dos prejuízos cognitivos, a depressão materna, já foi associada, com risco de abuso à criança, bem como trauma não intencional à mesma (NEELDMAN *et al.*, 2000).

Por sua vez, há indícios mostrando que a depressão materna está associada com pobreza e com condições adversas do meio. Solymos, (1997), entrevistando moradoras de favela, na cidade de São Paulo, identificou que a impotência frente a dificuldades recorrentes no dia a dia das famílias ocasionava visões fatalistas sobre a possibilidade de enfrentar as adversidades e baixa auto-estima materna. Para Wolf, Andraca & Lozoff (2002) a depressão observada em mães de algumas comunidades latino-americanas estava associada ao fato de não ter parceiro fixo, ter grande número de filhos e inúmeras pessoas vivendo na mesma casa. Engle (2009) acrescenta, a essas variáveis, idade materna, relações maritais conflituosas, mas principalmente graves eventos vitais, como ter que enfrentar situações de perigo, violência, desastres, mortes de entes queridos e outras perdas.

Com relação á ansiedade, constatou-se que altos níveis de ansiedade materna, desinteresse ou inconsistência nos cuidados, mostrou forte associação com distúrbios no desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças (FLEMING *et al.*, 1988). Nóbrega e Campos (1995) observaram sintomas psicológicos negativos, como a ansiedade, em mães de crianças desnutridas. Barnett *et al.* (1991) identificaram que, cinco anos após o nascimento, mães que apresentaram alta ansiedade no pós-parto tiveram mais patologias psicossociais e suas crianças mais sinais de desadaptação, quando comparadas com mães com baixa ansiedade.

Em estudos epidemiológicos, com grande número de sujeitos, muitas vezes se têm utilizado, como um primeiro instrumento para rastrear a saúde mental, os testes que avaliam de transtorno mental comum (TMC). Os transtornos mentais comuns podem se apresentar através de múltiplos sintomas, como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como diversas manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes (FONSECA, GUIMARÃES & VASCONCELOS, 2008). O comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, faz do conceito de TMC uma chave para que se possa identificar a prevalência dessas manifestações de sofrimento em unidades de atenção básica, sem que esse tipo de queixa preencha todos os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos, ansiosos ou somatoformes, de acordo com as classificações do DSM-IV e do CID-10 (MARAGNO *et al.*, 2006).

1.5. O Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária à Saúde

Os avanços das últimas décadas com relação à prevenção de doenças e ao tratamento eficaz de muitas delas, tiveram uma importante repercussão nas condições gerais de vida da população mundial, inclusive em países em desenvolvimento. Nos últimos vinte anos a expectativa de vida da população aumentou, em parte devido ao esforço de inúmeros países em reduzir a mortalidade infantil. No entanto, esses ganhos nem sempre foram acompanhados por uma melhoria na qualidade de vida. Ao contrário, na década de 90, houve uma deterioração nas condições econômicas, sociais e as condições de vida da infância estiveram muito aquém do que seria adequado para garantir um bom estado de saúde. (FIGUEIRAS *et al.*, 2001).

Desde a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reestruturar o modelo de atenção à saúde, partindo de um referencial que a considera direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, humanizados e integrais. De acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1996), o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde, contando com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. Essa estratégia de descentralização objetivou facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade (SOUZA & CARVALHO, 2003).

Com o propósito de garantir melhores condições de atendimento e programar a atenção básica nos municípios, o governo federal brasileiro, em 1994, implantou o Programa de saúde da família (PSF). Criado, inicialmente, como programa, o PSF, em 1997, passou a ser definido como estratégia (ESF), isto é, uma reorganização da atenção primária, sem previsão de tempo para sua finalização. O novo modelo enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e reabilitação, e tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (Brasil, 2004). Pode-se dizer que esse modelo assistencial privilegia o cuidado primário em substituição à ação remediadora dos programas anteriores, pautados pelo tratamento de doenças e re-estabelecimento da saúde (UGÁ *et al.*, 2003).

A Estratégia Saúde da Família considera a família unidade básica de cuidado, o primeiro constituidor do desenvolvimento humano, com a condição ativa de informar sobre os riscos individuais a que estão expostos seus integrantes. A equipe multiprofissional de Saúde da Família deve atuar como fator de proteção junto às famílias, ajudando a identificar possíveis fatores de risco e, ao mesmo tempo, se apresentando como uma rede de apoio e de proteção (NORONHA *et al.*, 2009). Diante deste contexto, torna-se tarefa essencial dos serviços de saúde programar intervenções adequadas, que contribuam para a prevenção de doenças, detecção precoce e tratamento adequado, bem como para a promoção da saúde dos usuários de todas as idades (FRANCO & BASTOS, 2002).

Especificamente com relação ao desenvolvimento infantil, a Organização Mundial de Saúde - OMS estima que 10% da população de qualquer país, é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência, dentre elas as alterações de desenvolvimento (FIGUEIRAS *et al.*, 2001). Estudos realizados no Brasil, especialmente com indivíduos de baixa renda, mostraram que mais de 30% das crianças avaliadas apresentavam problemas no desenvolvimento.

Halpern *et al.* (2000) avaliando 1363 crianças aos 12 meses, escolhidas aleatoriamente de uma coorte de 5304 crianças nascidas nos hospitais de Pelotas/RS em 1993, detectaram 463 (34%) com risco para atraso no desenvolvimento. Figueiras *et al.* (2001), estudando uma amostra de 82 crianças menores de 2 anos no arquipélago do Combu/PA, observaram que 37% tinham risco para problemas de desenvolvimento.

Santa Maria-Mengel e Linhares (2007) avaliaram 120 crianças cadastradas em um Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP e puderam observar que 33% da amostra total apresentavam risco para o desenvolvimento. Quanto menor a escolaridade paterna, maior o risco de atraso de desenvolvimento. Verificaram também, que o estado nutricional abaixo do normal aos seis meses de idade e o risco psicossocial no ambiente familiar aumentava a probabilidade de problemas de linguagem expressiva. As autoras concluem que a atuação da ESF no âmbito da saúde da criança, precisa transcender a avaliação do serviço pautada apenas nas curvas de crescimento físico e detecção de doenças, para um programa de atenção ao desenvolvimento infantil e vigilância da saúde, detectando riscos ou ameaças para o desenvolvimento e saúde da criança, assim como identificando fatores de proteção e recursos para aliviar as adversidades. (SANTA MARIA-MENGEL & LINHARES, 2007).

Um diagnóstico precoce dos riscos ao desenvolvimento poderá aumentar as chances das crianças com atraso, possibilitar acesso e atenção adequada, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Desta forma, para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento é necessário estar atento à sua evolução normal e aos fatores que possam

intervir nesta evolução. Faz-se necessário seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais que ajudem na identificação das alterações, encaminhando-as o mais precocemente possível para tratamento, onde sejam feitas intervenções ou tomadas medidas preventivas para evitar desordens futuras. (FIGUEIRAS *et al.*, 2001, FIGUEIRAS, PUCCINI, SILVA & PEDROMÔNICO, 2003; SANTA MARIA- MENGEL & LINHARES, 2007).

Da mesma forma, Franco & Bastos (2002) e Molinari, Silva & Crepaldi (2005), preconizam que o atual modelo de vigilância em saúde deve dar prioridade à ação sobre os riscos à saúde, enfatizando o papel do ambiente e as ações no cotidiano. O modelo pressupõe e reforça uma maneira de lidar com a saúde através da prevenção de danos, dando ênfase aos aspectos saudáveis, ampliando-os.

Nas últimas décadas muitos estudos têm se preocupado em identificar fatores de risco para o desenvolvimento infantil, não só pelo interesse científico dos pesquisadores, mas também pela pressão das organizações governamentais e não-governamentais que de alguma maneira estão envolvidas com os direitos e cuidados com a criança. Entretanto, muito ainda há para pesquisar sobre as alterações do desenvolvimento infantil de crianças vivendo em situações de risco e as formas de viabilizar os resultados já obtidos, em novos programas de intervenção (FIGUEIRAS *et al.*, 2000).

Diante da importância que a infância vem ocupando, especificamente, na área da saúde e nos atendimentos de atenção primária, considerou-se de suma importância identificar e compreender melhor o papel dos fatores de risco e proteção psicossociais, para poder desenvolver projetos de intervenção adequados para esta população, não apenas com o intuito de remediar, mas principalmente de prevenir problemas futuros em relação ao desenvolvimento.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo Geral

O presente estudo teve por objetivo avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com um ano de vida e identificar fatores de risco e proteção a ele associados, especialmente características da interação mãe/criança.

1.6.2. Objetivos específicos

- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, global e nas subáreas específicas (motora ampla, fina, linguagem e pessoal social), de crianças com idade de um ano, atendidas em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Botucatu.
 - Identificar fatores de risco e proteção das díades: idade, escolaridade, ocupação materna e paterna, condições de moradia, saúde mental materna (transtornos mentais comuns), rede de apoio, condição de nascimento, saúde, marcos do desenvolvimento infantil e percepção materna sobre o cuidado e temperamento da criança.
 - Avaliar relação entre fatores de risco e proteção e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com um ano de vida.
 - Identificar os comportamentos maternos (sensibilidade, estimulação cognitiva, afeto positivo, afeto negativo, desengajamento e intrusividade) e da criança (envolvimento, interação, afeto positivo, afeto negativo) durante um episódio interativo e a possível relação entre eles.
 - Avaliar a relação entre as características interativas e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com um ano de vida.
 - Examinar o efeito das variáveis da criança, da família e da interação, na predição dos indicadores do desenvolvimento das crianças de risco.
-

Capítulo II

Método

2.1. Local de estudo

Esse estudo foi realizado, nas instalações de duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Botucatu, localizadas em regiões periféricas. Os sujeitos moravam e eram cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde I e II.

Segundo a proposta da ESF, os atendimentos são voltados para todas as fases da vida: saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. Objetiva-se o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de promoção e proteção à saúde e de prevenção de doenças, bem como o diagnóstico de problemas, tratamento, e reabilitação da saúde. As unidades contam com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogo e auxiliar de consultório dentário, atendendo em média, cada uma, 4800 pessoas.

2.2. Participantes

A amostra foi composta por crianças e respectivas mães ou cuidador constante, usuários das ESF, que completaram um ano de vida, durante um período de 11 meses, de Janeiro a Novembro de 2009. Segundo levantamento de anos anteriores, aproximadamente 90 crianças completariam um ano, em cada uma das unidades, neste intervalo de tempo.

Foram estabelecidos, como critérios de exclusão, riscos biológicos, como deficiência mental, motora e sensorial; prematuridade, intercorrências neonatais graves e longo período de internação após nascimento.

A composição da amostra está apresentada nas figuras 1 e 2. Na Unidade de Saúde I, do total de 74 crianças, 38 (51,8%) concordaram em participar da pesquisa, 16,2% mudaram da área de abrangência e 35% recusaram-se a participar. Não houve nenhuma exclusão.

Na Unidade de Saúde II, do total de 55 crianças, 27 (49,1 %) participaram da pesquisa, 27,2% mudaram da área de abrangência e 21,8% recusaram-se a participar na pesquisa, havendo apenas uma exclusão devido à criança ter grave atraso no desenvolvimento em consequência de doença, não identificada no primeiro contato. A maioria das mães justificou

a recusa por ter outros afazeres em que sua presença era imprescindível (cuidar de outras crianças; de idosos; preparo de refeição), ou por não ter interesse em participar da pesquisa.

A amostra final, correspondendo a soma dos participantes das duas unidades, foi então constituída por 65 sujeitos.

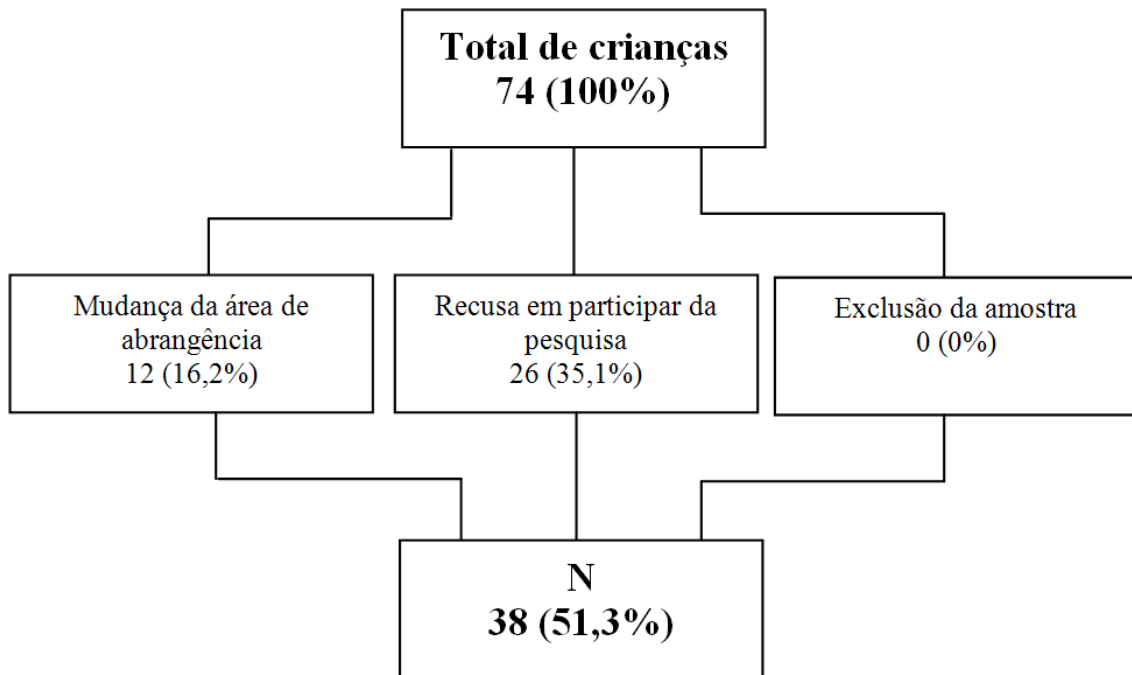


Figura 1 – Composição da amostra na ESF I

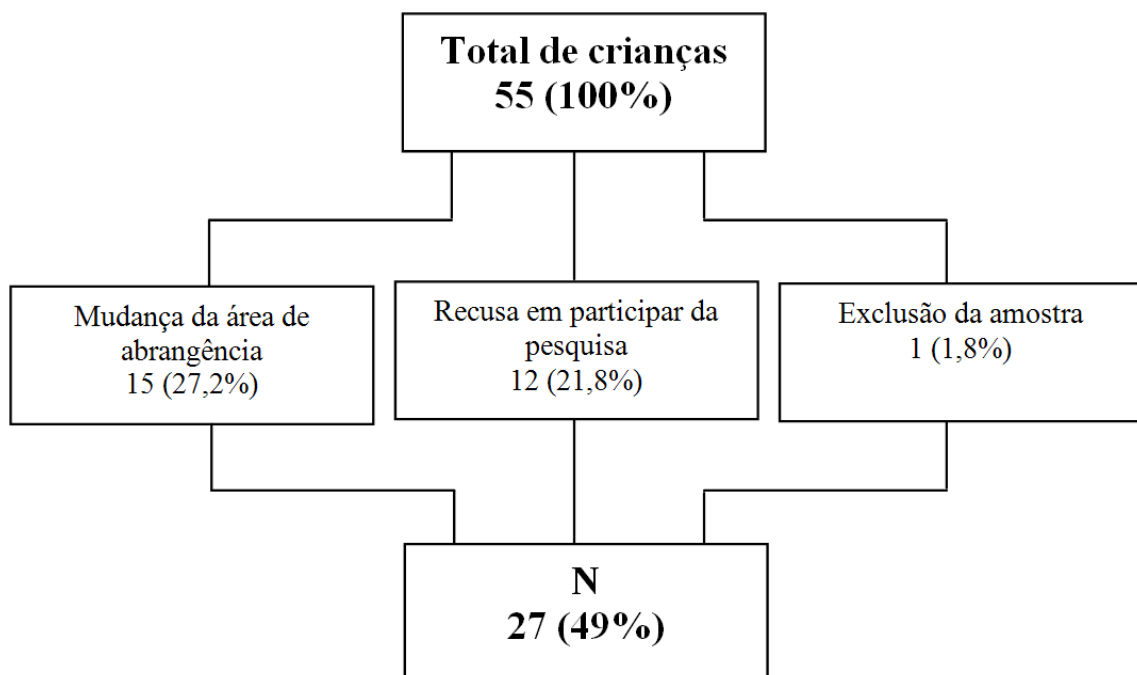


Figura 2 – p Composição da amostra na ESF II

2.3. Aspectos éticos

O presente estudo contou para sua realização com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (Of. 030/08-CEP), da Secretaria Municipal de Saúde do Município, assim como dos responsáveis pelas respectivas ESFs.

Foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas em relação aos sujeitos do estudo, havendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante (Anexo 2) que explicava os objetivos do estudo, o sigilo da identidade e a possibilidade de desligamento do estudo a qualquer momento.

2.4. Instrumentos e Materiais

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) *Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (anexo 3)*

O instrumento *Denver Developmental Screening Test - DDST- II* (Frankenburg, Dodds, Archer, Bresnick et al., 1990; traduzido e adaptado por Figueiras, Pedromônico, Sales & Figueiras, 2000) consiste em um teste de *screening* para rastreamento de risco, que avalia o desenvolvimento de crianças de um mês a seis anos, provenientes de diferentes condições sociais. O teste consiste em um conjunto de materiais (pompom vermelho de lã com aproximadamente 10 cm de diâmetro, um chocalho com cabo estreito, uvas passas, 10 blocos de madeira quadrados e coloridos com 2,5 cm de lado, um frasco de vidro transparente com abertura estreita, um sino pequeno, uma bola de tênis, um lápis vermelho, uma boneca pequena de plástico com uma mamadeira, uma caneca plástica com asa e papel branco), uma folha de avaliação e manual de aplicação.

O protocolo do teste é composto de 125 tarefas, que são divididas em quatro áreas:

- a) *Pessoal - Social*: aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar;
 - b) *Motricidade fina*: coordenação olho-mão, manipulação de pequenos objetos;
 - c) *Linguagem*: produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagem;
 - d) *Motricidade ampla*: controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla.
-

Os itens são avaliados pelo aplicador diretamente com a criança e, em alguns casos, quando é difícil observar o comportamento no contexto de avaliação, é solicitado que a mãe informe se a criança realiza ou não determinada tarefa. Há cinco possibilidades de registro na folha proposta pelo teste:

- “P” (passou), se a criança conseguiu realizar a tarefa ou o cuidador relata que a criança já adquiriu esta habilidade;
- “F” (falhou) se a criança não conseguiu realizar a tarefa ou o cuidador relata que não faz;
- “NO” (Não houve oportunidade), se a criança não teve oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou quando não se consegue observar e o cuidador não sabe referir se a criança consegue realizar.
- “RE” (recusa) se a criança se recusar a fazer a tarefa e
- “An” se for apenas relato do cuidador.

Antes de iniciar a aplicação, na folha de registro traça-se, uma linha vertical sobre a idade da criança. Esta passa pelas quatro áreas que serão avaliadas, mostrando os itens que deverão ser aplicados para a idade referida. Além disso, a linha corta os retângulos existentes em cada item. Estes são divididos ao meio sendo uma parte branca (de 25% a 75% não executam ainda) e a outra sombreada (75% a 90% já deveriam executar tais itens).

Para a avaliação final, considera-se “*Cuidado*” quando a criança falha ou recusa-se a fazer itens onde a linha vertical corta a área sombreada entre 75 a 90% e “*Atraso*” quando a criança falha ou recusa-se a fazer itens onde a linha vertical corta a área sombreada após os 90%, o que indica que já deveria ter adquirido o comportamento.

A interpretação final do teste apresenta os indicadores: *Normal*, quando não houver nenhum “atraso” e, no máximo, um “cuidado”; *Risco*, quando houver dois ou mais “cuidados” e/ou um ou mais “atrasos” e *Não-testável* se houver marcações de “recusa-se” em um ou mais itens que já deveriam fazer parte do repertório da criança.

b) Roteiro de Entrevista para Identificação de risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (anexo 4)

O Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (Santa Maria & Linhares, 2007) visa identificar, a partir da

história de vida da criança, da mãe e da família a determinação de possíveis riscos de atraso e recursos protetores para o desenvolvimento biológico, psicológico e social. Segundo as autoras, tal roteiro foi elaborado a partir de outros utilizados em diferentes estudos.

O Instrumento sofreu adaptações devido à etapa de desenvolvimento das crianças incluídas nesta pesquisa. Com as perguntas pretendia-se obter dados sobre os seguintes aspectos:

- a) *socioeconômicos*: renda familiar, ocupação, escolaridade dos pais;
- b) *reprodutivos*: idade materna, via de parto, assistência pré-natal;
- c) *ambientais/sociais*: moradia, saneamento, aglomeração, estado civil da mãe, rede de apoio;
- d) *condições de nascimento da criança*: peso ao nascer, idade gestacional, morbidade neonatal;
- e) *atenção à criança*: aleitamento materno, vacinação, cuidados paternos, creche;
- f) *percepção e expectativas maternas*: desenvolvimento, temperamento, nutrição, dificuldades no cuidado e
- g) *história de saúde*: principais enfermidades e hospitalizações.

c) Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (anexos 5 e 6)

O Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (NUDIF, 2003) foi elaborado pelo Núcleo de Infância e Família do GIDEP/ UFRGS, baseado em instrumentos anteriores de COX (1998), AINSWORTH & COLS (1978). Tem por objetivo avaliar, a partir de categorias, os comportamentos das crianças de um ano e dos pais, num momento de interação. O instrumento sugere que as interações ocorram num período de 7 minutos ou mais, sejam gravadas em vídeo para posterior avaliação e que a díade seja orientada a brincar, como no cotidiano. Os equipamentos utilizados foram: uma câmera de vídeo, brinquedos adequados para idade e o protocolo de avaliação.

As categorias de comportamento que compõem o instrumento (PICCININI, FRIZZO & MARIN, 2007) estão elencadas abaixo, descritas em seus aspectos mais gerais e apresentadas em detalhes nos anexos 5 e 6.

Categorias de comportamentos do cuidador:

- 1) *Sensibilidade*: refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades da criança, humor, interesses, procurando dar apoio, estimulando a independência e respondendo apropriadamente as suas solicitações;
- 2) *Estimulação cognitiva*: refere-se às tentativas de estimular o desenvolvimento cognitivo da criança;
- 3) *Afeto positivo*: refere-se à extensão na qual a díade parece apreciar estar junta;
- 4) *Afeto negativo*: refere-se às expressões de afeto negativo, conflitos, discordâncias ou críticas dos pais em relação à criança;
- 5) *Desengajamento*: esta categoria reflete a extensão na qual os pais parecem não estar envolvidos com a criança e
- 6) *Intrusividade*: refere-se à interação que é intrusiva e supercontrolada, sendo centrada no adulto e não na criança.

Categorias de comportamento infantis:

- 1) *Envolvimento*: refere-se ao grau de engajamento da criança com o genitor, mostrando-se bem integrada ou não;
- 2) *Interação*: é baseada nos padrões de apego da criança com a mãe;
- 3) *Afeto positivo*: refere-se ao quanto a criança está satisfeita, contente e confortável com a interação;
- 4) *Afeto negativo*: refere-se às expressões de descontentamento da criança em relação à interação.

A avaliação da interação diádica gravada é realizada em duas etapas. Em um primeiro momento, observa-se se determinada característica está presente (ou não) na interação da díade (Mãe/Criança). Em um segundo momento, julga-se a incidência dessa característica durante o período observado. A partir dessas 2 dimensões (presença e incidência) se atribui 1 ou 2 pontos (nenhuma aparição ou muito rara), 4 ou 5 pontos (incidência alta e muito alta). Atribuem-se 3 pontos quando a incidência foi considerada média. A pontuação de cada subcategoria é somada, revelando a pontuação final das categorias apresentadas acima.

d) Self Report Questionnaire-20 (SRQ) (anexo 7)

O SRQ foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Trata-se de um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É composto por 20 questões para detecção de transtornos mentais comuns, de base neurótica. Este questionário inclui um protocolo a ser respondido pelas mães registrando se há, ou não, ocorrência dos fatos. O próprio instrumento estabelece que a nota de corte, para determinar a possibilidade de transtorno mental comum, é oito. Devem-se pontuar oito ou mais respostas afirmativas para considerar a ocorrência de distúrbio.

2.5. Procedimento

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas foi iniciado o procedimento de coleta de dados.

2.5.1. Seleção dos participantes

Num primeiro momento, realizou-se uma consulta às planilhas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades de Estratégia de Saúde da Família, a fim de fazer um levantamento e identificar as crianças que atendessem ao critério de inclusão. Após essa identificação, os ACS tinham por tarefa levar para as mães uma carta convite da pesquisadora para participar da pesquisa. Foram realizadas algumas reuniões com os agentes comunitários de saúde, para esclarecer o que deveria ser explicado para as mães junto à entrega da carta convite e fazer remarcações, quando necessário.

2.5.2. Coleta de dados

Após a seleção prévia das crianças e convite para participar da pesquisa, as agentes de saúde agendavam uma data para comparecimento às unidades, onde seria realizada a coleta dos dados.

Às mães que compareciam, era apresentado pela pesquisadora o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, em uma sala que preservava a privacidade da díade. Após

o consentimento, a pesquisadora aplicava, individualmente, os instrumentos às mães, com a criança presente, na seguinte ordem: *Self Report Questionnaire – 20* e *Roteiro de Entrevista para Identificação de Risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança*.

Em dois casos o principal cuidador da criança era menor de idade, que não a mãe, pediu-se autorização da mãe da criança, com antecedência, através dos ACS. Nesses casos, também foi agendado um horário com a mãe, segundo sua disponibilidade, para que ela pudesse responder ao *Roteiro de Entrevista para Identificação de Risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança*, dados que o cuidador não podia oferecer. Os demais instrumentos (*SRQ* e *protocolo de observação da interação diádica*) foram aplicados ao cuidador principal.

No mesmo local, numa segunda etapa, era avaliado o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, através do teste *Denver II*. A avaliação, com cada criança, durou aproximadamente 10 minutos. Estiveram presentes a díade e a pesquisadora que aplicou o instrumento.

A seguir, a díade era encaminhada a uma sala própria, preparada com brinquedos adequados para a idade da criança, que eram oferecidos à díade, e iniciava-se a gravação do episódio. A sala era composta por uma mesa, duas cadeiras e um espaço livre para que mãe e criança pudessem se movimentar. A pesquisadora orientou a mãe para que brincasse com a criança e agisse naturalmente, como fazia nas brincadeiras do dia a dia. Cada episódio interativo durou 7 minutos. Nesta sessão estiveram presentes na sala a mãe, a criança e a pesquisadora, que não participou do episódio e permaneceu cuidando da gravação.

Todos os instrumentos foram aplicados numa única sessão, com duração aproximada de 60 minutos. Se por ventura havia algum imprevisto, uma segunda sessão era agendada, conforme a disponibilidade da mãe. Terminadas as avaliações, quando foi identificado risco ou atraso de desenvolvimento, foram feitas orientações, e dependendo da gravidade do caso, as crianças eram encaminhadas para o serviço de Psicologia Infantil da UNESP-Botucatu.

2.6. Análise de dados

A preparação para análise dos dados foi realizada de acordo com as normas dos respectivos instrumentos.

O Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II foi avaliado de acordo com a norma descrita obtendo-se a classificação de risco (ou não) para o desenvolvimento da criança e calculou-se a porcentagem de crianças que apresentaram os indicadores de risco para o

desenvolvimento. Foi calculada, também, a frequência e porcentagem de “cuidados”, “atrasos” e “normal” em cada subárea do Denver II (pessoal-social, motricidade fina, linguagem e motricidade ampla).

Como o *Roteiro de Entrevista para Identificação de risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança* era composto por questões abertas e fechadas, depois de finalizada a coleta, as questões abertas foram categorizadas, segundo proposto por Santa Maria-Menguel & Linhares (2007). Todas as questões foram preparadas para serem analisadas e quantificadas em termos de frequência e porcentagem, de acordo com a natureza dos dados. O quadro 1 apresenta as perguntas e as categorias de respostas possíveis frente às respostas dos cuidadores.

Quadro 1 – Perguntas e classificação das respostas dadas pelos cuidadores nas questões abertas do roteiro de Entrevista para Identificação de risco e Recursos Biopsicossociais na História de Vida da Criança

Perguntas	Classificação das respostas da mãe/cuidador
Quais sentimentos durante a amamentação?	1 positivo 2 negativo
Onde a criança dorme?	1 cama dos pais/ mãe 2 berço ou cama
Como é o comportamento da criança durante o sono?	1 tranquilo 2 insuficiente
Há dificuldades na alimentação? Quais?	1 Come bem 2 Não come o suficiente 3 Come em excesso
Como é o temperamento da criança?	1 positivo (Calmo, alegre, sorridente) 2 negativo (Nervoso, Agitado, Birrento, ansioso, medroso)
Quais atividades desenvolvidas com a criança?	1 Não faz 2 Assiste Televisão 3 Atividade lúdica (canta, brinca com brinquedos, conta histórias)
Quais atividades de lazer e passeio com a criança?	1 Não faz 2 Passeio na rua 3 Casa de familiares 4 Igreja
Como você espera que seja o desenvolvimento do seu bebe?	1 Ruim 2 Normal 3 Acima do esperado
Como você acha que pode ajudá-lo a se desenvolver	1 Não sabe 2 Por apoio 3 Por explicação 4 Por repressão
Qual a principal dificuldade com o cuidado com a criança?	1 Trabalho 2 Cuidar da casa/família 3 Problemas conjugais

Quanto à classificação das ocupações, considerou-se “Ocupação Qualificada”, as que exigiam para seu exercício algum tipo de treinamento e “Não qualificada”, as que não tinham essa exigência.

Tomaram-se como referência as categorias do CBCL (ACHENBACH & RUFFLE, 2000), para categorizar o comportamento da criança, segundo o relato materno durante a entrevista. Assim, quando a mãe definia a criança como birrenta, agressiva e desobediente, seu comportamento era categorizado do Tipo I - com características externalizantes. Ciúme, medo, ansiedade e timidez eram categorizadas como comportamentos Tipo II - com características internalizantes.

Para analisar os dados de observação da interação diádica, dois observadores independentes, sendo um deles a pesquisadora, codificaram os episódios observados segundo categorias propostas pelos autores dos instrumentos (anexos 4 e 5). A seguir, foram sorteados 20% do total de observações e foi avaliada a concordância entre os observadores através do índice Kendall (SSP, 1997).

O índice de concordância foi calculado para cada categoria do comportamento parental e infantil e foi considerado bom ($> 0,80$), para a grande maioria das categorias. A média do índice de concordância para o comportamento da criança foi 0,87, com uma variação de 0,74 (afeto positivo) a 1,00 (Interação). A Média do índice de concordância para o comportamento materno foi 0,82, com uma variação de 0,65 (Desengajamento) a 1,00 (Estimulação cognitiva). Depois de estabelecidos todos os índices de concordância, os dois codificadores analisaram todos os demais vídeos.

Com relação ao Self Report Questionnaire - 20, após aplicar a nota de corte, as mães foram separadas em dois grupos: com maior e com menor probabilidade de ter transtorno mental comum.

2.7. Tratamento Estatístico

Primeiramente, foi realizada a análise descritiva dos dados, baseada no cálculo de frequência, porcentagem, incidência ou mediana, de acordo com a natureza deles. Em segundo lugar, procedeu-se a análise estatística inferencial, pesquisando possíveis associações entre as variáveis.

Para analisar o caráter interativo entre os comportamentos da mãe e os comportamentos da criança foi utilizado o teste de correlação de postos de Spearman.

Para as análises das variáveis categóricas a primeira opção era o teste Qui-quadrado, mas quando os dados não permitiam o uso deste teste recorria-se ao teste Exato de Fisher. Para as variáveis contínuas utilizaram-se os testes Mann-Whitney (para comparar diferenças entre dois grupos independentes) e o Kruskal-Wallis (para comparar diferenças em mais de dois grupos independentes).

Na análise dos indicadores do desenvolvimento global foram utilizados o teste de Qui-quadrado, ou o teste exato de Fisher, e foram incluídas as seguintes variáveis maternas: idade, escolaridade, ocupação, viver com marido/companheiro, relato de depressão na gestação, presença de risco pré-natal, indicativo de transtorno mental comum. Também se relacionou o desenvolvimento com escolaridade e ocupação paterna. O teste Qui-Quadrado também foi utilizado para avaliar a diferença na porcentagem de atrasos e cuidados no desenvolvimento, das subáreas (motor fino, pessoal social, e linguagem), nas mães com e sem risco para transtorno mental comum.

Para relacionar a renda familiar (per capita) e o número de pessoas na casa com o desenvolvimento global, foi utilizado o teste Mann-whitney, assim como para comparar as possíveis diferenças nas características de comportamentos interativos, no grupo de mães com e sem dificuldades no cuidado da criança, e com e sem transtorno mental comum. O mesmo teste foi utilizado para avaliar as diferenças de comportamentos interativos maternos nas crianças com e sem atraso do desenvolvimento motor fino.

Para analisar as diferenças de comportamentos interativos maternos nas crianças com cuidado, atraso e normal do desenvolvimento pessoal-social e linguagem foi utilizado o teste Kruskal-Wallis.

Na análise de predição foi realizado o modelo de Regressão Logística para verificar possíveis variáveis preditoras do desenvolvimento neuropsicomotor global da criança. Foram escolhidas para essa avaliação as variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa nas análises isoladas anteriores: idade materna, situação ocupacional materna, risco pré-natal, depressão gestacional, indicador para TMC, comportamento infantil de envolvimento, comportamentos maternos de estimulação cognitiva, desengajamento e intrusividade.

O programa usado para as análises foi o *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*. Os resultados foram discutidos no nível de 5% de significância. Considerou-se, na análise dos dados, como “tendência” à significância estatística os resultados que apresentaram no estudo das associações probabilidade entre 0,06 e 0,09.

Capítulo III

Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em 4 secções. Na primeira secção serão mostrados os dados relativos à caracterização da amostra. Na segunda secção serão apresentados os indicadores do desenvolvimento global e nas 4 subáreas, avaliadas pelo teste de Denver II, assim como os comportamentos da mãe e da criança, durante a interação diádica.

A partir daí serão apresentados os dados relacionais. Na terceira secção, a relação dos indicadores do desenvolvimento com as variáveis maternas, paternas, condições familiares, de saúde e comportamentos maternos na interação diádica. Na quarta secção serão apresentados os dados referentes a comportamentos maternos na interação diádica: sua relação com os comportamentos da criança durante a interação, com transtorno mental comum e com dificuldades relatadas ao cuidar da criança; na quinta secção, serão apresentados os resultados da análise de predição de risco para o desenvolvimento, a partir das variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa para o risco de desenvolvimento da criança, nas associações isoladas.

Os tópicos levam em conta uma amostra de 65 crianças e suas respectivas mães*.

*Para simplificar a apresentação dos dados, o termo “mãe” será utilizado genericamente para sinalizar a mãe e outros cuidadores constantes.

3.1. Perfil da amostra do estudo

A tabela 1 apresenta o perfil das crianças de acordo com idade, sexo e frequência a creche

Tabela 1 – Características das crianças

Características das Crianças		n = 65
Sexo		f (%)
Meninos		(32) 49,3
Meninas		(33) 50,7
Idade		Med (Min–Max)
(meses/dias)		12 m e 2 d (11 e 20 d /12 m e 20 d)
Frequência à creche		f (%)
Sim		2 (3,0)
Não		63 (97,0)

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

A amostra foi constituída por 65 crianças de 11 meses e vinte dias a 12 meses e vinte dias, com mediana de 12 meses e 2 dias, sendo 50,7% do sexo feminino. Apenas (2)3% delas frequentavam a creche.

Na tabela 2 e 3 encontram-se os dados referentes às características socioeconômicas das famílias: estado civil, idade, escolaridade, ocupação dos pais e renda familiar em salários mínimos e per capita em reais.

Tabela 2 – Características das famílias.

Variáveis de caracterização das famílias		n = 65
Idade da Mãe (em anos)	f (%)	
< 20	17 (26,1)	
20 a 30	31 (47,8)	
30 anos ou mais	17 (26,1)	
Idade do Pai (em anos)	f (%)	
< 20	3,0 (4,60)	
20 a 30	39 (60,0)	
30 anos ou mais	23 (35,0)	
Anos de Escolaridade da Mãe	f (%)	
Até 3	12 (18,5)	
De 4 a 7	17 (26,1)	
8 ou mais	36 (55,3)	
Anos de Escolaridade do Pai	f (%)	
Até 3	11 (17,0)	
De 4 a 7	13 (20,0)	
8 ou mais	41 (63,0)	
Estado Civil	f (%)	
Solteiro	9,0 (13,0)	
Casado	19 (30,0)	
União consensual	37 (57,0)	

Frequência (f) e Porcentagem (%)

De acordo com a tabela 2 a maioria das famílias vivia em união consensual, sendo que uma minoria era composta por mães solteiras (13,0%). Pode-se observar, também, que, em sua maioria, os pais eram adultos jovens, com uma porcentagem maior de mães adolescentes (26,1 %) em relação aos pais (4,6 %). Quanto à escolaridade materna e paterna, 55,3% das mães e 63,0% dos pais tinha 8 ou mais anos de estudo.

Tabela 3 – Características das famílias.

Variáveis de caracterização das famílias		n=65
Situação Ocupacional Materna	f (%)	
Empregada	13 (20)	
Desempregada	52 (80)	
Ocupação Materna	f (%)	
Não Qualificada	10 (6,5)	
Qualificada	3 (4,6)	
Situação Ocupacional Paterna	f (%)	
Empregado	62 (95,3)	
Desempregado	3 (4,61)	
Ocupação Paterna	f (%)	
Não Qualificada	38 (61,0)	
Qualificada	24 (39,0)	
Renda (per capita)	Med (Min-Máx)	
Em Reais	166,00 (20,00 a 666,00)	
Renda em salários mínimos	Med (Min-Máx)	
Em Reais	1,64 (0,21 - 4,3)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

Com relação à situação ocupacional, 20% das mães trabalhavam fora e apenas 4,61% possuía uma ocupação qualificada; 4,61% dos pais estavam desempregados e 61,0% exerciam uma ocupação não qualificada. A renda das famílias variou bastante, com mediana de 1,64 salários mínimos, sendo o valor mínimo 0,21 e o máximo 4,3. A mediana da renda per capita, apresentada em reais, foi de R\$ 166,00 com valor mínimo R\$ 20,00 e valor máximo de R\$ 666,00.

Na tabela 4 serão apresentados os dados relacionados com as condições de moradia das famílias, tipo de locação, condições de saneamento básico e distribuição da moradia.

Tabela 4 – Características das condições de moradia das famílias

Variáveis de caracterização das condições de moradia		n = 65
Tipo de locação	f (%)	
Alugada	18 (27,7)	
Emprestada	18 (27,7)	
Própria	29 (44,6)	
Condição de saneamento	f (%)	
Água	64 (98,4)	
Luz	64 (98,4)	
Esgoto	51 (78,5)	
Asfalto	46 (70,8)	
Condições de moradia	Med (Min-Máx)	
Nº de cômodos	5,0 (3 – 8)	
Nº pessoas	4,0 (3 –13)	
Densidade habitacional	1,0 (0,8 -2,0)	
Outros moradores, além de pais/ filhos	f (%)	
Sim	23 (35,3)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

A tabela 4 mostra que 44,6% das famílias viviam em casa própria, 98,4 % tinham água encanada e instalações elétricas; 78,5% possuíam rede de esgoto e 70,6% das casas estavam localizadas em ruas asfaltadas. A mediana do número de cômodos foi 5, com uma variação de 3 a 8 cômodos. A mediana do número de pessoas que viviam na mesma casa foi 4, o número mínimo de pessoas por casa foi 3 e o máximo 13. 35% das famílias dividiam a casa com outros familiares: avós, tios e primos das crianças. A mediana da densidade habitacional foi 1 pessoa por cômodo, mas variou de 0,8 a 2,0.

3.1.1. História reprodutiva da mãe, saúde mental materna atual e condições de nascimento da criança.

Na tabela 5 serão apresentados os dados da história reprodutiva da mãe considerando o número de gestações, número de filhos, frequência ao pré-natal e relato da mãe sobre depressão durante a gestação. Consta também a avaliação, pelo SRQ, de transtornos mentais comuns. Os dados de condição de nascimento das crianças em termos idade gestacional, tipo de parto, peso, estatura, necessidade de atendimento especial e tipo de atendimento recebido, serão apresentados na tabela 6.

Tabela 5 – História reprodutiva das mães e avaliação de saúde mental atual

Características da história reprodutiva da mãe		n = 65
História reprodutiva	Med (Min-Máx)	
Nº de gestações	2 (1-9)	
Nº de filhos	2 (1-6)	
Pré Natal	f (%)	
Sim	65 (100,0)	
Risco Pré Natal (tabagismo ou infecção urinária)	f (%)	
Sim	35 (53,8)	
Não	30 (46,2)	
Depressão na gravidez (autoreferida)	f (%)	
Sim	11 (17,0)	
Não	54 (83,0)	
Indicação de transtorno mental comum (TMC)	f (%)	
Sim	29 (44,6)	
Não	36 (55,4)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

Quanto ao número de gestações pode-se observar, na tabela 5, uma mediana de 2 gestações, com uma variação de 1 a 9. A mediana de número de filhos foi 2, havendo famílias com apenas uma criança e outras com um máximo de 6 filhos. 17% das mães referiram ter tido depressão na gestação e todas fizeram o pré-natal. Em relação à saúde mental atual, avaliada através do teste SRQ -20, 44,6% das mães apresentavam indicação para transtorno mental comum.

Tabela 6 – Condições de nascimento da criança.

Características das condições de nascimento da criança	n = 65
Idade gestacional da criança	f (%)
Pré-termo	0 (0,0)
A termo	65 (100,0)
Pós-termo	0 (0,0)
Tipo de parto	f (%)
Normal	52 (80,0)
Cesárea	8 (12,3)
Cesárea não eletiva	5 (7,7)
Peso da criança ao nascer	Med (Min-Máx)
Em Gramas	3120 (2380 – 5560)
Estatura	Med (Min-Máx)
Em cm	48 (40-50)
Necessidade de atendimento especial - Banho de luz	f (%)
Sim	17 (26,2)
Não	48 (73,8)
Alta Conjunta	f (%)
Sim	60 (92,3)
Não	5 (7,7)

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

Com relação à criança, as mães relataram que todas nasceram a termo e a maioria (80%) de parto normal. O peso ao nascer variou de 2380 a 5560 gramas, com mediana de 3120 e a estatura das crianças variou de 40 a 50 cm, com mediana de 48 cm. O único atendimento especial necessário, para 26% das crianças, foi banho de luz como tratamento para icterícia, sendo este o único fator de risco ao nascimento. 92,3% das crianças tiveram alta junto com a mãe.

3.1.2. Condições de saúde, hábitos das crianças, segundo relato das mães.

Na tabela 7 serão apresentados os dados sobre a condição de saúde da criança a partir do relato das mães: amamentação, vacinação, característica do sono, local onde dorme, alimentação, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, temperamento da criança e uso de chupeta/ dedo.

Tabela 7 – Condições de saúde, desenvolvimento e comportamento das crianças, segundo relato das mães.

Condições da criança		n = 65
Amamentação no peito		f (%)
Sim		58 (89,2)
Não		7 (10,8)
Tempo de amamentação		Med (Min-Máx)
Em meses		8,5 (4-12)
Sentimentos negativos em relação à amamentação		f (%)
Sim		13 (20,0)
Atualização das Vacinas		f (%)
Sim		63(97,0)
Não		2 (3,0)
Sono		f (%)
Normal		58 (89,3)
Insuficiente		7 (10,7)
Onde dorme		f (%)
Cama dos pais		26 (40,0)
Berço		39 (60,0)
Alimentação		f (%)
Come bem		50 (77,0)
Enrola pra comer		12 (18,4)
Não come o suficiente		10 (15,3)
Come em excesso		2 (3,07)
Marcos do Desenvolvimento neuropsicomotor (em meses)		Med (Min-Máx)
Sustentou a cabeça		3 (1-6)
Sentou só		6 (4-9)
Engatinhou		8 (6 -12)
Anda		26 (40,0)
Temperamento		f (%)
Negativo (Nervoso, agitado, birrento, ansioso, medroso)		43 (66,1)
Positivo (Positivo, calmo, alegre, sorridente)		22 (33,9)
Chupa Chupeta/dedo		f (%) 42 (64,1)
Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)		

A leitura da tabela 7 permite verificar que 89% das crianças foram amamentadas no peito por um período que variou de 4 a 12 meses, com mediana de 8 meses e meio. Nem sempre a amamentação foi descrita como prazerosa: 20% das mães referiam ter algum sentimento negativo em relação a ela. 97,0% das crianças estavam com a vacinação em dia.

Quanto à qualidade do sono, 89,3% tinha um sono normal, sendo que 40% faziam coleito. Em relação à alimentação sólida, as mães apontaram que 23,1 % das crianças apresentavam alguma dificuldade para comer, dentre estas, 18,4% enrolavam pra comer, 15,3% não comiam o suficiente e 3,07% comiam em excesso.

Em relação aos marcos do desenvolvimento a leitura das medianas aponta que a maioria das crianças adquiriu as habilidades nas idades esperadas para um desenvolvimento normal. Houve algumas crianças que, segundo os dados oferecidos pelas mães, apresentaram atraso na aquisição do comportamento de sustentar a cabeça e sentar sem apoio. Conforme esperado, a maioria das crianças ainda não andava.

Segundo percepção dos cuidadores, 66,1% das crianças apresentavam temperamento “nervoso, agitado, birrento ou choroso”, qualidades conotadas negativamente. 64,1% das crianças faziam uso de chupeta ou chupavam dedo, hábito bastante característico nesse contexto, para crianças dessa idade.

3.1.3. Expectativas e relatos maternos sobre o desenvolvimento, dificuldades no cuidado, atividades conjuntas, rede de apoio e lazer.

Na tabela 8 serão apresentados os dados relacionados ao desenvolvimento esperado pela mãe para seu filho, maneiras para ajudar no desenvolvimento, dificuldades que percebia no cuidado à criança e rede de apoio.

Tabela 8 – Expectativas maternas sobre o desenvolvimento da criança, dificuldades no cuidado e rede de apoio.

Variáveis	n = 65
Desenvolvimento esperado	
	f (%)
Ruim	0,0 (0,0)
Normal	42 (63,6)
Acima do esperado	23 (35,4)
Como ajudar o desenvolvimento	
	f (%)
Não sabe	16 (24,6)
Apoio	5 (7,69)
Explicação	41 (63,0)
Repreensão	3 (4,61)
Dificuldade no cuidado com a criança	
	f (%)
Não	49 (75,3)
Sim	16 (24,6)
Principais dificuldades no cuidado	
	f (%)
Trabalho	1 (1,53)
Cuidado com a casa/família	11 (16,9)
Problemas conjugais	4 (6,15)
Rede de apoio	
	f (%)
Não	9 (13,8)
Sim	56 (86,2)
Figura de apoio	
	f (%)
Familiares	39 (69,7)
Amigos/Vizinhos	17 (30,3)

Frequência (f) e Porcentagem (%)

A leitura da tabela 8 permite verificar que nenhuma mãe acreditava que seu filho teria problemas de desenvolvimento e 35,4% das mães achavam que eles teriam uma evolução acima do esperado. Quando questionadas sobre como poderiam ajudar a sua criança a se desenvolver, 63% das mães relataram que explicariam para a criança as consequências de suas ações e 24,6% não souberam dizer como poderiam ajudar.

Quanto a dificuldades no cuidado com a criança, 24,6% afirmaram ter alguma dificuldade, principalmente por ter que cuidar, também, da casa e da família (16,9%). Em relação à rede de apoio, 86,2% referiu ter alguém com quem contar, quando se deparava com situações adversas, a maioria contava com a família (69,7%) e 30,3 % referiram ajuda de amigos e vizinhos, mas não contavam com ninguém na ajuda do dia-a-dia.

Na tabela 9 estão apresentados os dados relativos a atividades desenvolvidas junto com a criança, lazer, e o número de vezes na semana em que essas atividades ocorriam.

Tabela 9 – Condições de interação e lazer com a criança, segundo relato das mães

Variáveis relativas a lazer e atividades	n = 65
Atividades com a criança	f (%)
Não tem	9 (13,8)
Assiste televisão	9 (13,8)
Atividade lúdica*	47 (72,4)
Atividades de lazer	f (%)
Não tem	9 (13,8)
Passeio na rua	36 (55,3)
Casa de familiares	18 (27,6)
Igreja	3 (4,61)
Frequência na semana	Med (Min-Max)
	2 (0-7)

Frequência (f) e Porcentagem (%) Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

* brincar com brinquedos, cantar música, contar histórias

Pode-se observar que 72,4% das mães desenvolviam algum tipo de atividade lúdica com as suas crianças no dia a dia, como brincar, cantar músicas e contar histórias. 13,8% referiram não fazer nenhum tipo de atividade recreativa com a criança.

Para mais da metade das mães (55,3%) a principal atividade de lazer era passear na rua, seguida por visita a familiares (27,6%). A frequência mediana dessas atividades era 2 vezes por semana, com grande variação, algumas nunca tinham atividades de lazer e outras passeavam ou visitavam parentes até 7 vezes na semana.

3.1.4. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (global e nas subáreas específicas) e dos comportamentos da mãe e da criança, durante a interação diádica

Na tabela 10 serão apresentados os dados referentes á avaliação do desenvolvimento global e das 4 subáreas (linguagem, pessoal social, motora fina e motora ampla) a partir do Teste DENVER II.

Tabela 10 – Desempenho global das crianças, no teste neuropsicomotor de Denver II e nas 4 áreas específicas (linguagem, pessoal social, motor fina e motor ampla)

Desempenho no Teste DENVER II		N = 65
Classificação Global		f (%)
Normal		37 (56,9)
Risco		28 (43,1)
Área Específica		
Linguagem		f (%)
Normal		39 (60,0)
Cuidados		10 (15,4)
Atrasos		16 (24,6)
Pessoal-Social		f (%)
Normal		36 (55,4)
Cuidados		25 (38,5)
Atrasos		4 (6,10)
Motora Fina		f (%)
Normal		52 (80,0)
Cuidados		0 (0,0)
Atrasos		13 (20,0)
Motora ampla		f (%)
Normal		65 (100,0)
Cuidados		0 (0,0)
Atrasos		0 (0,0)

Frequência (f) e Porcentagem (%)

Na tabela 10 pode-se verificar que 43,1% das crianças apresentaram risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Avaliando as áreas específicas do teste pode-se observar que 24% da amostra apresentaram atraso na área da linguagem, 20,0% na área motora fina e 6,1%, na área pessoal social. 100% das crianças apresentaram desempenho normal na área motora ampla.

3.1.5. Comportamentos da mãe e da criança na situação interativa

Na Tabela 11 serão apresentados os dados relativos aos comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa, avaliados a partir do “Protocolo de avaliação da interação diádica” (NUDIF, 2003).

Tabela 11 – Comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa

Comportamentos Maternos		Med (Min-Max)
Pontuação Mínima e Máxima do Instrumento		
Sensibilidade (7 a 35)		24 (6-35)
Estimulação Cognitiva (7 a 35)		17 (7-35)
Afeto Positivo (5 a 25)		15 (8-29)
Afeto Negativo (5 a 25)		5 (5-19)
Desengajamento (4 a 20)		7 (4-19)
Intrusividade (5 a 25)		6 (5-24)
Comportamentos Infantis		Med (Min-Max)
Pontuação Mínima e Máxima do Instrumento		
Envolvimento (4 a 20)		16 (5-20)
Interação (5 a 25)		12 (5-17)
Afeto Positivo (4 a 20)		10 (2-20)
Afeto Negativo (5 a 25)		5 (5-19)

Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)

Verificou-se grande variabilidade na emissão dos comportamentos durante a interação; tanto mães como crianças pontuaram, para alguns comportamentos perto do máximo e do mínimo possível. “Afeto negativo materno”, “desengajamento”, “intrusividade” e “afeto negativo infantil”, tiveram a mediana próxima dos valores mínimos, sinalizando que foram características pouco presentes neste episódio interativo.

3.2. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor e variáveis associadas

3.2.1. Variáveis sociodemográficas maternas, saúde mental materna e desenvolvimento global da criança

Na Tabela 12 serão apresentados os resultados de análise que investigaram a associação entre variáveis maternas (idade, escolaridade, ocupação, viver ou não com companheiro, rede de apoio, risco no pré-natal, incidência de depressão na gestação, relato de dificuldade de cuidado com a criança e indicação de transtorno mental comum com o desenvolvimento global da criança, avaliado a partir do teste de Denver II.

Tabela 12 – Associação entre variáveis maternas e os indicadores de desenvolvimento global da criança

VARIÁVEIS	DENVER GLOBAL		
	NORMAL - f (%)	RISCO - f (%)	P
Idade materna			
< de 20 anos	6 (35,3)	11 (64,7)	
20 a 30 anos	21 (67,7)	10 (32,3)	0,09
31 ou mais	10 (58,8)	7 (41,2)	
Escolaridade materna			
Até 3	7 (58,3)	5 (41,7)	
De 4 a 7	7 (58,3)	5 (41,7)	0,98
8 ou mais	23 (56,1)	18 (43,9)	
Situação Ocupacional Materna			
Desempregada	26 (50,0)	26 (50,0)	0,03*
Empregada	2 (15,4)	11 (84,6)	
Ocupação Materna			
Não Qualificada	7,0 (77,8)	2,0 (22,2)	1,00
Qualificada	3,0 (100)	0,0 (0,0)	
Marido/companheiro			
Não	2,0 (66,7)	1,0 (33,3)	0,60
Sim	35 (56,5)	27 (43,5)	
Risco pré-natal			
Não	17 (56,7)	13 (43,3)	0,04*
Sim	11 (31,4)	24 (68,6)	
Depressão na gestação			
Ausência	34 (63,0)	20 (37,0)	0,04*
Presença	3 (24,3)	8 (72,7)	
Transtorno Mental Comum			
Não	28 (77,8)	8 (22,2)	0,001*
Sim	9 (31,0)	20 (69,0)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Qui-Quadrado e Exato de Fisher * p>0,05

Pode-se observar que as seguintes variáveis: mãe estar empregada, ter tido risco no pré-natal e relato de depressão na gestação, tiveram associação estatisticamente significativa com risco para o desenvolvimento. A saúde mental materna atual teve uma associação altamente significativa $p (0,001)$ como fator de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, isto é, houve uma porcentagem significativa de crianças com risco para o desenvolvimento entre as mães que pontuaram para transtorno mental comum. Houve, também, uma tendência a significância com relação à idade materna, ou seja, apesar de não significativo, mães mais novas tinham mais crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

3.2.2. Variáveis sociodemográficas paternas e desenvolvimento global da criança

Na tabela 13 estão apresentados os dados relacionados à chance de risco para o desenvolvimento da criança segundo a escolaridade e ocupação do pai.

Tabela 13 – Relação entre variáveis paternas e os indicadores de desenvolvimento global da criança

Variáveis Paternas	DENVER GLOBAL		
	NORMAL - f (%)	RISCO - f (%)	p
Escolaridade Paterna			
Até 3 anos	5 (45,5)	6 (54,5)	
De 4 a 7 anos	8 (57,1)	6 (42,9)	0,68
8 ou mais anos	24 (60,0)	16 (40,0)	
Idade Paterna			
< de 20 anos	2 (66,7)	1 (33,3)	
20 a 30 anos	21 (53,8)	18 (46,2)	0,83
31 ou mais	14 (60,9)	9 (39,1)	
Situação Ocupacional Paterna			
Empregado	6 (85,7)	1 (14,3)	0,13
Desempregado	31 (53,4)	27 (46,6)	
Ocupação Paterna			
Não Qualificada	18 (52,9)	16 (47,1)	1,00
Qualificada	13 (54,2)	11 (45,8)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Qui-Quadrado e Exato de Fisher * $p > 0,05$

Pode-se observar que as variáveis paternas não apresentaram associação com o risco para o desenvolvimento da criança.

3.2.3. Condições socioeconômicas e sociodemográficas da família e desenvolvimento global da criança

A tabela 14 apresentará os dados socioeconômicos relacionados à chance de risco para o desenvolvimento, segundo renda per capita e o número de pessoas residentes na casa.

Tabela 14 – Relação entre variáveis socioeconômicas e sociodemográficas e os indicadores de desenvolvimento global da criança.

Variáveis socioeconômicas e sociodemográficas	DENVER GLOBAL		
	NORMAL Med (Min-Max)	RISCO Med (Min-Max)	P
Renda per capita			
Em Reais	166 (20-666)	151 (43-600)	0,23
Numero de pessoas na casa			
Em número	4 (3-13)	5 (3-9)	0,55

Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max). Mann-Whitney * $p < 0,05$.

Não houve associação estatisticamente significativa entre renda e número de pessoas na casa e os indicadores para o desenvolvimento das crianças.

3.2.4. Comportamentos Maternos e Infantis relacionados ao desenvolvimento global da criança

A tabela 15 apresentará os dados relativos ao comportamento das mães na situação interativa e o desenvolvimento global das crianças.

Tabela 15 – Associação entre comportamentos maternos e desenvolvimento global.

DENVER	Normal Med. (min-máx)	Risco Med. (min-máx)	P
CATEGORIAS			
Sensibilidade	26,0 (6,00-35,0)	23,0 (11,0-35,0)	0,36
Estimulação Cognitiva	20,0 (8,00-35,0)	12,5 (7,00-34,0)	0,001*
Afeto Positivo	17,0 (8,00-29,0)	14,0 (8,00-22,0)	0,23
Afeto Negativo	5,00 (5,00-19,0)	5,00 (5,00-8,00)	0,10
Desengajamento	4,00 (4,00-18,0)	8,5 (4,00-19,0)	0,01 *
Intrusividade	5,00 (5,00-15,0)	6,00 (5,00-24,0)	0,03 *

Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max) Mann-whitney * $p < 0,05$

Com base na tabela 15, pode-se dizer que os comportamentos maternos de estimulação cognitiva, desengajamento e intrusividade foram estatisticamente significativos para o risco de desenvolvimento. Ou seja, mães que estimularam menos suas crianças, foram mais desengajadas e intrusivas durante a interação, tinham mais crianças em risco para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Na tabela 16 serão apresentados os dados relativos aos comportamentos da criança durante a situação interativa e os riscos para o desenvolvimento.

Tabela 16 – Associação entre comportamentos infantis e desenvolvimento global

DENVER	Normal Med. (min-máx)	Risco Med. (min-máx)	p
CATEGORIAS			
Envolvimento	18,0 (8,00-20,0)	13,5 (5,00-20,0)	0,01*
Interação	12,0 (5,00-17,0)	10,5 (10,0-17,0)	0,41
Afeto Positivo	10,0 (2,00-18,0)	9,5 (4,00-20,0)	0,55
Afeto negativo	5,00 (5,00-19,0)	5,00 (5,00-15,0)	0,78

Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max) Mann-whitney * $p < 0,05$

Avaliando a tabela 16 pode-se observar que o comportamento da criança de envolvimento apresentou associação estatisticamente significativa para o risco de desenvolvimento. Crianças menos envolvidas durante a interação apresentaram mais atrasos no desenvolvimento global.

A tabela 17 apresenta os dados relativos aos comportamentos da mãe durante a interação diádica e sua relação atrasos nas subcategorias do desenvolvimento, avaliadas pelo teste Denver II.

Tabela 17 – Comparação dos Comportamentos maternos, durante a interação diádica, em criança que apresentaram (ou não) atrasos de desenvolvimento nas áreas pessoal social, linguagem e motor fino

CATEGORIAS	Sensibilidade Med (min-máx)	Estimulação Cognitiva Med (min-máx)	Afeto Positivo Med (min-máx)	Afeto Negativo Med (min-máx)	Desengajamento Med (min-máx)	Intrusividade Med (min-máx)
DENVER II						
Pessoal social						
Normal	25,5 (7,0-35,0)	20,0 (7,0-34,0)	16,0 (8,0-29,0)	5,00 (5,00-19,0)	6,00 (4,00-9,00)	6,50 (5,00-8,00)
Cuidado	21,0 (6,0-35,0)	14,0 (7,0-35,0)	15,0 (8,0-21,0)	5,00 (5,00-9,00)	7,00 (4,00-18,0)	8,00 (5,00-22,0)
Atraso	27,5 (24,0-34,0)	15,0 (13,0-34,0)	18,5 (14,0-22,0)	5,00 (5,00-5,00)	6,00 (4,00-19,0)	6,00 (5,00-24,0)
p1	0, 12	0, 28	0, 43	0, 54	0, 52	0,54
Linguagem						
Normal	24,0 (11,0-35,0)	21,5 (13,0-34,0)	17,0 (8,00-29,0)	5,00 (5,00-8,00)	4,50 (4,00-18,0)	5,00 (5,00-14,0)
Cuidado	24,0 (15,0-34,0)	17,0 (7,00-35,0)	18,5 (12,0-32,0)	5,00 (5,00-8,00)	6,50 (4,00-9,00)	8,00 (5,00-18,0)
Atraso	25,0 (6,00-35,0)	12,0 (7,00-33,0)	11,0 (8,00-20,0)	5,00 (5,00-19,0)	10,0 (4,00-19,0)	6,00 (5,00-24,0)
p1	0,07	0,01*	0, 08	0, 422	0, 05*	0, 1
Motor fino						
Normal	25,5 (6,00-35,0)	19,5 (7,00-35,0)	17,0 (8,00-29,0)	5,00 (5,00-8,00)	6,0 (4,00-19,00)	5,00 (5,00-11,0)
Atraso	17,0 (11,0-31,0)	11,0 (7,00-27,0)	14,0 (9,00-21,0)	5,00 (5,00-19,00)	9,00 (4,00-13,0)	6,00 (5,00-24,0)
p2	0, 04*	0, 004*	0, 12	0, 40	0, 05*	0, 05*

Mediana (Med) Valor Mínimo (Min) Valor Máximo (Max) (1) Kruskal Wallis (2) Mann-Whitney *p <0,05

Deve-se lembrar que a subcategoria do Denver II motor amplo não foi considerada nessas análises pois teve 100% de normalidade.

Dos comportamentos maternos observados na interação diádica, a estimulação cognitiva e o desengajamento tiveram associação estatisticamente significativa com o desenvolvimento da linguagem, isto é, a porcentagem de crianças que tinham mães mais desengajadas e que as estimularam cognitivamente menos durante a interação diádica, tinha maior probabilidade de ter atraso no desenvolvimento de linguagem.

A estimulação cognitiva materna ($p=0,004$) apresentou uma associação altamente significativa com desenvolvimento motor fino, assim como sensibilidade, desengajamento e intrusividade também foram significativas, ou seja, as crianças de mães que apresentaram menos estimulação cognitiva e sensibilidade tiveram mais atrasos no desenvolvimento motor fino. Mães que tiveram mais comportamentos de desengajamento e intrusividade tiveram mais crianças em atraso. Vale ressaltar que a categoria de comportamento materno afeto positivo, apesar de não significativa, pareceu ter uma tendência a se associar com o desenvolvimento da linguagem ($p= 0,08$).

Na tabela 18 serão apresentados os dados relativos à associação entre presença de transtorno mental da mãe e atrasos no desenvolvimento da criança, nas subáreas pessoal social, motor fina e linguagem.

Tabela 18 – Relação entre transtorno mental da mãe e atrasos no desenvolvimento das nas áreas pessoal social, motor fina e linguagem.

Transtorno Mental Comum	Categorias DEVER II			p	
	TMC	PESSOAL SOCIAL			
		Normal f (%)	Cuidado f (%)	Atraso f (%)	
Não		23 (63,9)	11 (30,6)	2 (5,6)	0,29
Sim		13 (44,8)	14 (48,3)	2 (6,9)	
TMC	MOTOR FINO			p	
Não		32 (88,9)	0 (0)	4 (11,1)	0,04*
Sim		20 (69,0)	0 (0)	9 (31,0)	
TMC	LINGUAGEM			p	
Não		26 (72,2)	5 (13,9)	5 (13,9)	0,02*
Sim		12 (41,4)	5 (17,2)	12 (41,4)	

Frequência (f) e Porcentagem (%) Qui-Quadrado * $p < 0,05$

A leitura da tabela 18 permite observar que há uma associação significativa entre transtorno mental comum das mães e atraso na linguagem ($p = 0,02$) e motor fino da criança ($p = 0,04$).

3.3. Análise entre comportamentos interativos e variáveis associadas.

3.3.1. Análise das associações entre os comportamentos interativos das mães e das crianças.

A tabela 19 apresenta a associação entre os comportamentos das mães e das crianças observados durante a interação diádica.

Tabela 19 – Correlação entre os comportamentos maternos e da criança durante da interação diádica.

MATERNOS	Valores	Sensibilidade	Estimulação Cognitiva	Afeto Positivo	Afeto Negativo	Desengajamento	Intrusividade
INFANTIS							
Envolvimento	rho	0,65	0,70	0,49	-0,10	- 0,66	- 0,05
	p*	0, 001*	0, 000*	0, 000*	0, 407	0, 000*	0, 721
Interação	rho	0,39	0,40	0,32	- 0,04	- 0,50	- 0,19
	p*	0, 001*	0, 001*	0, 009*	0, 778	0, 000*	0, 129
Afeto Positivo	Rho	0,36	0,30	0,37	- 0,12	- 0,42	- 0,01
	p*	0, 003*	0, 015*	0, 002*	0, 350	0, 001*	0, 927
Afeto Negativo	rho	- 0,52	- 0,26	- 0,39	0,46	0,34	0,27
	p*	0, 001*	0,03*	0, 001*	0, 000*	0, 006*	0, 029*

Correlação de Spearman * $p < 0,05$

Na tabela 19, verifica-se que quase todas as categorias de comportamentos maternos mantêm alta correlação com as categorias de comportamentos infantis, no momento da interação diádica, em particular, “Sensibilidade”, Estimulação cognitiva”, “Afeto positivo” e “Desengajamento”, isto é, quanto mais sensíveis, estimuladoras e positivamente afetivas eram as mães, as crianças se mostravam mais envolvidas, integradas na interação, positivamente afetivas e menos negativas no afeto. Quanto mais desengajadas as mães, as crianças se envolviam e interagem menos, tinham menos comportamentos afetivos positivos e mais negativos. O afeto negativo e a intrusividade materna só mostraram associação significativa com afeto negativo da criança ($p=0, 006$ e $p=0,03$, respectivamente).

3.3.2. Transtorno mental da mãe e comportamentos maternos e da criança na interação diádica

Na tabela 20 será apresentada a análise que investigou transtorno mental da mãe, avaliado pelo SRQ 20, com as categorias de comportamentos das mães e das crianças, observadas durante a interação diádica.

Tabela 20 – Comparação dos comportamentos de mãe e crianças na interação diádica, de díades cujas mães pontuaram (ou não) para transtorno mental comum

CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO MATERNO	Sem TMC Med. (min-máx)	Com TMC Med. (min-máx)	p
Sensibilidade	25,5 (7,00-35,0)	12,0 (6,00 -35,0)	0, 28
Estimulação Cognitiva	19,5 (7,00-35,0)	14,0 (7,00-34,0)	0, 08
Afeto Positivo	16,0 (8,00-29,0)	15,0 (8,00-22,0)	0, 54
Afeto Negativo	5,00 (5,00-19,0)	5,00 (5,00-9,00)	0, 70
Desengajamento	6,00 (4,00-18,0)	7,00 (4,00-19,0)	0, 20
Intrusividade	6,00 (5,00-24,0)	5,00 (5,00-22,0)	0, 37
CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO INFANTIL	Sem TMC Med. (min-máx)	Com TMC Med. (min-máx)	p
Envolvimento	16,5 (7,00 - 20,0)	15,0 (5,00 -20,0)	0, 29
Interação	12,0 (5,00 - 17,0)	12,0 (5,00 -17,0)	0, 95
Afeto Positivo	8,00 (2,00 - 17,0)	11,0 (4,00-20,0)	0, 13
Afeto Negativo	5,00 (5,00 - 9,00)	5,00 (5,00 - 15,00)	0, 41

Mediana (Med) Valor Mínimo (Min) Valor Máximo (Max) Mann-Whitney *p < 0,05

A leitura da tabela 20 permite verificar que a saúde mental das mães não esteve associada significativamente a nenhum tipo de comportamento materno e das crianças, identificados na interação diádica. O comportamento materno de estimulação cognitiva foi o único que apresentou tendência estatisticamente significativa, isto é, mães que pontuaram para transtorno mental comum estimularam cognitivamente menos a criança, que mães sem indicadores de transtorno mental (p=0,08).

3.3.3. Relato e dificuldade no cuidado à criança e comportamentos maternos observados durante interação diádica

Serão apresentados na tabela 21 os resultados de análise da relação entre o relato de dificuldades no cuidados com a criança e as características de comportamento da mãe, observados na interação diádica.

Tabela 21 – Comparação dos comportamentos maternos emitidos durante a interação diádica das mães que relataram dificuldade (ou não) no cuidado á criança.

CATEGORIAS COMPORTAMENTO MATERNO	DE	Sem dificuldade	Com dificuldade	p
		Med. (min-máx)	Med. (min-máx)	
Sensibilidade		24,0 (6,00-35,0)	26,0 (11,0-35,0)	0, 40
Estimulação Cognitiva		17,0 (7,00-35,0)	16,5 (7,00-34,0)	0, 92
Afeto Positivo		15,0 (8,00-29,0)	16,0 (9,00-21,0)	0, 64
Afeto Negativo		5,00 (5,00-19,0)	5,00 (5,00-8,00)	0, 24
Desengajamento		7,00 (4,00-19,0)	5,00 (4,00-14,0)	0, 32
Intrusividade		8,00 (5,00-13,0)	8,00 (5,00-24,0)	0, 03*

Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max) Teste Mann-whitney * p < 0,05

Segundo os dados da tabela 21, apenas a Intrusividade materna esteve associada com o relato de dificuldades no cuidado às crianças, isto é, foi observada, na interação diádica, uma porcentagem maior de comportamentos intrusivos nas mães que referiram dificuldades em cuidar das crianças.

3.4. Análise dos modelos de predição do desenvolvimento global da criança

Na tabela 22 estão apresentados os resultados de análise que investigou a possível predição de risco para o desenvolvimento global das crianças, a partir das variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa para o risco de desenvolvimento da criança: variáveis sociodemográfica (situação ocupacional e idade materna), saúde mental materna (depressão na gestação e TMC no final do primeiro ano de vida da criança) e comportamentos da situação de interação (comportamentos maternos de estimulação cognitiva e desengajamento, comportamento infantil de envolvimento) como preditores dos indicadores de desenvolvimento

Tabela 22 – Modelo de regressão logística ajustado para explicar variáveis como predictoras de risco para atrasos de desenvolvimento.

Variáveis	β	p*	OR	IC (95%)
Constante	6,528	0,032	683,82	
Mãe trabalhar fora	3,086	0,015	0,046	(0,04–0,54)
Idade Materna	- 0,794	0,162	0,452	(0,14–1,37)
Presença de Risco (tabagismo ou Infecção urinária)	1,885	0,03	0,152	(0,028–0,83)
Depressão na gestação	0,005	0,997	0,995	(0,10–9,65)
Presença de TMC	3,396	0,001	29,85	(4,08–218,0)
Comportamento de envolvimento	- 0,280	0,03	0,756	(0,58–0,98)
Comportamento estimulação cognitiva	- 0,067	0,312	0,935	(0,82–1,06)
Comportamento desengajamento	- 0,103	0,474	0,902	(0,68–1,19)

Modelo de regressão logística EP= erro padrão OR = odds ratio IC = Intervalo de confiança * p<0,05;

Dentre as variáveis selecionadas, as que mantiveram-se como predictoras de risco para o desenvolvimento foram a situação ocupacional da mãe (mãe trabalhar fora), presença de risco pré-natal, indicativo de transtorno mental comum (TMC) ao final do primeiro ano de vida da criança e o envolvimento da criança na situação interativa.

Pode-se observar que na análise multivariada o maior preditor de atraso desenvolvimental foi a presença de TMC materno ao final do primeiro ano de vida da criança. Desta forma, crianças que tinham mães com problemas de transtorno mental comum tinham 29,85 vezes mais chance de ter atrasos de desenvolvimento do que as crianças que não tinham estas condições.

Capítulo IV

Discussão

4.1. Caracterização da amostra

Os sujeitos desta amostra eram usuários de duas unidades de saúde da família do município de Botucatu, que se localizam em áreas periféricas da cidade. A área de abrangência da unidade II conta com 7 setores na área urbana e 5 setores na área rural, com uma população de 5710 habitantes, em 2006. A área de abrangência da Unidade I conta com 10 áreas urbanas e 1 rural totalizando 4645 habitantes, em 2006. As pirâmides censitárias dos dois bairros mostram que seus ápices são mais estreitos que a base, sugerindo uma situação de transição, mostrando uma população que tenta controlar a natalidade e está começando a envelhecer. Quando se considera os resultados sobre a mortalidade infantil tardia (crianças com 28 dias a 1 ano), a unidade II tem piores condições de saúde que os demais bairros estudados enquanto que a unidade I apresentou taxas de mortalidade infantil dentro da média do município (CARANDINA & ALMEIDA, 2008).

Com relação às condições de moradia, 44% das famílias moravam em casa própria, quase todas tinham água e luz (98,4%), esgoto (78,5%) e estavam localizadas em ruas asfaltadas. A maioria das casas tinha cinco cômodos, com uma mediana de quatro moradores por casa, mas com grande variabilidade, sendo que em algumas moravam três pessoas e em outras, até 13, incluindo, tios, avós e primos, além de pais e filhos. A densidade habitacional variou de 0,3 a 2,0 com mediana de uma pessoa por cômodo. As pesquisas que se preocuparam com a densidade habitacional no desenvolvimento infantil têm resultados inconclusivos, isto é, o número de pessoas que habitam na mesma casa pode ter tanto um caráter de risco quanto de proteção. Por um lado, Rutter & Quinton (1977) afirmam que a densidade habitacional é um fator de risco psicossocial a ser considerado no ambiente familiar. Da mesma forma, Ashworth *et al.* (1997) em estudo realizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, identificaram que um número insatisfatório de cômodos por pessoa e inadequações sanitárias eram fatores negativos para o crescimento infantil. Para Bordin (2005), densidade habitacional estava relacionada ao pior desempenho cognitivo em crianças nascidas prematuras, que estavam na fase escolar. Em contraponto, Nobre *et al.* (2009), encontraram que bebês nascidos pré-termo, que moravam com maior número de

peessoas no lar, apresentavam melhor desempenho na linguagem, avaliada pelo teste DENVER II. Os diferentes resultados parecem indicar que não se trata apenas de avaliar a densidade habitacional, mas há outras variáveis associadas. Por exemplo, Andrade *et al.* (2005) verificaram que as crianças ocupando as primeiras ordens de nascimento, usufruíam de melhor qualidade da estimulação no ambiente doméstico, quando conviviam com reduzido número de menores de cinco anos

A renda familiar per capita das famílias variou de R\$20,00 a R\$ 666,00, Segundo dados do IBGE (2008) essas famílias podem ser classificadas como pertencendo às classes C, D e E. Dados da Pnad (2008) demonstram que 86% da população brasileira pertencem a estas classes, 42% considerando o Estado de São Paulo.

Neste estudo, participaram crianças com idade entre 11 meses e 20 dias a 12 meses e 20 dias e suas respectivas mães. Em 2 casos, apenas, o cuidador constante não era a mãe, mas uma avó materna e uma irmã mais velha da criança. Apesar de habitar em bairros periféricos, todas as mães relataram ter feito o acompanhamento do pré-natal em suas respectivas unidades de saúde. A maioria dos pais tinha entre 20 e 30 anos, e tinham 8 ou mais anos de estudo. Se a grande maioria das mães eram donas de casa, 95,3% dos pais estavam empregados e 36,9 % exerciam uma ocupação qualificada. Nas horas de lazer relatavam passeios ou visitas aos parentes.

Em relação às crianças, todas eram nascidas a termo devido aos critérios de exclusão da amostra, em sua maioria por parto normal. A mediana do peso ao nascer foi 3120 gramas e da altura 48 cm, sendo que 92% delas tiveram alta junto com a mãe. As que não tiveram alta conjunta e precisaram permanecer por mais tempo no hospital, ficaram para fazer banho de luz. Desta forma, pode-se supor que se tratava de um grupo de crianças saudáveis.

4.2. Fatores de Risco e Proteção

Segundo Sapienza & Pedromônico (2005), ao estudar o desenvolvimento infantil, é preciso examinar o contexto em que ele ocorre e, em especial, o efeito da presença simultânea de múltiplos fatores de risco, tanto biológicos, quanto ambientais. Para as pesquisadoras, estudos têm demonstrado que os cuidados prestados às crianças são consequência de muitas variáveis além daquelas associadas diretamente à mãe, como cultura, nível socioeconômico, estrutura familiar e características da própria criança e que os fatores de risco e de proteção podem ocorrer nas diferentes fases, pré, peri e pós-natal imediato, assim como ao longo do primeiro ano de vida.

Para Rodrigues, (2003) os principais fatores de proteção para o desenvolvimento nestas fases são fazer o pré-natal, não fumar, ter parto normal, sem intercorrências graves, a criança ter nascido a termo, com peso normal, tempo adequado de amamentação, boa saúde mental materna e boa relação mãe/criança, entre outros. Considerando o histórico das condições no pré, peri e pós-natal da atual amostra identificaram-se alguns importantes fatores de risco e de proteção. Todas as mães realizaram o pré-natal, índice mais alto que do próprio município de Botucatu, onde, segundo dados da SEAD (2008), 83,37% das mães de crianças nascidas vivas fizeram o pré-natal no período de janeiro a dezembro de 2008; 53% apresentaram infecção urinária durante a gestação e 30% eram fumantes.

O comparecimento às consultas de pré-natal parece estar associado à menor taxa de mortalidade perinatal. Especificamente, a assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de complicações durante a gestação e consequente redução ou eliminação de riscos passíveis de serem corrigidos, como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (KILSZTAJN *et al.*, 2003).

A infecção urinária, bastante comum durante a gestação, é um fator de risco para ocorrência do parto pré-termo, mas não há dados que a associem a risco para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O tabagismo, entretanto, já se mostrou fator de risco para condições de nascimento e desenvolvimento (MAINOUS & HEUSTOU, 1994; KIRKLAND, DODDS, BROSKY, 2000). Segundo Mello, Pinto e Botelho (2001), os efeitos do tabagismo comprometem a qualidade da função reprodutiva em diferentes fases, atuam sobre o desenvolvimento da criança, tanto na fase intra quanto extra-uterina, comprometendo a duração da gestação e o peso do recém nascido. Os autores também relatam que o tabagismo está associado com diminuição da produção de leite e do tempo de lactação que acaba se refletindo no ganho de peso da criança. Outros trabalhos têm mostrado que o hábito de fumar das gestantes está relacionado a baixo peso fetal, maior incidência de alergias e infecções em recém-nascidos e alterações vasculares da circulação útero-placentária, que podem prejudicar o desenvolvimento (SARAIVA *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2009; MARIN *et al.*, 2003).

Neste estudo apesar de 30% das mães serem tabagistas, 100% das crianças nasceram a termo, com peso adequado á idade gestacional, a grande maioria de parto normal, sem intercorrências, resultados que também se mostraram superiores às porcentagens do município. Segundo SEAD, no município de Botucatu, de janeiro a dezembro de 2008, 49,25% dos nascimentos foram por parto cesárea, 9,7% das crianças nasceram pré-termo e 9,25% com baixo peso. Em termos de Brasil, segundo estudo de revisão de Zorzetto (2006), a

partir de dados da Agência Nacional de Saúde, 40% dos partos no país foram por cesárea durante o ano de 2005, sendo 65% deles considerados desnecessários.

Em relação às condições de cuidado e saúde das crianças, 89,2% foram amamentadas no peito por aproximadamente oito meses, e, com um ano, algumas ainda estavam sendo amamentadas. Amamentar por mais tempo parece contribuir para a interação e o estabelecimento de um vínculo forte mãe-bebê (FELDMAN & EIDELMAN, 2003). Para Halpern *et al.* (2000), quanto maior a duração do período de amamentação, menor o risco de atraso no desenvolvimento e melhor desempenho no desenvolvimento cognitivo futuro.

Uma revisão sobre os motivos que influenciam na decisão das mães de amamentar, duração da amamentação e razões do desmame mostrou que os fatores mais citados como determinantes do desmame precoce são: maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico materno, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora. Por outro lado, apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, mostraram-se parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação (FALEIROS, TREZZA & CARANDINA, 2006). Na medida em que a maioria das mães desta pesquisa fez o pré-natal, tinha entre 20 e 30 anos, não trabalhava fora, vivia com marido ou companheiro, tinha famílias pequenas e referiu ter apoio quando passavam por alguma adversidade, pode-se considerar que suas condições eram favoráveis para permanecer amamentando por um longo período.

Mas, apesar de amamentarem por longos períodos, nem todas as mães referiram sentimentos positivos quanto à amamentação, 20% relataram que tinham algum sentimento negativo, como incômodo devido a dores durante o aleitamento e problemas com os horários a serem seguidos. O receio da dor, desconforto, das mudanças na rotina diária devido à amamentação e, principalmente, a falta de modelos ou desconhecimento de pessoas que amamentassem foram as principais razões apresentadas por mães que interromperam a amamentação e optaram por fórmulas para a alimentação de seus bebês, de acordo com Miracle (2004).

A maioria das mães não identificou problemas de desenvolvimento neuropsicomotor, sono e alimentação em seus filhos. Entretanto, se elas relataram corretamente a idade em que se deram as aquisições, pode-se hipotetizar que, em alguns casos, houve atrasos na aquisição da habilidade de sustentar a cabeça (6 meses) e sentar sem apoio (9 meses). As crianças comiam bem e, em 60% dos casos dormiam sozinhas em seu berço. As restantes dormiam na cama dos pais devido a pouca disponibilidade de lugar, possivelmente relacionada à condição socioeconômica das famílias. Apesar de o coleito ser uma prática bastante usual em famílias

que vivem condições socioeconômicas pouco favoráveis, há controvérsias quanto ao seu papel no desenvolvimento infantil. Entre os fatores favoráveis são elencados a frequência maior de amamentação; maior interação física entre mãe e filho, fortalecendo o vínculo entre eles e despertar mais frequente de mãe e criança, com possível proteção de lactentes em risco de morte súbita. Por outro lado, dormir na mesma cama também foi considerado um fator de risco associado à qualidade do ambiente familiar e há relatos de que dividir a cama com os pais aumenta o risco de morte súbita do lactente, especialmente se ao invés de cama, eles dividirem um sofá. (MARTINS *et al.*, 2004, ISSLER *et al.*, 2010).

Se há varias indicações que as mães cuidavam adequadamente dos filhos, visto que eram crianças saudáveis, amamentadas por longo período, com a vacinação em dia, nem sempre a tarefa de cuidar, foi considerada fácil por elas. 24% referiram dificuldades, alegando, que, além de cuidar da criança tinham outras responsabilidades com a casa e com a família. Apesar da maioria não ter prole extensa e poucas serem adolescentes (26,1%), pareceu difícil ter que tomar conta de criança de 1 ano, juntamente com a obrigação de cumprir com a rotina da casa. Nessa idade, a criança tem possibilidade de maior exploração do ambiente com a aquisição da marcha (40% já andavam), mas ainda está em um estágio cognitivo em que tem poucas condições de prever as consequências de suas ações o que implica em necessidade de uma vigilância constante por parte do adulto (BEE, 2003; MAZET & STOLERU, 1990). Lopes *et al.* (2006), pesquisando os sentimentos maternos frente ao desenvolvimento de crianças com 12 meses, encontraram relatos de sentimentos ambivalentes de gratificação e realização, mas também relato de muita demanda e necessidade de muita dedicação da mãe.

Apesar da maioria das mães (86%) referir que contavam com rede de apoio, possivelmente, muitas vezes, ela era constituída pelo marido que estava ausente durante o dia, trabalhando, e, portanto, os cuidados com a criança e com as tarefas domésticas acabavam sendo responsabilidade única da mãe. Para famílias que passam por adversidades ou dificuldades, a família extensa parece ser um ponto de apoio importante. Um estudo desenvolvido no Paraná, com famílias de crianças nascidas pré-termo e baixo peso, mostrou que a família extensa representava seu maior e mais constante apoio, seguido pelo vínculo com o profissional de saúde, particularmente, o médico (VIEIRA *et al.*, 2010). Fonseca, Silva & Otta (2010) demonstraram que apoio social durante os cuidados com a criança, tinha correlação positiva com a estruturação materna, com a responsividade do bebê e foi fator de proteção para sintomas depressivos. Neste estudo, apenas 30% das mães disseram que podiam

contar com alguma ajuda para cuidar da criança em momentos de necessidade, possivelmente, em caso de doença ou quando precisavam se ausentar.

Essas mães além de contarem com pouca ajuda na criação dos filhos, utilizaram muito pouco (3,0%) outro equipamento social para compartilhar o cuidado de crianças pequenas, a creche, possivelmente um recurso ao qual recorreram, apenas, as que trabalhavam fora. Poucas mães recorrem à creche durante os primeiros anos de vida. Segundo PNAD (2005), a frequência nos três primeiros anos é de 13,3%. Dados do IBGE de 2008 apontam que 17,1% das crianças de 0 a 3 anos frequentavam algum estabelecimento de educação no País e que essa porcentagem sofre um aumento significativo (76%) quando a criança completa os 4 anos de idade. Possivelmente a baixa frequência à creche das crianças da pesquisa deveu-se à falta de uma rede de equipamentos coletivos suficiente e estrategicamente localizada, à regulamentação das instituições que só oferecem vaga em contrapartida a trabalho materno e a outro fator identificado em alguns estudos qualitativos, a ambiguidade de sentimentos maternos entre o desejo/necessidade de compartilhar a guarda e a perda da exclusividade da função (ROSENBERG, 1995).

As dificuldades no cuidado pareciam se refletir, também, na percepção que tinham do temperamento da criança. Se a grande maioria das mães descrevia seus filhos como saudáveis e com bom desenvolvimento, em relação ao temperamento, 66% das mães o identificavam como nervoso, agitado, birrento, ansioso ou medroso. Em um artigo de revisão de literatura sobre responsividade materna, Ribas & Seidl de Moura (2003) encontraram que em 16% dos artigos, ela foi associada a características da criança, como temperamento e obediência. Um estudo identificou que o temperamento infantil tinha relação com a responsividade materna, que por sua vez estava relacionada ao desenvolvimento da criança (SEIFER & SCHILER, 1995).

Como forma de acalmar a criança, várias mães (64%) recorriam à chupeta. Segundo Sertório & Silva (2005), a chupeta oferece à mãe uma alternativa para confortar e apaziguar o filho em momentos de agitação ou quando ela não pode atendê-lo direta e continuamente.

Com relação à saúde mental materna, algumas mães relataram depressão na gestação e uma alta porcentagem delas pontuou para indicativo de transtorno mental comum quando a criança tinha um ano. A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem se refletir diretamente em sua saúde mental (CAMACHO *et al.*, 2006). A literatura indica que são as fases de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no

terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério (BOTEGA & DIAS, 2006).

Com relação ao período gestacional, 17% de mães relataram ter tido depressão durante a gestação, porcentagem similar à encontrada em outros trabalhos. Pereira & Lovisi (2008), em artigo de revisão, encontraram que a prevalência de depressão durante a gravidez nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foi mais alta que nos países desenvolvidos (20% e 15%, respectivamente), e que os principais fatores de risco para a depressão foram história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias e violência doméstica.

Entretanto, o índice de transtorno mental comum das mães, avaliado pelo SRQ-20, quando a criança tinha um ano foi alto (44,6%) , quando comparado a outras pesquisas desenvolvidas em Unidades de Saúde. Diversos trabalhos vêm apontando para maiores índices de TMC em mulheres que nos homens. Maragno *et al.*, (2006) pesquisando a prevalência de TMC em moradores de áreas periféricas do estado de São Paulo cobertas pela ESF, encontraram uma prevalência significativamente maior nas mulheres, idosos e nas categorias de menor renda ou de menor escolaridade. Apenas o estudo de Bandeira, Freitas & Filho (2007), com usuários da ESF encontrou porcentagens significativamente maior de TCM em homens (45,1%), mas mesmo assim, as mulheres pontuaram mais na subescala que avaliava desejo de morte (44,1% contra 29,9% dos homens).

Araújo *et al.*, (2006) identificaram como fatores de risco para transtorno mental as más condições de trabalho e socioeconômicas, alta sobrecarga doméstica, ser negra ou parda, divorciada/desquitada/viúva, com baixo nível de escolaridade, ou de renda, com filhos, chefe de família e não poder dedicar tempo semanal ao lazer. Lima *et al.* (2008), desenvolvendo um estudo transversal populacional, em Botucatu, mesmo município em que foi realizada a atual pesquisa, também mostraram associação entre os TMC e os indicadores de desvantagem social e sexo. A presença de transtorno mental comum foi maior quanto menor era a renda e mulheres procuravam mais os serviços de saúde com esta queixa.

Apesar de se tratar de um estudo com mulheres, que viviam em bairros pobres, um deles com alta taxa de mortalidade infantil, que várias se queixavam da sobrecarga de afazeres domésticos e de dificuldade em cuidar da criança, surpreendeu a alta porcentagem de mães que pontuou para TCM. Nenhuma das variáveis de risco (idade, escolaridade, situação ocupacional, tipo de ocupação, rede de apoio, número de filhos, viver com marido ou companheiro e renda per capita) mostrou relação significativa com os índices encontrados. Possivelmente, algumas variáveis do contexto familiar, não investigadas, ou mesmo ocultadas

por elas, podem ter exercido um papel nos resultados. Para Cano & O'Leary (2000) eventos de vida como infidelidade, conflitos conjugais, ameaça de separação e agressões físicas, podem ser considerados estressores e podem aumentar o risco do aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. A esses fatores Engle (2009) acrescentou dívidas, deixar o emprego, nascimento de um filho do sexo não-preferencial, catástrofes, morte de familiares e migração.

Em trabalhos futuros sugere-se a aplicação de alguma escala de Eventos Vitais, ou mesmo pesquisar acontecimentos diários menores, que a literatura associa com situações de tensão crônica e com o aparecimento de sintomas ansiosos (MARGIS, PICON, COSNER & SILVEIRA, 2003), tentando explicar porque pessoas com família constituída, grupo de apoio, escolaridade e renda média podem apresentar prejuízos em sua saúde mental. Com os dados disponíveis, é possível levantar a hipótese que essas mulheres estavam vivenciando uma mudança na sua rotina, pois, além de se ocupar dos afazeres domésticos, tinham que cuidar de filhos, muitas vezes vistos como birrentos e nervosos, nem sempre uma tarefa prazerosa, com consequências para sua saúde mental. Castro & Piccinini (2004), entrevistando mães de crianças com 2 anos, concluíram que apesar da alegria frente à maternidade, elas tinham preocupações com o rápido crescimento e autonomia das crianças, dificuldade de controle e despreparo em exercer o papel materno.

Schwengber & Piccinini (2005) relataram que conflitos familiares e conjugais, dificuldades financeiras e no manejo com o bebê e estresse por ter que separar-se dos filhos em função do trabalho estavam associados com indicadores mais altos de depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. A depressão se refletia em maior insatisfação com o desenvolvimento da criança, com seu desempenho como mãe e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas. Os autores concluem que esses achados apontam para a importância de avaliações e intervenções precoces para minimizar os efeitos negativos da depressão materna na díade mãe-bebê.

4.3. O desenvolvimento infantil

De acordo com a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (global e nas subáreas), das crianças com um ano de vida, através do teste Denver II, constatou-se que 43,1% delas estavam em risco para o desenvolvimento global e que as áreas mais afetadas foram: a linguagem (24,6%), desenvolvimento motor fino (20,0%) e pessoal-social (6,1%) enquanto que o desenvolvimento motor grosso apresentou 100% de normalidade.

Esses achados estão acima dos índices de risco para o desenvolvimento encontrado em outros estudos. Pesquisa da OPAS, para avaliar o desenvolvimento de crianças brasileiras detectaram que 34% das crianças avaliadas apresentavam risco para o desenvolvimento (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2005). Santa Maria-Mengel & Linhares (2007) avaliaram 120 crianças cadastradas em um Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP, com idade variando de 6 a 44 meses e puderam observar que 33% da amostra total apresentavam risco para o desenvolvimento. Na faixa etária correspondente á deste estudo, apenas 5% das crianças estavam em risco para o desenvolvimento, em sua maioria com atrasos na área da linguagem.

Halpern *et al.* (2000) verificaram que, aos 12 meses, 34% das crianças nascidas em Pelotas em 1993 apresentavam suspeita de atraso no desenvolvimento. Na análise multivariada verificou-se que as crianças mais pobres, que haviam nascido com baixo peso, com idade gestacional menor de 37 semanas, tinham mais de três irmãos e haviam recebido leite materno por menos de três meses ou não haviam sido amamentadas tinham maior risco de suspeita de atraso em seu desenvolvimento. Nobre (2005), em trabalho com prematuros, utilizando o teste de triagem DENVER II, registrou resultados mais próximos ao do presente estudo, visto que 37% das crianças na faixa etária de 10 a 14 meses estavam em risco para o desenvolvimento e, especificamente quanto à linguagem, foram encontrados 24% de crianças em risco. As crianças da atual pesquisa não apresentavam nenhum dos riscos biológicos citados, o que leva a crer que o alto índice de atraso deve estar relacionado a fatores psicossociais e possíveis problemas metodológicos que serão discutidos no final.

Quando se relacionou os resultados do desenvolvimento global das crianças com as variáveis demográficas, socioeconômicas e paternas, não se obteve nenhuma relação estatisticamente significativa, apesar de diversos estudos no país considerarem algumas variáveis como preditoras para atrasos desenvolvimentais (SANTA MARIA-MENGEL & LINHARES, 2007; HALPERN *et al.*, 2002; CACHAPUZ & HALPERN, 2006; SILVA *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2004; PILZ & SHERMAN, 2007, ANDRADE, 2007). Entretanto, variáveis maternas como situação ocupacional da mãe, risco pré-natal, depressão na gestação e indicação para transtorno mental comum, apresentaram relação estatisticamente significativa para atraso no desenvolvimento global da criança.

Mães que trabalhavam fora tinham mais chances de ter seus filhos com atraso. Os dados da literatura com relação ao papel do trabalho materno no desenvolvimento ainda são inconclusivos. Por um lado, Andrade *et al.* (2005) afirmam que, entre outras variáveis, o efeito da estimulação sobre a cognição foi mediada pela condição materna de trabalho, em

crianças com idade variando de 17 a 42 meses. O trabalho materno seria um elemento gerador de renda, que poderia facilitar o acesso a brinquedos e outros recursos promotores do desenvolvimento infantil. Ainda, a satisfação ocupacional da mãe promoveria a auto-estima, motivando experiências positivas das mães com seus filhos. Em outros estudos, o trabalho materno também mostrou efeitos positivos, responsável pelo aumento de renda, criando um melhor ambiente para o desenvolvimento, melhores empregos e melhor condição familiar. (BIANCHI, 2000; PARCEL & MENAGHAN, 1990; PARCEL & MENAGHAN, 1991; PARCEL & MENAGHAN, 1997).

Fazendo contraponto com estes achados, Shpancer *et al.* (2006), comparando mães com diferentes condições ocupacionais, encontraram que as mães que não trabalhavam proporcionaram melhores cuidados para suas crianças. Por outro lado, mães que trabalhavam fora tinham menos disponibilidade para atividades promotoras de desenvolvimento cognitivo, empenhavam menos tempo em leitura com seus filhos, e não havia evidências que maridos e parceiros compensassem esse tempo (CAWLEY & LIU, 2007).

Especificamente com crianças menores, no estudo longitudinal de Han, Waldfogel & Brooks-Gunn (2004), o emprego materno no primeiro ano de vida da criança teve efeito negativo significativo sobre o desenvolvimento cognitivo e, para algumas crianças, o atraso se manteve até os 7 anos. Outro estudo destes mesmos autores apontou que mesmo dando assistência de qualidade para a criança, isto é, mães com sensibilidade e um bom ambiente doméstico, o fato de trabalhar 30h semanais fora de casa teve efeitos negativos no desempenho cognitivo dos filhos (HAN, WALDFOGEL & BROOKS-GUNN, 2003). O emprego materno durante os três primeiros anos de vida das crianças, também pareceu prejudicar a capacidade verbal aos três anos de idade (RUHM, 2004).

Possivelmente, trabalhar fora proporciona às mães melhores condições socioeconômicas, possibilitando a aquisição de uma boa alimentação, brinquedos adequados, etc. Mas, especificamente durante o primeiro ano de vida, período de rápido desenvolvimento de importantes habilidades como: fala expressiva, motricidade fina e marcha, a presença materna possivelmente desempenha um papel protetor, pelo maior tempo de contato e cuidado. A escassez de dados específicos sobre essa faixa etária, entretanto, sinalizam para a necessidade de mais estudos para avaliar exatamente o peso desta variável.

Outra variável que mostrou relação significativa com o desenvolvimento infantil foi risco materno pré-natal. Nesta pesquisa os fatores de risco apresentados pelas mães foram infecções urinárias e tabagismo. 30% das mães foram tabagistas durante toda a gestação ou parte dela.

O tabagismo, segundo a literatura, está relacionado à risco para crescimento intra-uterino e baixo peso fetal. Pode ocasionar complicações na gravidez como abortamento, prematuridade, pré-eclâmpsia, descolamento de placenta e placenta prévia. Além disso, pode também, na fase pós-natal, trazer complicações relacionadas ao desenvolvimento da criança, como crescimento lento, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais, durante os cinco primeiros anos. Uma possível explicação seria que a nicotina e outras substâncias do cigarro afetariam o desenvolvimento do sistema nervoso central, alterando o desenvolvimento neuropsicomotor (FERTIG, 2009; AGRAWAL *et al.*, 2010). Outra hipótese, levantada em outro estudo, relacionou o uso do tabaco a ambientes negativos, avaliados pela escala HOME, que propiciariam mais riscos para o desenvolvimento da criança (MARTINS *et al.*, 2004).

Herrmann, King & Weitzman (2008), a partir de revisão bibliográfica, afirmam que o uso do tabaco durante a gestação está consistentemente associado com problemas em vários domínios do desenvolvimento neuropsicomotor da criança e também do comportamento, apesar de ainda haver várias questões em aberto sobre a complexa interação entre a exposição ao tabaco, a genética e fatores ambientais, que limitam a capacidade de inferir a natureza causal destas associações.

Em relação à saúde mental materna, corroborando outros achados da literatura, no presente estudo tanto a depressão durante a gestação, quanto o indicador de transtorno mental comum ao final do primeiro ano de vida, apareceram como fatores de risco para o desenvolvimento global da criança. A saúde mental materna no período pré e pós-gestacional, assim como suas consequências na qualidade do ambiente, na disponibilidade do cuidado, na interação mãe/criança e no desenvolvimento infantil, vêm sendo estudada por diversos autores (BRUM & SCHERMANN, 2006; ENGLE, 2009; FRIZZO & PICCININI, 2005; FRIZZO & PICCININI, 2007; GOODMAN & ROUSE, 2010; SCHWENGBER & PICCININI, 2003, 2004, 2005). A depressão gestacional constitui um forte fator de risco a depressão pós-natal, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, com a intenção de prevenir problemas de saúde mental mais grave e crônico (PATEL *et al.*, 2006).

Não se encontraram, na literatura, pesquisas que relacionassem TMC a problemas desenvolvimentais. Portanto, na medida em que o conceito de TMC tem sido a chave para que estudos epidemiológicos possam capturar a prevalência de manifestações de sofrimento na comunidade, mesmo que essas queixas não preencham, necessariamente, todos os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos, ansiosos e somatoformes (MARAGNO *et al.*, 2006), os dados serão discutidos a partir de trabalhos que pesquisaram a relação entre sintomas depressivos e ansiosos maternos e o desenvolvimento da criança.

Com relação à depressão materna, Pedrós-Roselló *et al.* (2002) estudaram os efeitos da depressão pós-parto no desenvolvimento de crianças aos 28 meses de idade e constataram que as mães deprimidas tinham menos carinho e cuidado com suas crianças e esta variável foi a que mais pesou para atrasos no desenvolvimento. Cornish *et al.* (2005) avaliaram a partir da escala Bayley, crianças de 12 meses e observaram taxas elevadas de atraso no desenvolvimento infantil relacionadas à depressão materna crônica. Brum e Sherman (2006), em trabalho de revisão, identificaram que em grande parte dos estudos, a depressão materna afetava o desenvolvimento infantil, com a ocorrência de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Goodman e Rouse (2010), em trabalho de revisão mais recente, identificaram associação entre depressão pré-natal e pós-parto, com uma série de problemas em recém-nascidos e desenvolvimento de crianças pequenas, como temperamento infantil negativo, apego inseguro, dificuldades no desenvolvimento cognitivo e de linguagem, baixa auto-estima e vulnerabilidade para depressão aos cinco anos de idade.

Para Motta *et al.* (2005), a depressão materna não só afetava o desenvolvimento, mas também a interação mãe/criança com idade variando de 0 a 3 anos. As mães mostravam: intrusividade, menor sensibilidade e empatia, apatia na interação, pouca disponibilidade para brincar e descreviam a criança de forma negativa. As crianças tinham menor envolvimento com suas mães, menos comportamentos exploratórios, irritabilidade, baixos índices de linguagem expressiva, desenvolvimento de apego inseguro e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

Em relação à ansiedade, alguns estudos relatam que a ansiedade materna tem estreita relação com menor sensibilidade da mãe diante do sofrimento da criança, aumento do nível de desatenção em crianças de 5 anos, e desenvolvimento de afeto negativo infantil (GRANT *et al.*, 2010, CLAVARINO *et al.*, 2010). Em artigo de revisão Glashenn, Richardson e Fabio (2009), referem que a evidência mais forte do efeito adverso da exposição à ansiedade materna está nos problemas somáticos e psicológicos apresentados pelas crianças, mas, que o efeito da ansiedade materna no desenvolvimento infantil ainda apresenta resultados inconclusivos.

A associação entre transtorno mental comum e risco para o desenvolvimento não se limitou ao desenvolvimento global, mas também mostrou uma relação estatisticamente significativa com áreas específicas, isto é, mães com TMC tinham mais probabilidade de terem filhos com atrasos nas subáreas motor fino e linguagem. Grace, Evindar & Stewart (2003), observaram que a depressão pós-parto tinha efeitos no desenvolvimento cognitivo das

crianças, principalmente na área da linguagem. Segundo os autores, possivelmente mães com comprometimento psiquiátrico se comunicam menos com suas crianças e estão menos disponíveis para a interação social.

Os fatores de risco acima citados, em especial as altas taxas de TCM materno mostraram ter relação com os altos índices de risco para o desenvolvimento identificado nesta amostra, mas, possivelmente, outras condições não investigadas na pesquisa como frustrações, conflitos conjugais e violência doméstica, podem, também ter influenciado os resultados. Para Whiteside-Mansell *et al.* (2009) e Rutter (2002) as discórdias maritais e as discussões constantes do casal na frente da criança atingem diretamente, sendo provável que sejam mais determinantes na qualidade do ambiente do que a ausência de marido ou companheiro.

4.4. Desenvolvimento e Interação

Na maioria dos estudos conduzidos nas áreas do desenvolvimento inicial e de relações sociais, a interação mãe/criança tem sido considerada um recorte importante para o estudo do comportamento e das competências do bebê (ZAMBERLAN, 2002). A boa interação mãe-criança também tem sido apontada como facilitadora do desenvolvimento infantil (BRUM & SCHERMANN, 2004; FIGUEIREDO & SCHERMANN, 2001). Para enriquecer a análise dos possíveis fatores atuantes no desenvolvimento, um episódio interativo foi analisado, buscando indícios nos comportamentos da mãe e da criança que pudessem estar relacionados com o desenvolvimento principalmente da linguagem, comunicação, socialização e cognição.

No episódio observado, as categorias de comportamento materno e da criança mantinham alta correlação entre si, caracterizando o episódio como interativo. Quanto mais sensíveis, estimuladoras e positivamente afetivas eram as mães, as crianças se mostravam mais envolvidas, integradas na interação, demonstravam afeto de forma positiva (sorrisos, tom afetuoso, demonstração física de afeto, entusiasmo e contato visual) e apresentavam poucos episódios de afeto negativo (expressão visual negativa, tom de voz seco, repressão, ameaças e gritos). Quanto mais desengajadas eram as mães, as crianças se envolviam e integravam menos, tinham menos comportamentos afetivos positivos e mais negativos. Para Piccinini *et al.* (2001), apesar da definição de interação não ser consensual, há uma tendência entre os autores de considerar como elementos importantes, a questão da ação recíproca, da co-construção e da bidirecionalidade. Alguns comportamentos maternos observados durante a situação interativa se relacionaram, de forma significativa, com o desenvolvimento global das

crianças: estimulação cognitiva, desengajamento e intrusividade, isto é, as mães que ofereceram menos estimulação cognitiva, eram mais intrusivas e desengajadas tinham crianças com maior risco para o desenvolvimento.

A associação entre comportamentos maternos e desenvolvimento também foi significativa quanto ao desenvolvimento de áreas específicas. Assim, a estimulação cognitiva e desengajamento, tiveram uma relação estatisticamente significativa com riscos para desenvolvimento da linguagem. Mães que estimularam menos suas crianças e mais desengajadas na situação interativa, tinham mais chances de ter crianças com risco para a linguagem. Enquanto que estimulação cognitiva materna, sensibilidade, desengajamento e intrusividade apresentaram uma relação altamente significativa com risco para o desenvolvimento motor fino. Ou seja, mães menos estimuladoras e sensíveis; e mais desengajadas e intrusivas, tinham mais chances de ter suas crianças em risco para o desenvolvimento motor fino.

Cada uma dessas características do comportamento materno tem sido apontada na literatura como fundamental para o desenvolvimento da criança. A estimulação cognitiva, por exemplo, facilita a aprendizagem de habilidades, na medida em que a mãe aproveita as experiências do dia a dia para estimular seu desenvolvimento mental (PICCININI *et al.*, 2001). A mãe engajada, não permanece passiva, mostra interesse pelos comportamentos infantis e tem consciência das necessidades da criança (PICCININI *et al.*, 2001). Ainda, a sensibilidade materna faz com que ela mantenha atenção e percepção consistentes, interpretação precisa e respostas contingentes e apropriadas aos sinais da criança (ISABELLA *et al.*, 1989).

Por outro lado, o comportamento intrusivo, tendência ao controle exagerado dos comportamentos da criança por parte da mãe, ocorre quando se monitora passo a passo o que a criança faz, reagindo com perguntas, comentários ou repreensões frequentes (OLIVEIRA, FRIZZO & MARIN, 2000). Para Adam, Grunar & Tanaka (2004), a mãe intrusiva mostra desrespeito pela autonomia da criança, realiza intervenções desnecessárias com o objetivo de dirigir seu comportamento e interfere em suas atividades. Como consequência, se diminui a possibilidade de que a criança experimente e tente novas aquisições, retardando seu desenvolvimento. Vale ressaltar que houve uma associação estatisticamente significativa entre mães que relatavam dificuldades no cuidado e intrusividade, dando impressão que, frente á resistência da criança, a mãe se impacientava, fazia por ela, limitando suas possibilidades de aprendizagem.

Segundo Wachaslag e Hans (1999), estimulação cognitiva, sensibilidade, não intrusividade e engajamento compõem a responsividade materna. Para Landry, Smith, Swank e Miller-Loncar (2000), maior responsividade materna, especialmente em crianças vulneráveis, mostrou uma influência positiva no desenvolvimento cognitivo infantil. As mães responsivas respondiam de forma contingente ao comportamento da criança, podendo produzir modificações no ambiente, facilitando e estimulando a relação da criança com os estímulos do contexto e proporcionando a aquisição de novas habilidades. Por outro lado, a responsividade materna também conduzia a criança a um estado de segurança permitindo que ela explorasse mais o ambiente, com ganhos para o seu desenvolvimento. Para vários autores, a responsividade materna tem sido considerada um preditor importante do desenvolvimento infantil (RIBAS, MOURA & RIBAS JR., 2003; RIBAS, MOURA & RIBAS JR., 2004; BORNSTEIN & TAMIS – LEMONDA, 1997)

Especificamente com relação ao desenvolvimento social e da linguagem, diversos estudos têm investigado o papel da responsividade da mãe como preditor da linguagem receptiva (MURRAY & YINGLING, 2000; MAGILL-EVANS & HARRISON, 2001), expressiva (MURRAY & YINGLING, 2000), aquisição de habilidades sociais (ASSEL *et al.*, 2002; LANDRY *et al.*, 2001), formação de apego seguro (BECKWITH *et al.*, 1999). Em todos os estudos a responsividade mostrou efeitos positivos.

Ainda há poucos estudos sobre possíveis fatores que levam à responsividade materna, de fundamental importância para programar ações preventivas. Ribas e Moura (2006), não verificaram correlação entre responsividade e idade, escolaridade da mãe ou nível socioeconômico da família. Em revisão de literatura Schwengber e Piccinini (2003), observaram que mães deprimidas tendiam a serem menos responsivas ao interagirem com seus bebês que, por sua vez, tendiam a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não-deprimidas.

Neste estudo, o fato da mãe ter indicativo de algum transtorno mental não teve relação significativa com seus comportamentos na situação de interação. Dados semelhantes foram obtidos por Frizzo e Piccinini (2007) que não obtiveram diferenças estatisticamente significativas nas interações triádicas de famílias com e sem depressão materna, indicando que, embora deprimidas, as mães conseguiam prover uma estimulação adequada para seus bebês.

Para Motta *et al.* (2005), a depressão materna parece ter um impacto menor na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança quando outros fatores de risco não estão associados. Assim, presença do pai e a ausência de conflitos conjugais são fatores que podem

amenizar os efeitos da depressão materna na interação com o bebê (FRIZZO & PICCININI, 2005). Da mesma forma, Fonseca, Silva e Otta (2010), não verificaram diferenças significativa na relação mãe-criança em mães com e sem depressão, quando se contava com apoio social, estilos de relacionamento e disponibilidade emocional materna. Apesar de a sensibilidade materna ter sido influenciada por fatores sócio-cognitivos (proporcionados pela educação materna) e afetivos (características da mãe) a sintomatologia depressiva não interferiu na qualidade da interação mãe-bebê.

Resumindo, os dados das diferentes pesquisas parecem mostrar que o fenômeno interativo é um fenômeno complexo, determinado por múltiplas variáveis. Apesar da importância do estado emocional e do comportamento do cuidador, ele não é o único responsável pelos rumos da interação. No presente estudo deve-se destacar também o comportamento da própria criança. Como já foi verificado em outros estudos (SEIDL DE MOURA *et al.*, 2004; SEIDL DE MOURA *et al.*, 2008; LORDELO, 2002; KLEIN & LINHARES, 2006), a situação interativa não é determinada apenas pelo comportamento materno, mas também conta com a participação do comportamento da criança, caracterizando-se como uma situação bi-direcional.

Nesta pesquisa, o comportamento da criança não só deu continuidade às iniciativas maternas, como as crianças mais envolvidas e integradas, tinham mães mais sensíveis, estimuladoras e afetivamente positivas. Por outro lado, as crianças menos envolvidas, tinham mãe menos engajadas. As crianças apresentaram afeto negativo à medida que suas mães eram intrusivas e afetivamente negativas.

Zamberlan (2002), em trabalho de revisão sobre interação, destaca dois aspectos importantes da interação mãe-criança: primeiramente, a presença da mãe age como facilitador para um conjunto significativo de aspectos do desenvolvimento do filho, com destaque para a organização de "estados", características sensório-perceptivas e cognição; segundo, muitas características da criança, importantes para a interação, eliciam responsividade e cuidados dos agentes com os quais elas interagem, no sentido de harmonizar-se ou de sincronizar-se na relação. Essa mutualidade já se faz presente nos primórdios do desenvolvimento social.

A participação da criança não influenciou apenas o fluxo interativo, mas, teve um papel importante no seu próprio desenvolvimento. Crianças que se envolveram ativamente no episódio interativo, mantendo contato visual, explorando o ambiente e respondendo à maioria das atividades propostas pela mãe, tiveram, de forma significativa, menos chances de riscos para atrasos desenvolvimentais. Por outro lado, crianças pouco envolvidas com o ambiente e

com as propostas apresentadas pela mãe, tinham limitadas possibilidades de experimentar novas habilidades, que acabavam prejudicando seu desenvolvimento.

Para responder ao último objetivo, examinar o efeito das variáveis da criança, da família e da interação na predição dos indicadores do desenvolvimento aplicou-se um modelo de regressão logística, incluindo todas as variáveis que tinham associação significativa com o risco para o desenvolvimento global. O modelo de predição revelou que apenas situação ocupacional da mãe, risco pré-natal, TMC e o envolvimento da criança no episódio interativo eram variáveis preditoras de risco para o desenvolvimento global.

A permanência dessas variáveis como fatores de risco indica que os serviços de saúde precisam dar atenção especial e urgente a eles, ainda no período gestacional. Por exemplo, em relação ao tabagismo, um estudo mostrou que, apesar das gestantes tabagistas terem uma representação negativa do uso do cigarro, considerada o pior dos vícios e potencial causador de complicações para o feto e para a própria mãe, a maioria das mulheres desconsiderava a existência e necessidade de tratamento, e, como consequência tinha dificuldade em diminuir ou deixar de fumar. As autoras consideram que para que se alcance êxito há necessidade da ajuda de profissionais que saibam abordar as gestantes, ofereçam informações, tratamento adequado e apoio (POSSATO, PARADA & TONETE, 2007). Nessa mesma linha de raciocínio, David *et al.*, (2006), acreditam que é necessário avançar no desenvolvimento de alternativas pedagógicas pra combater o tabagismo, visto que mulheres frequentadoras de unidades básicas de saúde, no Rio de Janeiro, não reconheciam os conteúdos das campanhas educativas veiculadas pela mídia e pelas próprias unidades de saúde, mostrando seu pequeno impacto para essa população.

Com relação à saúde mental materna no período pós-natal como preditor de risco é importante enfatizar que, em diversos países, nos dias de hoje, ela é considerada uma questão da saúde pública. A própria OMS, preconiza ações preventivas para diminuir o sofrimento psíquico difuso, mesmo quando ele não tem as características de um quadro típico de depressão ou de transtorno de ansiedade (OMS, 2008). Algumas intervenções nas próprias unidades de saúde, que vão da empatia dos funcionários e a escuta ativa, utilização de diferentes abordagens psicossociais, uso de medicamentos, aumento da rede de apoio social e educação das mães para aguçar sua sensibilidade no cuidado, já mostraram resultados positivos para reduzir o sofrimento materno (ENGLE, 2009; OMS, 2008)

Mas, segundo Engle (2009), especialmente em relação à depressão materna, apesar das evidências crescentes sobre sua gravidade, seja pelo número de pessoas afetadas, bem como pelo seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, pouca atenção tem sido

dada à prevenção e tratamento nos programas oficiais de atenção primária, possivelmente porque ainda são poucas as alternativas eficazes para tratar a depressão materna e/ou reduzir os riscos mais comuns.

Finalmente, a permanência do envolvimento da criança na situação interativa como fator de proteção mostrou o quanto ela tem um papel ativo em seu desenvolvimento, que pode modificar o rumo das interações, driblando, inclusive, peculiaridades negativas da mãe e do contexto, ajudando a criar condições que possibilitam adquirir o repertório comportamental esperado para sua idade. A literatura, especialmente após os anos 80, vem atribuindo um papel determinante à criança na interação e no próprio desenvolvimento, mesmo em idades bastante precoces. Se por um lado o ambiente é responsável por grande parte das estimulações, por outro a criança que o explora ativamente, seleciona algumas experiências, ignora outras, e, inclusive, cria condições para que o contexto responda de determinadas formas às suas demandas, tornando-a paciente e agente de seu desenvolvimento (CARVALHO, 1983).

Estudos recentes (ALVARENGA & PICCININI, 2007; RAMOS - MARTÍN , 2009; KLEIN & LINHARES, 2007), na tentativa explicar como desde idades muito precoces, frente a mesmos investimentos sociais de promoção ao desenvolvimento, diferentes crianças agem de maneiras diferentes, influenciando tanto suas trajetórias de sucesso quanto de desadaptação, tem destacado o conceito de temperamento, entendido como:

“... uma categoria derivada da constelação de comportamentos exibidos em um determinado momento de vida, que são resultantes de todas as influências passadas e presentes, as quais modelam e modificam um processo constantemente interativo.” (KLEIN & LINHARES, 2007, p 35).

Apesar de alguns resultados de pesquisas, em que o temperamento exerceu tanto um papel de risco quanto de proteção desenvolvimental e comportamental (GURALNICK, 1997; GUERIN, GOTTFRIED & THOMAS, 1997; ALVARENGA & PICCININI, 2007), autores sugerem que ainda é necessário um maior investimento em pesquisas que investiguem, em idades precoces, os processos que relacionam características individuais (como temperamento) e ambientais, com os resultados do desenvolvimento da criança. (KLEIN & LINHARES, 2007)

Considerações finais

Um dos motivos que justificou este estudo foi avaliar a necessidade de desenvolver ações preventivas de detecção de problemas de desenvolvimento de crianças saudáveis, atendidas em unidades do ESF. Os dados mostraram que, nesta pesquisa, o número de crianças com possíveis riscos ao seu desenvolvimento superou as expectativas, principalmente porque se tratava de crianças sem risco biológico. Essa constatação vem reforçar a necessidade de implementar, nos atendimentos da atenção primária, práticas para avaliar a condição de desenvolvimento das crianças, dentro de uma visão integrada da saúde infantil, como proposto pela Organização Pan Americana de Saúde, através da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes (AIDPI):

“... a incorporação da vigilância do desenvolvimento como parte da AIDPI vem corresponder ao compromisso ético de trabalhar simultaneamente pela sobrevivência infantil e para permitir a todas as crianças sobreviventes as melhores oportunidades para alcançar seu máximo potencial de crescer e desenvolver-se como adolescentes, jovens e adultos sadios e socialmente produtivos.” (OPAS/OMS, 2005, p. 7).

O acompanhamento do desenvolvimento deve ocorrer, especialmente, nos dois primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece estando, portanto mais sujeito a agravos. Devido à plasticidade, é também nessa época, que a criança melhor responde a terapias e aos estímulos que recebe do ambiente (OPAS/OMS, 2005).

No estudo, também, chamou atenção a alta porcentagem de mães que pontuaram para indicativo de transtorno mental comum, e a dificuldade de levantar hipóteses explicativas, com os dados disponíveis. Como já foi dito, em próximos estudos deve-se fazer um levantamento mais minucioso de fatores que possam estar associadas ao TCM, nesta população. Entretanto, os altos índices já sinalizam para a necessidade de contemplar e acolher as dificuldades e o estado emocional materno, no atendimento pediátrico. Para aumentar as chances de sucesso, os serviços de cuidado à criança precisam levar em conta o binômio mãe/filho; ao lado de estratégias e orientações preocupadas com o desenvolvimento infantil, devem aumentar ações que tenham por objetivo preservar a saúde mental das mães.

Outro aspecto que merece destaque foi a inclusão, neste estudo, de uma situação interativa para identificar comportamentos de risco e proteção dos participantes, para o

desenvolvimento. Se por um lado a literatura reforça a importância da interação no desenvolvimento inicial, ela foi pouco estudada em trabalhos anteriores, ou avaliada a partir de inventários que listam os comportamentos maternos, mas poucas referências fazem às respostas e iniciativas das crianças durante o episódio. A possibilidade de gravar um episódio curto, e posterior análise com um protocolo com categorias definidas, o NUDIF, produziu uma riqueza de dados sobre o papel da mãe, mas especialmente sobre o papel ativo da criança na interação e no seu próprio desenvolvimento. Constatou-se que o episódio interativo não foi determinado apenas pelos comportamentos maternos, sofreu a influência de múltiplas variáveis, inclusive da ação da criança, com possibilidade de amenizar os efeitos de uma situação de pouca estimulação. Esse fato remete à noção de resiliência e reforça a necessidade de pesquisas sobre variáveis, tanto individuais quanto contextuais, que propiciem o aumento da capacidade de resiliência e, como consequência, reduzam a vulnerabilidade.

Em relação à amostra, o desejo inicial desta pesquisa era avaliar todas as crianças de um ano, de duas unidades, no período de um ano. Entretanto, devido à mobilidade das famílias, várias crianças não foram localizadas. Por outro lado, o nível de recusa foi alto, principalmente porque as mães alegavam que não podiam perder tempo e precisavam cumprir seus afazeres domésticos. São vários os estudos mostrando que, apesar do SUS explicitar, como um de seus pressupostos, a necessidade de ações preventivas, as mães, quase que exclusivamente, procuram os serviços de saúde quando seus filhos estão doentes, por não acreditar que crianças saudáveis precisam de acompanhamento ou pela dificuldade de agendar consultas (VITOLLO, GAMA & CAMPAGNOLO, 2010). Assim, das 149 crianças que preenchiem aos critérios de inclusão, só se avaliaram 65. Pode-se, inclusive, hipotetizar, que algumas dessas mães já estavam preocupadas com o desenvolvimento da criança e tinham interesse na avaliação, aumentando a probabilidade de mães com crianças de risco comparecerem na unidade, no horário agendado pela pesquisadora. Em estudos posteriores, o agendamento da avaliação do desenvolvimento deveria ocorrer no mesmo período da consulta pediátrica agendada, ou o pesquisador poderia acompanhar o agente nas visitas domiciliares.

Em relação à alta porcentagem de crianças em risco, além dos fatores já levantados, é preciso considerar, que se tratou de um estudo transversal, com testagem única, para uma população difícil de avaliar, sujeita à interferência de vários fatores como inibição frente a estranhos, pouca familiaridade com o material, cansaço e irritabilidade, que, possivelmente, resultaram em alguns casos de falsos positivos. Sugere-se que, em trabalhos futuros, se recorra a um delineamento longitudinal, com mais de uma avaliação, procedimento que permite o controle e identificação de algumas dessas variáveis, mas que principalmente

possibilita captar o processo, observar o ritmo das aquisições, fundamental nos estudos do desenvolvimento.

A necessidade de múltiplas avaliações no decorrer do tempo para determinar atrasos e possíveis intervenções não é apenas um indicativo para pesquisas futuras, mas deve se estender aos acompanhamentos de rotina das crianças atendidas pela ESF. Na medida em que, o modelo de atenção à saúde, implantado no Brasil desde 1995, tenta garantir a integralidade da assistência às famílias através de uma equipe multiprofissional, poderiam integrar-se na vigilância ao desenvolvimento, todos os componentes da equipe mínima: médicos, enfermeiros e agentes de saúde, com ações tanto na unidade quanto na moradia das famílias. A utilização de instrumentos de rastreamento, como o Denver II ou do próprio material elaborado pelo Ministério da Saúde, *Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento* (BRASIL, 2002) de baixo custo e fácil manuseio, permitiria aos agentes, nas visitas domiciliares, detectar crianças em risco que seriam remetidas à unidade para serem avaliadas mais minuciosamente pelos outros profissionais, identificando recursos da criança e da família e oferecendo as orientações necessárias aos seus cuidadores para promover desenvolvimento infantil.

Referências

ACHENBACH, T. M. Developmental psychopathology. In: BORNSTEIN, M. H. & LAMB, M. E. (ORGS.). **Developmental Psychology: An advanced textbook**. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1992. p.629-676.

ACHENBACH, T. M.; RUFFLE, T. M. The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. **Pediatrics in review.**, v.21, n. 1, p. 265-271, 2000.

ADAM, E. A.; GUNNAR, M. R.; TANAKA, A. Adult Attachment, Parent Emotion, and Observed Parenting Behavior: Mediator and Moderator Models. **Child development**, v. 75, n. 1, p. 110-122, 2004.

AGRAWAL, A. et al. The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. **Preventive medicine**, v. 50, n.1, p. 13-18, 2010.

AINSWORTH, M. et al. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum. 1978.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. The impact of infant temperament, responsiveness and maternal childrearing practices on children externalizing behavior problems and social competence. **Psicologia Reflexão e Crítica.**, v. 20, n. 2, p. 314-323, 2007.

_____. Preditores do desenvolvimento social na infância: Potencial e limitações de um modelo conceitual. **Interação em Psicologia**, v.11, n.1, p. 103-112, 2007.

ANDRACA, I. et al. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n. 2, p. 138-47, 1999.

ANDRADE, K. C. O desenvolvimento neuromotor e estado nutricional de crianças no 1º ano de vida atendidas em serviços públicos de saúde. 2003-2007. 2007. 119 fls. Tese (Doutorado em Ciências farmacêuticas). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007

ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento infantil: Uma abordagem epidemiológica. **Revista de saúde pública**, v.39, n. 4, p. 606 –11, 2005.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p. 337-348, 2005.

ASHWORTH, A.; MORRIS, S. S.; LIRA, P. I. C. Postnatal growth patterns of full-term low birth weight infants in Northeast Brazil are related to socioeconomic status. **Journal of Nutrition**, v.127, p.1950-1956, 1997.

ASSEL, M. A. et al. How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes? **Child: Care, Health & Development**, v.28, n.5, p. 359-368, 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; FILHO, J. G. T. C. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.1, p. 41-47, 2007.

BARNETT, B. et al. Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study. **Journal Child Psychology Psychiatry**, v.32, n.3, p. 423-38, 1991.

BASTOS, A. C. DE S.; ALCÂNTARA, M. A. R.; FERREIRA-SANTOS, J. E. Novas famílias urbanas. In: LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Orgs.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo. 2002. p.99-135.

BECKWITH, L.; COHEN, S. E.; & HAMILTON, C. Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representation at early adulthood. **Developmental Psychology**, v.35, n.3, p. 693-700, 1999.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. Trad. VERONESI, M. A. V. 9ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003. 410 p.

BIANCHI, S. M. Maternal employment and time with children's: dramatic change or surprise continuity? **Demography**, v. 37, n. 4, p. 401-14, 2000.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de Psicologia**, v.21, n.3, p. 211-226, 2004.

BORDIN, M. B. M. (2005). *Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças ex-prematargas, diferenciadas quanto ao risco clínico neonatal*. Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Filosofia Ciência e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

BORNSTEIN, M. H.; TAMIS-LEMONDA, C. S. Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. **Infant Behavior and Development**, v. 20, n. 3, p. 283-296, 1997.

BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J., (Org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 341-54.

BOWLBY, J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 21, p. 1-25, 1969.

_____. **Separação: Angústia e Raiva**. São Paulo: Martins Fontes. 1984.

BRADLEY, R. H.; CORWYN, R. F. Socioeconomic status and child development. **Annu Ver. Psychol.**, v.53, p. 371-99, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** – Brasília-DF, 1996. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília-DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006**. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília-DF, 2008.

BRONFENBRENNER U. A. (1979). **Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Tradução VERONESE, M.A.V. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of child psychology**, v. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, p. 993-1028. 1998.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e saúde coletiva**, v.9, n.1, p. 457-462, 2004.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico.**, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.

CACHAPUZ, R.; HALPERN, R. A influência das variáveis ambientais no desenvolvimento da linguagem em uma amostra de crianças. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.50, n.4, p. 292-301, 2006.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev Psiq Clín.**, v.33, n.2, p. 92-102, 2006.

CANO, A.; O'LEARY, K. D. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. **Journal Consult. Clin. Psychol.**, v.68, n.5, p. 774-781, 2000.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M. A. S. **Botucatu em dados: 2008**. Botucatu: FMB-UNESP: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2009. 50p.

CARVALHO, A. M. A. O desenvolvimento da criança. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 269-280, 1983.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. **Estud. psicol.**, Natal, v.9, n. 1, 2004.

CAWLEY, J.; LIU, F. Mechanisms for the Association between Maternal Employment and Child Cognitive Development, **NBER Working Paper No. 13609**, p 1-25, 2007.

CLAVARINO, A. et al. Maternal Anxiety and Attention Problems in Children at 5 and 14 Years. **Journal of Attention Disorders**, v.13, n 6, p. 658-667, 2010.

CORNISH, A. M. et al. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. **Infant Behavior and development**, v.18, n.4, p. 407-417, 2005.

COX, M. J. The Young family interaction coding system. UNCCH: Chapel Hill. Instrumento não Publicado.

DAVID, L. M. S. L. et al. Tabagismo e saúde da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco. **R Enferm UERJ**, v. 14, n.3, p. 412-7, 2006.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar. Um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. **Psico.**, v.31, p. 39-66, 2000.

ENGLE, P. L. Maternal mental health: program and policy implications. **J. Clin. Nutr.**, v.89, n.3, p. 963-970, 2009.

ENGLE, P. et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. **The Lancet**, v.369, n. 9557, p. 229-242, 2007.

ENGLE, P. L.; CASTLE, S.; MONON, P. Child development: Vulnerability and resilience social. **Sci. Med.**, v.43, n.5, p. 621-35, 1996.

ENGLE, P. L.; MENON, P.; HADDAD, L. Care and nutrition: concepts and measurement. **International Food Policy Research Institute: Washington (DC)**, 1997.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, v.19, n.5, p. 623-630, 2006.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. **Developmental Psychobiology**, v. 43, n.2, p. 109-119, 2003.

FERTIG, A. R. Selection and the effect of prenatal smoking. **Health Economics**, v.19, n.2, p. 209 – 226, 2009.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6, p. 1655-1665, 2003.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação do desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade no arquipélago do Combu. **Rev. Par. Med.**, v.15, n.3, p. 39, 2001.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI: Módulo II. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

FIGUEIREDO, C. K. B.; SCHERMANN, L. Mother-Infant Interaction and Behavior Problems in Child With Congenital Hypothyroidism. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 14, n. 3, 2001.

FLEMING, A. S. et al. Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes and mother infant interactions. **Developmental Psychology**, v.24, n.1, p. 71-81, 1988.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos Mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS.**, v.11, n.3, p. 285-294, 2008.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. de Saúde pública**, v.26, n.4, p. 738-746, 2010.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S. Um olhar sobre o programa de saúde da família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. **Psicologia em Estudo**, v.7, n.2, p. 65-72, 2002.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B. Denver II: Training manual. Denver developmental materials. Traduzido por PEDROMÔNICO, M. R.; BRAGATTO, E. L.; STROBILIUS. São Paulo, 1999.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p. 47-55, 2005.

_____. Depressão Materna e a Interação Triádica Pai-Mãe-Bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.3, p. 351-360, 2007.

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil municipal 2007/08: região administrativa de Sorocaba. São Paulo, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1990.

GARBER, J. Classification of childhood psychopathology: a developmental perspective. **Child development**, v.55, n. 1, p. 30-48, 1984.

GARMEZY, N. Stress resistant Children: the search for protective factors. In: STEVENSON, J. E. (Org.). Recent search in developmental psychopathology. **Journal of child psychology and psychiatric**, Book Supplement, n.4, Pergamon Press, Oxford, p. 213-23, 1985.

GIDEP (2000). Observação da interação familiar. Instituto de psicologia. UFRS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GLASCOE, F. P. Early detection of developmental and behavioral problems. **Pediatrics in review**, v. 21, p. 272-280, 2000.

GLASHEEN, C; GALE, A. ; FABIO, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. **Arch Womens Ment Health**, v.13, p. 61–74, 2010.

GRACE, S. L.; EVINDAR, A.; STEWART, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, n. 4, p. 263-274, 2003.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. Q. Condições adversas na vida de crianças com atraso de desenvolvimento. **Medicina. Ribeirão Preto**, v. 30, p. 259-67, 1997.

GRANT, K. et al. Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant responses to the still-face procedure. **Infant Behavior and Development**. In Press. Corrected Proof. Acesso: 15 de Julho de 2010

GOODMAN, S. H.; ROUSE, M. H. Perinatal Depression and Children: A Developmental. In: TREMBLAY, R. E. et al. (Eds.) **Encyclopedia on Early Childhood Development** [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Goodman-RouseANGxp.pdf>. Acessado: 04 de julho de 2010.

GRÜNSPUN, H. E. Conceitos sobre resiliência. **Revista bioética**. Disponível em: <http://www.crmmt.cfm.org.br/revista/bio10v1/RevistaBioética.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2009.

GUERIN, D. W.; GOTTFRIED, A.; THOMAS, C. W. Difficult temperament and behaviour problems: A longitudinal study from 1.5 to 12 years. **International Journal of Behaviour Development**, v. 21, n.1, p.71-90, 1997.

GURALNICK, M. J. The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. **American Journal on Mental Retardation**, v.102, n.4, p. 319-345, 1998.

HAGGERTY, R. J. et al. (1996). Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions. New York: **Cambridge University Press**. 2002.

HALPERN, R. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. **Cad. de saúde pública**, v. 12, p. 73-78, 1996.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.6, p. 421-28, 2000.

- HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Revista Chilena de Pediatria**, v.73, n.5, p. 529-539, 2002.
- HAN, W. J.; WALDFOGEL, J.; BROOKS-GUNN, J. Maternal Employment and Child Cognitive Outcomes in the First Three Years of Life: The NICHD Study of Early Child Care. **Child development**, v.73, n. 4, p. 1052 – 1072, 2003.
- HAN, W. J.; WALDFOGEL, J.; BROOKS-GUNN, J. The Effects of Early Maternal Employment on Later Cognitive and Behavioral Outcomes. **Journal of married and Family**, v. 63, n.2, p. 336-354, 2004.
- HART, S. et al. Depressed mothers interactions with their one-year-old infants. **Infant Behavior and Development**, v.21, n.3, p. 519-525, 1999.
- HAWLEY, D.; DEHAAN, L. Toward a definition of family resilience: Integrating life span and family. **Family Process**, v.35, p. 283-98, 1996.
- HERRMANN, M.; KING, K.; WEITZMAN, M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 20 n. 2, p. 184-190, 2008.
- HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H.; BANDEIRA, D. R. Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. **Coletâneas da ANPEPP**, v.1, n.12, p. 79-86, 1996.
- IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 152 p.
- ISABELLA, R. A.; BELSKY, J. Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. **Child Development**, v. 62, p. 373-84, 1991.
- ISABELLA, R. A.; BELSKY, J.; VON EYE, A. Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year. **Developmental Psychology**, v. 25, n. 1, p. 12-21, 1989.
- ISSLER, R. M. S. et al. Coleito no primeiro semestre de vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 942-948, 2010.
- KAZDIN, A. E. Developmental psychopathology: Current research, issues, and directions. **American Psychologist**, v. 44, p. 180-187, 1989.
-

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KIRKLAND, S. A.; DODDS, L. A.; BROSKY, G. The natural history of smoking during pregnancy among women in Nova Scotia. **Can. Med. Assoc. J.**, v. 163, p. 281 – 282, 2000.

KLEIN, V. C. Interação entre mães e Crianças pré-escolares nascidas pré-termo e com muito baixo peso em situações lúdicas e de ensino. 2005. 330 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. 2005.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 2, p. 277-284, 2006.

_____. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 33-44, 2007.

KREISLER L. A nova criança da desordem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

LANDRY, S. H.; et al. Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? **Development Psychology**, v. 37, n. 3, p. 387-403, 2001.

LAUTCH, M. M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M. H. Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. **Journal child psychol and psychiatry**, v. 38, p. 843-54, 1997.

_____. Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsive. **Dev Med Child Neurol**, v. 43, n. 5, p. 292-300, 2001.

_____. Vulnerability and resilience in the development of children at risk: The role of early mother-child interaction. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n.1, p. 20-27, 2002.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Caderno de Psicologia e Educação- Paidéia**, v.10, n.12, p. 60-69, 2004.

LOPES, F. A.; ARRUDA, M. F. Do conflito de interesses à cooperação: a interação mãe bebe numa perspectiva etológica. In: In: PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. (Orgs). Observando as Interações Pais-Bebê-Criança: Diferentes Abordagens Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

LOPES, R. C. S. et al. Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, p. 05-16, 2007.

LORDELO, E. R. Interação social e responsividade em ambientes domésticos e de creche: cultura e desenvolvimento. **Estudos em psicologia**, v. 7, n. 2, p. 343-50, 2002.

LORDELO, E. R.; FONSECA, A. L.; ARAÚJO, M. L. V. B. Responsividade do ambiente e desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 13, p. 1-8, 2000.

LUTHAR, S. S.; CICCETTI, D.; BECKER, B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. **Child Dev.**, v. 71, n. 3, p. 543–562, 2000.

MAGILL-EVANS, J.; HARRISON, M. J. Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. **Children's Health Care**, v. 30, n. 2, p. 135- 150, 2001.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n.2, p. 91 – 103, 2005.

MAINOUS, A. G.; HUESTON, W. J. Passive Smoke and Low Birth Weight: Evidence of a Threshold Effect. **Arch Fam Med**, v.3, p. 875 - 878, 1994.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p. 1639-48, 2006.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatr**, Rio Gd. Sul, v. 25, n. 1,p. 65-74, 2003.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARIN, G. H. et al. Efeitos do tabagismo na gestação para a mãe e para a criança. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 2, p. 159-164, 2003.

MARTINS, M. F. D. et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 710-718, 2004.

MASTEN, A. S. Ordinary Magic: lessons from research on resilience in human development. **Canadian educational association**, v. 49, p. 03-07, 2009.

MASTEN, A. S.; OBRADOVIC, J. Disaster preparation and recovery: lessons research on resilience in human development. *Ecology and society*, v.13, n.1 [on line]. Disponível em: <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/>. Acessado em: 14 de junho de 2010.

MAZET, P.; STOLERU, S. Manual de Psicopatologia do Recém-nascido. Porto Alegre. Artes Médicas. 1990.

MELO, A. S. O. et al. Fatores maternos associados ao peso fetal estimado pela ultrasonografia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 9, p. 459-65, 2008.

MELLO, P. R. B.; PINTO, G. R.; BOTELHO, C. The influence of smoking on fertility, pregnancy and lactation. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, 2001.

MIRACLE, D. J.; MEIER, P. P.; & BENNETT, P. A. Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN**, v. 33, n. 6, p. 692-703, 2004.

MIRANDA, C. T. et al. Mental health of the mothers of malnourished children. **International Journal Epidemiol.**, v.35, p.128-133, 1995.

MOLINARI, J. S. O.; SILVA, M. F. M. C.; CREPALDI, M. A. Saúde e desenvolvimento da criança: A família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 43, p. 17-26, 2005.

MOTTA, M. G.; LUCION, A. B. & MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev. Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2005.

MOURA, M. L. S. et al. Conhecimentos sobre desenvolvimento infantil em primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de psicologia**, v. 9, n. 3, p. 421-429, 2004.

MOURA, M. L. S. et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.17, n.3, p. 295-302, 2004.

MURRAY, A. D.; YINGLING, J. L. Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home stimulation. **The Journal of Genetic Psychology**, v.16, n.2, p. 133-140, 2000.

NEELDMAN, R. et al. O impacto da triagem para depressão materna em uma clínica pediátrica: um estudo exploratório. **Correios da SBP**, v. 6, p. 18-19, 2002.

NEWCOMBE, N. Desenvolvimento Infantil-Abordagem de Mussen. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

NOBRE, F. D. A. (2005). *Indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Filosofia Ciência e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

NOBRE, F. D. A. et al. Longitudinal study of the development of children born preterm in the first year of post-natal age. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 362-369, 2009.

NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

NORONHA, M. G. R. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

NUDIF (2003). Protocolo para avaliação da interação triádica e diádica. Instituto de psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

OLIVEIRA, E. A.; FRIZZO, G.; MARIN, A. H. Atitudes maternas diferenciais para com meninos e meninas de quatro a cinco anos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.13, n.3, p. 363-371, 2000.

OPPENHEIN, D.; SAGI, A.; LAMB, M. E. Infant-adult attachments on the kibbutz and their relation to socioemocional development 4 years late. **Developmental Psychology**, v.24, n.3, p. 427-33, 1988.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPS, FCH, CA, 2005.

PAPOUSEK, H.; PAPOUSEK, M. Learning and cognitive in the everyday life of human infants. In: ROSENBLAT, T. (Org) *Advances in the study of behavior*, New York: Academic Press, 1984. p.127-59.

PARCEL, T. L.; MENAGHAN, E. G. Determining children's home environment: the impact of maternal characteristics, and current occupational and family conditions. **Journal of married and family**, v.53, p. 417- 431, 1991.

PARCEL, T. L.; MENAGHAN, E. G. Maternal working conditionals and children's verbal facility Studing intergeneration transmission of inequality from other's to young children's. **Social psychology quarterly**, v.53, n.2, p. 132-47, 1991.

PARCEL, T. L.; MENAGHAN, E. G. Effects of low age employed on family well-being. **The future of children**, v.7, n.1, p. 78-84, 1997.

PATEL, D.R. et al. Eating disorders in adolescent's athletes. **Journal of adolescents research**, v.18, n. 3, p. 280-296, 2003.

PATEL, V.; KIRKWOOD, B. R.; PEDNEKAR, S. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorder in women: a community survey in India. **Archives of General Psychiatry**, v.63, p. 404 –413, 2006.

PATEL, V.; DE SOUZA, N.; RODRIGUES, M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. **Arquives of Disease in Childhood**, v. 88, p. 34-37, 2003.

PEDRÓS ROSELLÓ, A. et al. Influencia de La conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del nino em madres com depresión posparto. **Actas. Esp. Psiquiatr.**, v.30, n. 5, p. 292-300, 2002.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 35, p. 144-53, 2008.

PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P.; FRIZZO, G. B. Responsividade como foco de análise da interação mãe-bebê e pai-bebê. In: In: PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. (Orgs). **Observando as Interações Pais-Bebê-Criança: Diferentes Abordagens Teóricas e Metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 177-211, 2007.

PICCININI, C. A.; FRIZZO, G. B.; MARIN. A. H. Interações Diádicas e Triádicas em Famílias com Crianças de Um Ano de Idade. (2007). In: PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. (Orgs). **Observando as Interações Pais-Bebê-Criança: Diferentes Abordagens Teóricas e Metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

PICCININI, C. A. et al. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estudos de psicologia**, v.12, n.2, p. 109-117, 2007.

PICCININI, C. A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência e saúde coletiva**. v. 12, n. 1: 181-190, 2007.

PNAD. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio. **Síntese de Indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 213 pag.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p. 67-75, 2004.

POSSATO, M.; PARADA, C. M. G. L; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 434-40, 2007.

RAMOS MARTIN, J. M. El Temperamento Infantil en el Ámbito de la Prevención Primaria: Relación con el Cociente de Desarrollo y su Modificabilidad. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2009.

REPPOLD, C. T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, v.9, n.2, p. 117-128, 2007.

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Manifestações iniciais de trocas interativas mãe-bebê e suas transformações. **Estudos de psicologia**, v. 4, n. 2, p. 273-288, 1999.

_____. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.17, p. 3 - 10, 2004.

_____. Responsividade materna: Uma investigação em contexto urbano brasileiro. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.**, v.16, n.1, p. 01-11, 2006.

_____. Responsividade materna: aspectos biológicos e variações culturais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 28, p. 3 - 10, 2007.

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S.; RIBAS, J. R. R. C. Responsividade materna: levantamento bibliográfico e discussão conceitual. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, p. 1-8, 2003.

RICHMAN, A. L.; MILLER, P.; LEVINE, R. A. Cultural and educational variations in maternal responsiveness. **Developmental Psychology**, v.28, n.4, p. 614-21, 1992.

RODRIGUES, O. M. P. R. Bebês de risco e sua Família: o Trabalho preventivo. **Temas em Psicologia da SPB**, v.11, n.2, p.107-113, 2003.

ROSEMBERG, F. A Criação de filhos pequenos: tendências e ambigüidades contemporâneas In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.). Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995. p. 167-90.

RUHM, C. J. Parental Employment and Child Cognitive Development. **Human Resources**, n.1, p. 155-192, 2004.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity. **British Journal of Psychiatry**, v.147, p. 598-611, 1985.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanism. **American Orthopsychiatric**, v.7, n.3, p. 316-31, 1987.

_____. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v.21, p. 119-144, 1999.

_____. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Ann. N. Y. Aca. Sci.**, v.1094, p. 1-12, 2006.

_____. Family influences on behavior and development: challenges for future. In: MC HALE, J. P.; GROLNICK, W. S. (ORGS). **Retrospect and prospect in the psychology of study of families**, 2002. p 125-140.

RUTTER, M.; QUINTON, D. Parental Psychiatric disorder: Effects on children. **Psychological Medicine**, v.14, p. 853 – 880, 1984.

RUTTER, M.; SROUFE, L. A. Developmental psychopathology: concepts and Challenges. **Development and psychopathology**, v.12, p. 265-96, 2000.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Rev. Ciencia e saúde coletiva**, v. 12, n.2, p. 319-324, 2007.

SANTA MARIA, M. R. & LINHARES, M. B. M. *Vigilância do desenvolvimento em Progama de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças*. 2003-2007. 2007. 313 fls. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. 2007.

SANTA MARIA, M. R. & LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev. Latino-americana enferm.** v.15 (especial). Disponível em: www.eerp.usp.br/riae, 2007.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A. & GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.3, p. 516-24, 2009.

SAPIENZA, G.; PEDROMONICO, M. R. M. Risco, Proteção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005.

SARAIVA, F. S. J. et al. Repercussões do tabagismo na ultra-sonografi a da placenta e a doplervelocimetria utero-placentaria. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 6, p. 340-344, 2006.

SCHAFFER, H. R. Social Development. Oxford: Blackwell. 1996.

SCHERMANN, L. et al. Interaction between mother and infant born at risk during the first six months of corrected age. **Acta pediátrica**, v. 86, p. 864-872, 1997.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO. N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico - US.**, v.10, n.1, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, D. D.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

_____. Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

_____. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de psicologia**. v.22, n.2, p. 143-156, 2005.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 421-429, 2004.

SEIDL DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-Bebê de um e cinco meses: Aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SEIFER, R.; SCHILER, M. The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v. 60, n. 244, 1995.

SERTÓRIO, S. C. M.; Silva, I. A. As faces simbólicas e utilitárias da chupeta na visão de mães. **Revista de saúde pública**, v.39, n.2, p. 156-162, 2008.

SHPANCER, N. et al. Quality of care attributions to employed versus stay-at-home mothers. **Early Child Development and Care**, v.176, n.2, p. 183-193, 2006.

SILVA, M. R. S. et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 14, p. 85 – 96, 2005.

SOLYMOS, G. M. B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: SAWAYA, A.L. (Org.). **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1997. p.127-153.

SOUFER, L.; RUTTER, M. The domain of developmental psychopathology. **Child developmental**, v.55, p. 17-29, 1984.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TARELHO L. G.; PEROSA G. B. O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de uma má-formação fetal. **Rev Paul Pediatr**, v.19, p. 79-83, 2003.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, J. (org.), Resiliência e Educação. São Paulo: Editora Costes, 2001. p.43-75.

UGA, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.2, p. 417-437, 2003.

VAN DEN BOOM, D. C. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. **Child Development**, v.65, p. 1449-1469, 1994.

VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.12, n.1, p. 11-9, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>. Acessado em: 14 de junho de 2010.

VITTOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequency of public child care service use and associated factors. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

WAKSCHLAG, L. S.; HANS, S. L. Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths. **Developmental Psychology**, v.35, p.569-79, 1999.

WERNER, E. E. The concept of risk from a developmental perspective. In: KEOGH, B. K. (Ed.). **Advances in special education, developmental problems in infancy and preschool years**, v.4, p. 1-23, 1986.

WHITESIDE-MANSELL, L. et al. Center-Based Early Head Start and Children Exposed to Family Conflict. **Early Education & Development**, v.20, n.6, p. 942 – 957, 2009.

WOLF, A. W.; DE ANDRACA, I.; LOZOFF, B. Maternal depression in three Latin American samples. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.37, p.169-76, 2002.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em estudo**, v.8, p. 75-84, 2003.

YUNES, M. A. M. Os discursos sobre a questão da resiliência: expressões e conseqüências para a promoção do desenvolvimento. In: COLINVAX, D.; LEITE, L. B.; DELL'ÁGLIO, D. D. (Orgs.). **Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006. p. 225-246.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n.3, p. 444-453, 2007.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noções, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, 2001. p.13-42.

ZAMBERLAN, M. A. T. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. **Estudos de psicologia**, v.7, n. 2, p. 399-406, 2002.

ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for scholl and policy. **Social Policy Report: Society for research in child development**, v.8, n.4, p. 1-18, 1994.

ZORZETTO, R. Escolha Errada. Revista FAPESP, n.124, p. 1-7, 2006.

Anexos

- Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 11 de fevereiro de 2008

Of. 030/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a Gimol Benzaquen Perosa
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a. Gimol.

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Avaliação de crianças provenientes de ambientes desfavorecidos durante o primeiro ano de vida: relação com a condição familiar", que será conduzido por Débora Gerardo Ribeiro, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 11/02/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Sueli Aparecida Garcia
Secretário do CEP/Subst.

- Anexo 2 – Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - CEP: 18618-970 - TEL: (0XX14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX
(014) 3811-5965

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Débora Gerardo Ribeiro e estou desenvolvendo a pesquisa “*Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção.*” com o objetivo de avaliar a relação do desenvolvimento das crianças com a qualidade das interações entre a mãe e a criança, assim como a qualidade dos estímulos ambientais. Além de contribuir para o conhecimento do desenvolvimento de crianças pequenas, este estudo é importante, pois poderá ajudar a Unidade de Saúde da Família, nos trabalhos que desenvolve junto à comunidade, podendo detectar precocemente possíveis atrasos de desenvolvimento da criança e receber orientações para melhora das relações e das condições ambientais.

Serão aplicados alguns questionários que abordam a condição socioeconômica da sua família, assim como características suas e da criança. Serão realizadas, também, atividades com a sua criança e você junto, e atividades somente com seu filho, com brinquedos, que você poderá presenciar. Isto não trará nenhum risco para você ou para seu filho. Essas atividades serão gravadas, se você permitir. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, poderá falar conosco pessoalmente ou pelo telefone 38144009/ 38116065. Tanto se você não quiser participar, ou desistir, depois do trabalho iniciado, não haverá nenhum prejuízo para você e sua família nos seus atendimentos, tanto no posto como na UNESP. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas (ou material coletado) serão confidenciais e só serão para fins científicos.

Pesquisadoras: Prof^ª. Dr^ª. Gimol Benzaquen Perosa e Débora Gerardo Ribeiro.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “*Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um ano atendidas em unidades de ESF: Fatores de risco e proteção.*”, e concordo que meus dados e de meu (minha) filho (a) sejam utilizados na realização da mesma, assim como autorizo a gravação, em vídeo, da atividade.

Botucatu, _____ de _____ de 2009.

Assinatura: _____ RG: _____

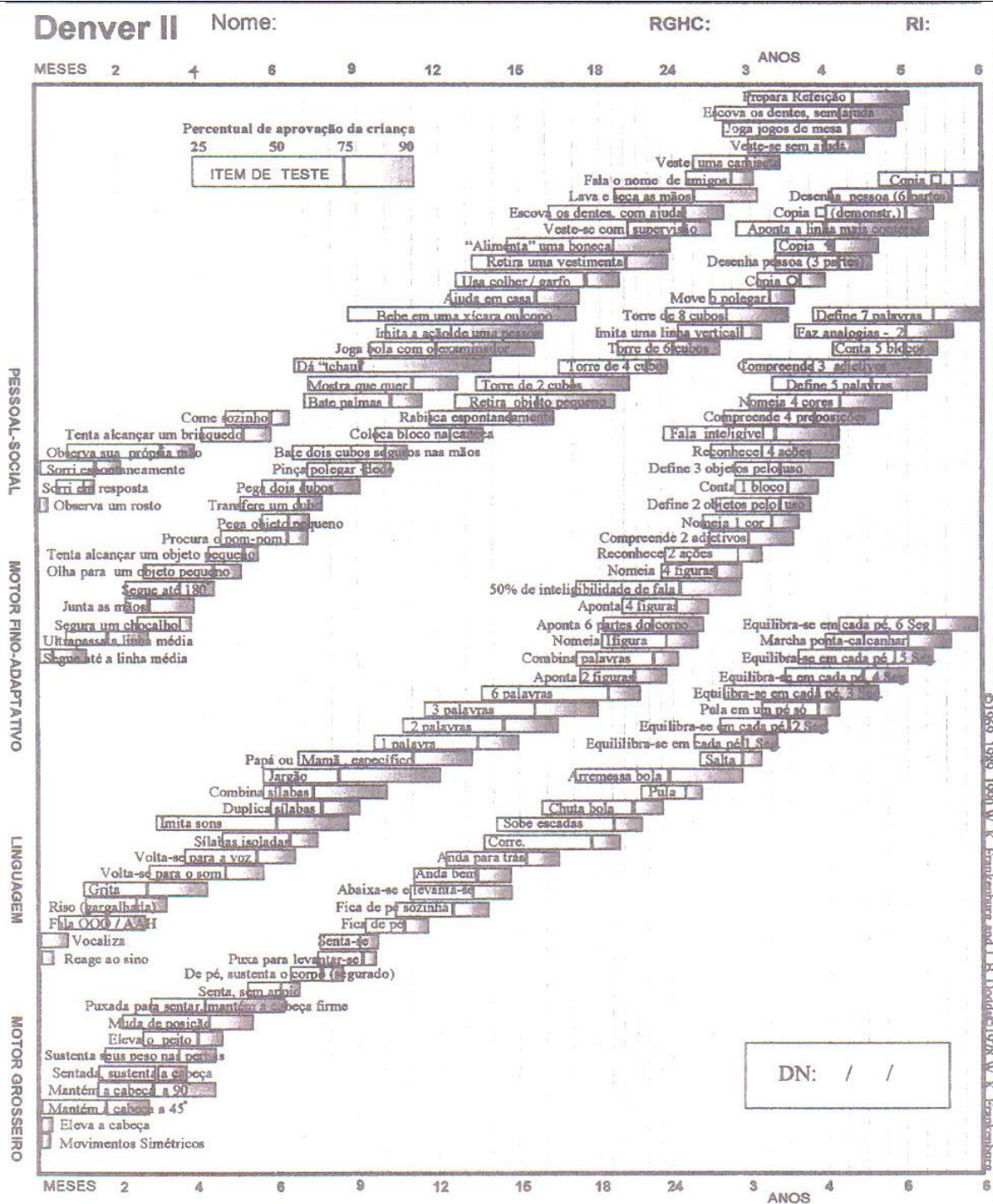
*Prof. Assis. Dr. Gimol Benzaquen Perosa, Quintino de bocaíuva, 41, f: 38116260, gimol@fmb.unesp.br

**Aluno regular mestrado Débora G. Ribeiro, Izidoro Bertaglia, 1529, f: 38144009, deboragerardo@gmail.com

- Anexo 3 – Teste de Triagem DENVER II



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - CEP: 18618-970 - TEL: (0XX14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX (014) 3811-5965



- Anexo 4 – Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - CEP: 18618-970 - TEL: (0XX14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX
(014) 3811-5965

**ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS BIOPSIKOSSOCIAIS
NA HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA**

(Adaptado da Elaboração realizada por Margaret Rose Santa Maria e Prof^ª. Dr.^ª Maria Beatriz Martins Linhares)

DATA: ____/____/____ Entrevistador: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Criança: _____
Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____

Nome da mãe: _____
Idade: ____ Nível de escolaridade: () sem escolaridade () fundamental incompleto () fundamental completo () 1º grau incompleto () 1º Grau completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior
Ocupação: _____
Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe? _____
A criança freqüenta creche ou berçário? () Sim () Não Desde que idade? _____
Tempo de permanência na creche, no dia: _____
Contato com a mãe (número de horas por dia): _____

Nome do pai: _____
Idade: ____ Nível de escolaridade: () sem escolaridade () fundamental incompleto () fundamental completo () 1º grau incompleto () 1º Grau completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior
Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
Ocupação: _____

Situação conjugal atual: () solteiro () casado () união consensual () divorciado () separado () viúvo
Na gravidez: () solteiro () casado () união consensual () divorciado () separado () viúvo
No nascimento: () solteiro () casado () união consensual () divorciado () separado () viúvo

Tipo de moradia: () própria () alugada () emprestada
Condições de saneamento básico: () luz () água encanada () esgoto () asfalto
N.º de cômodos: Quarto ____ Sala ____ Cozinha ____ Banheiro ____ () Dentro () Fora Quintal
N.º de pessoas na casa: _____ Além dos pais e filhos, há outras pessoas na casa? () Sim () Não
Nome: _____ Grau de parentesco: _____
Nome: _____ Grau de parentesco: _____
Nome: _____ Grau de parentesco: _____
Nome: _____ Grau de parentesco: _____
Nome: _____ Grau de parentesco: _____
Renda familiar: _____ Quantos e quem trabalha: _____
Renda per capita: _____

PERFIL DAS CONDIÇÕES FÍSICAS:

Hereditariedade
Pais consanguíneos () Sim () Não Grau de parentesco: _____
Problemas mentais em avós, tios e primos paternos/maternos: () Sim () Não Quem e qual? _____

CONCEPÇÃO DA CRIANÇA:

Foi planejada? () Sim () Não

Problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar com relação à gravidez? () Sim () Não
Quais _____

Sentimentos de maneira geral, frente à gravidez: _____

Idade da mãe ao engravidar: _____ Idade do Pai: _____ Há quanto tempo se conheciam? _____

GESTAÇÃO:

Idade gestacional: _____ Fez pré-natal a partir de que mês? _____ N.º de consultas: _____

Se não, qual o motivo? _____

Riscos Pré-natais: () Sim () Não Quais: () hipertensão () diabetes () infecção materna () infecção urinária
() sangramentos () álcool () tabagismo () drogas injetáveis/inaláveis () outros

Quais? _____

Hospitalização: () Sim () Não Motivo: _____

Saúde Mental Materna: Internação Psiquiátrica: () Sim () Não

Motivo: _____

Depressão na gravidez: () Sim () Não

Características: _____

Estado geral: vômitos, enjôos () Sim () Não Época e duração: _____

N.º de gestações: _____ N.º de partos: _____ N.º de abortos: _____

Motivos: _____

N.º de filhos nascidos vivos: _____ N.º de filhos natimortos: _____

Filhos falecidos (idade e causa da morte): _____

Irmãos da criança:

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

DN: ____/____/____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

PARTO:

() Normal () Cesárea eletiva () Cesárea não eletiva () Fórceps

Qual o Hospital? _____

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO:

Nascimento: () a termo () pré termo () pós termo

Tempo da internação: _____

Peso: _____ Estatura: _____ O bebê teve alta junto com a mãe: () Sim () Não

Precisou de atendimento especial? () Sim () Não Qual? _____

Sentimentos/Reação ao nascimento: _____

Aceitação do pai em relação ao nascimento do bebê. Atitudes e comportamentos para com o bebê e com a mãe (ajuda a cuidar do bebê, colabora em casa): _____

Antecedentes morbidos

Otitis de repetição () Sim () Não () mais que 3 episódios

Doenças infecciosas () Sim () Não Qual? _____

Problema visual () Sim () Não Qual? _____

Problema auditivo () Sim () Não Qual? _____

Internação hospitalar () Sim () Não Quantas e motivos _____

AMAMENTAÇÃO:

Amamentação: Sim () Quando começou? _____ Duração: _____

Não () Motivo: _____

Ritmo e horários: _____

Atitude e comportamento da mãe durante a amamentação: () reserva esse momento para se dedicar ao bebê
() interferências do ambiente () estabilidade ambiental () presença de outros estímulos () outros

Quais: _____

Comportamento do bebê durante a amamentação () chora () agita-se () tranqüiliza-se () sorri () olha a mãe
() fixa o olhar na mãe () afasta-se do seio () aproxima-se () “brinca” de afastar e aproximar () Outros

Reação da mãe durante a amamentação: _____

HORA DO BANHO:

Quem dá o banho: _____

Comportamento da criança durante o banho: () chora () agita-se () brinca com a água () sorri () Manifesta interesse em outros estímulos externos

() Outros Quais: _____

SONO:

() sono insuficiente () sono intranqüilo () pesadelo () terror noturno () sonambulismo () sonolência

() torpor () narcolepsia () outros: _____

Onde a criança dorme: _____ Quantidade de períodos de sono: _____

Tempo de duração desses períodos: _____ Comportamento durante o sono: _____

Sono noturno: _____

ALIMENTAÇÃO:

() obesidade () anorexia () ruminação () pica () coprofagia () bulimia

() outros _____

A criança tem alguma dificuldade de alimentação? () Sim () Não – Como é?

() “fica enrolando” para comer

() não come o suficiente

() come em excesso

() outra – especificar: _____

SAÚDE:

Seguimento em quais especialidades: _____

Vacinação em dia: () sim () não

Desnutrição: () sim () não

Cólicas: () sim () não

Vômitos: () sim () não

Diarréia: () sim () não

Constipação: () sim () não

Outros: _____

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO (em meses)

Sustentou a cabeça: _____ Sentou: _____ Engatinhou: _____ Andou: _____

Quem cuidou e ensinou o bebê? _____

COMPORTEAMENTO:

Como é o temperamento do bebê? _____

A criança apresenta: () birra () ciúme () medo () ansiedade () agressividade () timidez () isolamento social () inquietude () desobediência () oposição () depressão () caprichos () outros

Especificar: _____

Em qual situação? _____

HÁBITOS E MANIPULAÇÃO DO CORPO:

A criança apresenta: () sucção do polegar () sucção da língua () sucção dos lábios ()

Morder os lábios () arrancar os pêlos/cabelos () tiques () Outros.

Especificar: _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS JUNTO COM A MÃE: _____

LAZER (PASSEIOS, VISITAS, VIAGENS):

NÚMERO DE VEZES NA SEMANA: _____

RECURSOS MATERIAIS

<i>Recurso</i>	<i>Tem</i>	<i>Já teve</i>	<i>Creche</i>
Brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)			
Brinquedos para movimentos do corpo (balanço...)			
Instrumento musical de brinquedo ou de verdade			
Brinquedos que lida com números (dados, dominó...)			
Brinquedos de letras (abecedários, quebra-cabeça)			
Brinquedos de aprender cores, tamanhos, formas			
Brinquedos para conhecer nomes de animais (livros)			
Aparelho de som com discos			
Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo)			
Brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)			
Brinquedos de rodas (carrinhos, trens)			

Há livros em sua casa? () Sim () Não – tipo: () escolares () romances () livros infantis () religiosos () técnicos – científicos () enciclopédias () dicionário () outros – especifique: _____
() revistas () jornais Oportunidade de uso desses recursos: _____

PRÁTICAS EDUCATIVAS:

Como você ensina a criança no dia a dia? _____

EXPECTATIVAS:

Como você espera que seja o desenvolvimento do bebê? _____

Como você acha que pode ajudá-lo a se desenvolver? _____

REDE DE APOIO

Você tem dificuldades para cuidar da criança? () sim () não
Quais? _____

Com quem você pode contar quando há estas dificuldades?

() Família () amigos () vizinhos () outros _____

Alguém ajuda a cuidar da criança quando você precisa de algum apoio?

() Família () amigos () vizinhos () outros _____

- Anexo 6 – Definições das Categorias Comportamentais Maternas



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - CEP: 18618-970 - TEL: (0XX14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX
(014) 3811-5965

Descrição das Categorias de comportamento materno

1) Sensibilidade – refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades da criança. Eles estão centrados na criança. Os pais indicam estar cientes das necessidades, humor, interesses, capacidades da criança. Oferecem uma mistura adequada de apoio e independência. Respondem apropriadamente à criança. Indicadores de sensibilidade: a) reconhecer o afeto da criança; b) estabelecer uma conversação responsiva ao conteúdo da fala e/ou atividade da criança; c) facilitar, mas não controlar o brincar da criança; d) tempo apropriado das atividades para corresponder ao interesse da criança; e) mudar o ritmo quando a criança parece pouco estimulada, superexcitada ou cansada; f) aproveitar o interesse da criança no brincar; g) partilhar afeto positivo; h) fornecer um nível de estimulação apropriado e uma variedade apropriada de atividades; i) fornecer uma disciplina adequada à natureza peripécia da criança e ao nível de entendimento da mesma; j) flexibilidade geral em lidar com questões de autonomia e de obediência da criança e k) criança decide/ escolhe a brincadeira.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1- Não característico da interação* - há pouca evidência de sensibilidade parental. Pais raramente respondem apropriadamente às demandas infantis ou manifestam desatenção com as necessidades da criança. Interações são assíncronas ou inadequadas. No entanto, se o adulto está preocupado ou desligado, então ele não é sensível mesmo que a criança esteja engajada *2- Minimamente característico da interação*: pais evidenciam sensibilidade/responsividade de forma pouco frequente ou pouco sensível/responsiva. Mesmo que os pais sejam um pouco sensíveis, na média da interação há maior insensibilidade às necessidades da criança *3) Mais ou menos característico da interação*, *4- Moderadamente característico da interação*: Pais são predominantemente sensíveis/responsivos. Eles demonstram sensibilidade na maior parte das interações, mas não em todas ou podem demonstrar um pouco de insensibilidade, embora predominantemente eles são sensíveis (por exemplo, pais disponíveis às necessidades da criança, mas algumas respostas são mais dirigidas pelo adulto do que pela criança) ou o adulto está mais desligado do que seria recomendável. *5- Muito característico da interação*: Pais são

excepcionalmente responsivos e sensíveis. Insensibilidade é rara. Interações são caracteristicamente bem programadas e apropriadas, indo ao encontro das necessidades desenvolvimentais da criança.

2) Afeto positivo - Refere-se à extensão na qual os membros da família parecem apreciar estar junto. São carinhosos entre si e parecem relaxados e à vontade uns com os outros. Os sentimentos positivos são mostrados quando os membros da família: a) falam num tom de voz afetuoso; b) abraçam-se ou mostram outras expressões de afeto físico; c) apresentam expressão facial; d) apresentam sorriso e gargalhadas uns com os outros; e) entusiasmam-se com o que os outros membros da família estavam fazendo; f) agradam-se. Aproveitando e mantendo contato visual enquanto interagem.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1- Não característico da interação*: Família demonstra pouco contentamento em estar junta e pouco afeto. Este escore pode também envolver expressões positivas (sorriso ou gargalhada) inapropriadas para a situação ou que mostrem inadequação dos sentimentos da família. As expressões faciais podem ser sem expressão ou apáticas; *2- Minimamente característico da interação*: Família mostra poucos sinais de afeto positivo. Tanto intensidade quanto a frequência dos indicadores comportamentais de afeto positivo são baixas; *3- Mais ou menos característico da interação*. *4- Moderadamente característico da interação*: família mostra afeto positivo predominantemente. A diferença em relação ao escore 4 é que a família parece menos relaxada do que as famílias com escore 5; *5- Afeto característico da interação*: Este escore deve ser dado a famílias que são predominantemente positivas, em termos de expressão facial, vocal e comportamental. O afeto é positivo e espontâneo. Os membros da família claramente parecem aproveitar estarem juntos. Eles estão relaxados e confortáveis uns com os outros.

3) Afeto negativo - Refere-se às expressões de afeto negativo, conflitos, discordâncias ou críticas de um membro da família em relação a outro. Em relação à criança ou por parte da criança dirigindo-se aos pais. Os pais podem brigar com a criança. As interações podem ser hostis, punitivas, de forma encoberta ou explícita. Incluem expressões faciais negativas, tom de voz seco, interações caracterizadas por repreensão, ameaças, gritos e outras formas negativas ou de asserção de poder para controlar o comportamento da criança.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1- Não característico da interação*: Não há expressão de afeto negativo. Os membros da família podem estar desengajados e não envolvidos, mas não há expressão de irritação ou hostilidade. *2- Minimamente característico da interação*: Família tem um clima

emocional negativo mínimo, os membros da família podem estar desengajados. mas apenas um pouco de irritação e hostilidade é evidenciado. 3 - *Mais ou menos característico da interação.* 4- *Moderadamente característico da interação:* Família demonstra afetos negativos explícitos em parte do tempo, mas permeada por um pouco de afeto e engajamento positivo. 5- *Muito característico da interação:* família demonstra altos níveis de afeto negativo. Afeto negativo e irritação ou conflito são o modo predominante de comunicação da família (clima tenso, de hostilidade e raiva).

4) Desengajamento - Reflete a extensão na qual os membros da família parecem não estar envolvidos uns com os outros. Os membros parecem não engajados, emocionalmente não envolvidos, não responsivos e não conscientes das necessidades uns dos outros. Mostram passividade e falta de interesse. Desligamento pode ser visto em: a) não acompanhar visualmente a atividade dos outros membros; b) apresentar objetos para os outros membros sem convidar à interação; c) raramente manter contato visual ou falar uns com os outros; d) não responder a vocalizações, sorrisos ou outros comportamentos dos demais membros; e) ignoram coisas interessantes que os outros membros estão fazendo. Os membros desligados podem não prestar atenção nos outros ou estar muito atentos às suas próprias atividades. A diáde pode estar engajada, mas sem haver envolvimento emocional.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- *Não característico da interação:* Família quase não demonstra sinais de desapego ou desligamento. Membros da família interagem juntos predominantemente. 2- *Minimamente característico da interação:* Família demonstra mínimo desapego. 3- *Mais ou menos característico da interação,* 4- *Moderadamente característico da interação:* Família está predominantemente desapegada, mas o desapego não é tão prevalente a ponto de se tornar preocupante. 5- *Muito característico da interação:* família está muito desapegada. A criança fica sem atenção parental a maior parte do tempo, mesmo quando há uma distância razoável para interação. Quando a família interage, seu comportamento parece mecânico e superficial.

5) Intrusividade - A interação é intrusiva e supercontrolada e é centrada no adulto e não na criança. O (s) adulto (s) impõe seus próprios objetivos à criança. Ele superestrutura o brincar da criança, insiste em seus próprios objetivos e temas para o brincar e interrompe a criança para redirecionar o brincar. Insiste num uso particular do brincar, mesmo quando esse controle não é necessário para a segurança da criança ou por respeito aos outros. Viola o espaço da criança através de afastamento físico dela. Impede o direito da criança por seu próprio espaço e controle do seu corpo. Eles podem ser intrusivos de uma forma afetiva ou não. Mas o que caracteriza o comportamento como intrusivo é a ação dos pais de não reconhecer as

intenções da criança como reais ou válidas e comunicar que é melhor depender dos pais para direcionar as atividades do que tentá-las individualmente. Comportamentos específicos que caracterizam a intrusividade: a) oferecer uma barreira contínua à conversa; b) não permitir que a criança selecione atividades ou brinquedos; c) modificar as atividades quando a criança ainda aparenta interesse sem prepará-la para a transição; d) insistir que a criança faça alguma coisa sem estar interessada; e) não permitir que a criança faça escolhas; f) disciplinar a criança excessiva ou abruptamente; e g) invadir fisicamente o espaço da criança através da remoção de objetos de suas mãos e mudar a sua posição corporal.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1-Não característico da interação*: Pais não demonstram sinais de intrusividade ou comportamento supercontrolador. Os pais claramente interagem com a criança de uma forma que valide a participação da criança, encorajam a criança a reconhecer suas intenções e negociam o curso das interações durante a sessão. *2- Minimamente característico da interação*: Pais demonstram mínima intrusão. Há evidência de intrusão, mas não é típica da interação. Os pais iniciam algumas atividades que não são bem vindas ou não são adequadas no tempo. O genitor pode terminar as atividades em que a criança está envolvida sem avisá-la ou sem dar-lhe tempo para uma transição. Pais permitem um certo grau de autonomia, mas não apoiam e reforçam esta perspectiva da criança. *3-Mais ou menos característico da interação*. *4-Moderadamente característico da interação*: Pais frequentemente são intrusivos ou supercontroladores. O comportamento parental intrusivo ou controlador é evidente com mais frequência. Ou a família raramente interage e uma proporção substancial das interações é intrusiva. *5-Muito característico da interação*: As interações da família são tipicamente intensivas, forçadas e pode haver uso de força física para controlar a criança. Durante as interações os pais controlam as interações, permitindo pouca autonomia para a criança.

6) Estimulação cognitiva - Refere-se às tentativas de estimular o desenvolvimento cognitivo e mental da criança que fazem parte dos propósitos da família. Os pais estimuladores podem tirar vantagem de qualquer atividade de rotina para estimular o desenvolvimento, e constantemente se engajam em atividades com a intenção de facilitar a aprendizagem de seus filhos. Comportamentos que caracterizam a estimulação: a) conversar sobre e demonstrar aspectos do mundo físico; b) focalizar a atenção da criança em atributos únicos e qualidades perceptuais dos objetos (cor, como eles se movem, etc.). c) sugerir atividades lúdicas mais sofisticadas (por exemplo, dizer por que você não tenta?), d) responder verbalmente para expandir as verbalizações da criança; e) encorajar a criança a participar ativamente nas atividades. Não significa apenas fornecer material de aprendizagem. Os pais devem estar engajados ativamente em esforços para

estimular o desenvolvimento. Indicadores de estimulação do desenvolvimento cognitivo: a) descrever, nomear ou fazer perguntas sobre brinquedos ou objetos ou demonstrar como eles funcionam; b) estimular o desenvolvimento da linguagem da criança e a expansão das suas verbalizações; c) encorajar e reforçar as tentativas da criança de domínio ou desafiar a criança para tentar novas atividades; d) apresentar atividades numa sequência organizada de passos; e) ensinar a criança ou lhe dar uma oportunidade de experimentar com materiais que ilustram ou ensinam conceitos; f) fazer perguntas que requeiram a resolução de problemas; g) nomear e interpretar as experiências da criança (por ex: você está achando isso engraçado?); h) pais mostram à criança como utilizar um brinquedo.

A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1 - *Não característico da interação*: Os pais quase não fazem tentativas de ensinar algo à criança ou não lhe estimulam. 2- *Minimamente característico da interação*: Pais provêm pouca ou infrequente estimulação. A consciência parental e tentativas de engajamento em atividades desafiadoras são limitadas. 3- *Mais ou menos característico da interação*. 4- *Moderadamente característico da interação*: pais provêm estimulação adequada, mas poderia ser razoavelmente esperado mais estimulação e de melhor qualidade. Os pais se esforçam para fornecer estimulação, mas não aproveitam todas as chances para fazê-lo. Estimulação não é o objetivo principal. Os pais podem encontrar novos meios de engajar as crianças com brinquedos, mas essas maneiras são limitadas em qualidade, ações tendem a ser repetidas ao invés de variadas. 5- *MUITO característico da interação*: Famílias estimulam e aproveitam as oportunidades para estimulação. Os pais provêm frequentes e grande qualidade de estimulação através de lições, explicações e atividades. Ensinar ou favorecer o desenvolvimento caracterizam as interações dos pais com os filhos.

- Anexo 7 – Self Report Questionnaire – SRQ



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - CEP: 18618-970 - TEL: (0XX14) 3811-6260 / 3811-6089 - FAX
(014) 3811-5965

Self Report Questionnaire

Nome: _____

Nome da criança: _____

Data: _____

O (A) SR (A). PODERIA, POR FAVOR, RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sentem-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Têm dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado (há) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

TOTAL: _____

- Anexo 8 – Tabela da avaliação do teste DENVER II da amostra total.

Criança	Pessoal-social	Motor fino	Linguagem	Motor amplo	Global
1	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
2	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
3	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
4	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
5	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
6	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
7	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
8	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
9	Normal	Atraso (1 A)	Atraso (1 A e 1 C)	Normal	Risco
10	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
11	Cuidado (1 C)	Atraso (2 A)	Normal	Normal	Risco
12	Cuidado (1 C)	Atraso (2 A)	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
13	Normal	Normal	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
14	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
15	Normal	Atraso (1 A)	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
16	Cuidado (1 C)	Atraso (1 A)	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Risco
17	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
18	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
19	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
20	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
21	Normal	Normal	Atraso (3 A)	Normal	Risco
22	Normal	Normal	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
23	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
24	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
25	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
26	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 A e 1 C)	Normal	Risco
27	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
28	Normal	Atraso (1 A)	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
29	Cuidado (1 C)	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
30	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
31	Normal	Normal	Atraso (1 C e 3 A)	Normal	Risco
32	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
33	Normal	Normal	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
34	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
35	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
36	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
37	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
38	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
39	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
40	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
41	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
42	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
43	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 C e 3 A)	Normal	Risco
44	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
45	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 C e 2 A)	Normal	Risco
46	Cuidado (1 C)	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Risco
47	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
48	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
49	Atraso (2 C e 1 A)	Atraso (1 A)	Cuidado (1 C)	Normal	Risco
50	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Risco
51	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
52	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
53	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
54	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
55	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
56	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Risco
57	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Normal	Risco
58	Normal	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Normal
59	Cuidado (1 C)	Normal	Atraso (1 A)	Normal	Risco
60	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
61	Atraso (3 C e 1 A)	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Risco
62	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
63	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Cuidado (1 C)	Normal	Risco
64	Cuidado (1 C)	Normal	Normal	Normal	Normal
65	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Atraso (1 C e 1 A)	Normal	Risco
Total	Normal = 36	Normal = 52	Normal = 39	Normal = 65	Normal = 37
Total	Cuidado = 25	Cuidado = 0	Cuidado = 10	Cuidado = 0	Risco = 28
Total	Atraso = 4	Atraso = 13	Atraso = 16	Atraso = 0	
N	65	65	65	65	65

C = Cuidado; A = Atraso