

PREMATURIDADE E MUITO BAIXO PESO COMO FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA¹

Maria Beatriz Martins Linhares²
Ana Emília Vita Carvalho
Maria Beatriz Machado Bordin
Juliana Thomazatti Chimello
Francisco Eulógio Martinez
Salim Moysés Jorge

RESUMO: O objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o impacto do nascimento de bebês extremamente prematuros (<1500g). Foram estudadas duas amostras de sujeitos: uma constituída por mães de recém-nascidos pré-termo e com muito baixo peso, hospitalizados em UTI-Neonatal e outra com 34 crianças de oito a dez anos nascidas pré-termo e com peso <1500g e 20 crianças nascidas a termo e com peso > 2500g. Os efeitos precoces da prematuridade foram identificados na análise de conteúdo das verbalizações maternas em 20 sessões de grupo de apoio durante a internação do bebê na UTIN. As crianças da fase escolar foram avaliadas pelos testes de Raven, Desenho da Figura Humana, Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter e um questionário (mães). Os resultados mostraram as mães preocupadas com a sobrevivência e evolução dos bebês, com a separação devido à internação na UTIN e sentimento de incompetência em desempenhar seu papel. 49% das crianças da fase escolar evidenciaram inteligência média ou acima e 42% limítrofes; 18% apresentou deficiência auditiva; 82% estavam em escola regular. Problemas comportamentais verificados: agitação, impaciência, inquietude e agarramento à mãe

Palavras chave: Pré-termo; Baixo peso; Risco ao desenvolvimento.

PRETERM AND LOW BIRTHWEIGHT AS A RISK FOR THE DEVELOPMENT OF CHILDREN

ABSTRACT: The aim of the present study consisted of assessing the impact of extremely pre-term low birth weight (<1500g). It were studied two samples of subjects: one of pre-term newborn mothers (with very low weight committed on ICU-Neonatal of HCFMRP-USP) and other made up of 34 children from eight to ten years old that were born pre-term and with <1500g of weight and 20 children born full term and with >2500g. Early effects of prematurity were identified through analysis of mothers verbalizations' content in 20 group support sessions during the babies' commitment on ICU. The assessment phase of school children included Raven's and Human Figure Draw Tests, Child Behavioral Scale A2 of Rutter and a questionnaire to the mothers. It was verified a high mother's preoccupation with babies' survival, evolution, mother's separation, and incompetence sense to perform their role. 49% of school age children showed average intelligence and 42% were borderline; 18% presented aural deficiency; 82% were attending regular school. There appeared behavioral problems as agitation, impatience, and attachment to the mother.

Key Words: Pre-term; Low birth weight; Developmental risk.

Avanços na área de Neonatologia têm contribuído significativamente para melhorar o índice de sobrevivência de bebês nascidos pré-termo e com peso abaixo de 1500g. Cada vez mais, recém nasci-

dos com extremo baixo peso, em torno de 500 ou 600g, têm sobrevivido, na medida em que seja assegurada a oportunidade de receber assistência médica especializada em unidades de tratamento intensivo (UTI- Neonatal).

Beckwith & Rodning (1991) sugerem uma subdivisão do grupo de nascidos pré-termo com peso abaixo de 2500g. Denominam recém-nascidos *muito baixo peso*, aqueles que pesam abaixo de 1500g, e

Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan/julho/2000.

¹ Artigo recebido para publicação em agosto de 2000; aceito em dezembro de 2000

² Endereço para correspondência: Maria Beatriz Martins Linhares, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Av. Nove de Julho, 980 - Cep 14025-000 - e-mail linhares@fmrp.usp.br

recém-nascidos *extremamente baixo peso* (*extremely low birthweight*) aqueles que pesam abaixo de 1000g.

O seguimento longitudinal e os estudos retrospectivos acerca da trajetória de desenvolvimento dessas crianças têm revelado alguns achados merecedores de destaque. Primeiramente, crianças nascidas pré-termo com peso inferior a 1500g constituem-se em um grupo de alto risco para apresentar problemas de desenvolvimento psicológico (Novello, Degraw & Kleinnan, 1992; Waber & McCormick, 1995; Werner 1986). Novello & cols. (1992) salientaram que as crianças pré-termo com baixo peso ao nascerem apresentam um risco de sete a dez vezes aumentado de desenvolver problemas de paralisia cerebral, surdez e deficiência mental em relação a crianças a termo com peso acima de 2500g.

Em segundo lugar, os problemas apresentados ao longo do curso do desenvolvimento podem estar relacionados às seguintes áreas de comprometimento: *crescimento físico* (Werner 1986); *cognitiva* (Bradley & cols., 1993; Dammann & cols., 1996; Smedler, Faxelius, Bremme & Lagerstrom, 1992; Waber & McCormick, 1995); de *aprendizagem* (Hack & cols., 1994; Ross, Lipper & Auld, 1996; Taylor, Hack, Klein & Schatschneider, 1995) e *comportamental* (Bradley & Casey, 1992; Brandt, Magyary, Hammond & Barnard, 1992).

Em terceiro lugar, quanto mais baixo o peso de nascimento, maior a probabilidade de as crianças desenvolverem problemas de desenvolvimento com seqüelas de difícil reversão.

Crianças pré-termo com peso abaixo de 1500g tendem a apresentar significativamente problemas de deficiência mental (Beckwith & Rodning, 1991; Waber & McCormick, 1995) e deficiências sensoriais, por exemplo do tipo auditivo (Piecuch, Leonard, Cooper & Sehring, 1997), que requerem intervenções educacionais especiais.

Em quarto lugar, além dos parâmetros de idade gestacional e peso de nascimento, devem ser levadas em conta outras condições que definem mais precisamente o nível de comprometimento neonatal, a fim de melhor apreciar o prognóstico do desenvolvimento da criança (Antunha, 1994; Brazelton, 1994). Gorga, Stern, Ross & Nagler (1998) compararam o desenvolvimento no primeiro ano de vida de crianças pré-termo saudáveis, crianças pré-termo com intercorrências pós-natal (hemorragia, anóxia grave,

anomalia neurológica) e crianças a termo. Enquanto os bebês a termo desenvolveram-se normalmente quanto aos aspectos motores, de fixação aos estímulos e de atenção visual e auditiva, os bebês pré-termo saudáveis apresentaram um padrão instável de desenvolvimento nos seis primeiros meses, progredindo para a normalidade ao término do primeiro ano e os bebês pré-termo com complicações pós-natal apresentaram padrão de comprometimento nos aspectos avaliados em relação aos outros dois grupos de bebês.

Em quinto lugar, as condições ambientais familiares podem atuar de modo significativo a atenuar ou agravar o desencadeamento de problemas na criança (Wilfong, Saylor & Elksnin, 1991). O risco torna-se mais expressivo quando se leva em conta o contexto ambiental da criança. Nesse sentido, a pobreza responde pelo agravamento do risco de estas crianças apresentarem problemas de desenvolvimento. Em contrapartida, a mediação de desenvolvimento e aprendizagem (Klein, 1996) constitui-se em variável importante para ativar potencialidades da criança ou minimizar efeitos adversos da vulnerabilidade biológica da criança pré-termo de extremo baixo peso.

Brazelton (1994) salienta que o melhor índice prognóstico dessas crianças de alto risco, converge mais para o padrão de interação mãe-bebê do que para o desenvolvimento do bebê em si. O risco torna-se mais expressivo quando se leva em conta o contexto ambiental da criança. Nesse sentido, a pobreza responde pelo agravamento do risco de estas crianças apresentarem problemas de desenvolvimento.

O impacto do nascimento da criança pré-termo e de muito baixo peso na Família

O nascimento do bebê pré-termo configura-se em uma situação de “crise psicológica” na família, a qual passa a enfrentar uma situação imprevisível e ansiogênica geradora de sentimento de impotência e de estresse, especialmente na mãe. A prematuridade do bebê requer a internação em UTI-Neonatal, fator este que interfere negativamente no estabelecimento do vínculo mãe-bebê (Kennell & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1982).

Mães de bebês pré-termo que não receberam suporte social adequado e experimentaram eventos estressores durante a gravidez apresentaram maior fragilidade psicológica, dificuldade para exercer a “maternagem” e estabelecer um padrão de interação

adequado com o filho (Gennaro, Brooten, Roncoli & Kumar, 1993). Além disso, as mães de bebês pré-termo experimentam precocemente preocupação excessiva com relação à sobrevivência do bebê e sua saúde (Sternqvist, 1993). O bebê pré-termo, por sua vez, apresenta-se pouco responsivo aos estímulos visuais e auditivos (Brazelton, 1994; Kennell & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1982), influenciando no estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Nesse sentido, a criança é vulnerável e as mães estão fragilizadas para o enfrentamento da tarefa de cuidar do bebê, que muitas vezes é permeada por insegurança e superproteção. Com relação a este último aspecto, Brazelton (1994) alerta para o perigo de os pais dos bebês pré-termo desenvolverem a "síndrome da criança vulnerável". Devido a uma percepção distorcida dos pais, que passam a se concentrar mais nas deficiências do que nos recursos presentes no repertório do bebê, eles podem superprotegê-lo e superestimar sua vulnerabilidade. Este fato pode ser observado freqüentemente em verbalizações das mães acerca dos filhos nascidos pré-termo de muito baixo peso, que referem-se a estes como "ele é prematuro", mesmo quando se trata de crianças mais velhas com oito ou dez anos de idade (Carvalho, 2000). Em vez de a mãe considerar a prematuridade como fato passado, associado apenas ao momento do nascimento, ela persiste atualizando a representação da prematuridade, como sinônimo de fragilidade ao longo da história de vida da criança.

Estudos realizados com o objetivo de analisar os conteúdos temáticos das verbalizações maternas durante a realização de grupos de apoio psicológico a mães de recém-nascidos hospitalizados em UTI-Neonatal do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (Colombini Neto, Linhares, Oliveira & Martinez, 1998; Linhares, Carvalho & Martinez, 1999; Linhares, Carvalho, Bordin & Jorge, em publicação) revelaram expressões de preocupações, desejos e sentimentos de alívio. De um lado, as mães mencionaram enfrentar medo, culpa e ansiedade e, por outro lado, manifestaram sentimentos de esperança e otimismo.

Oliveira, Linhares e Martinez (conforme citado por Linhares & cols., em publicação) identificaram os seguintes conteúdos verbais, em ordem de maior incidência, nas verbalizações maternas analisadas em 20 sessões de grupo de apoio psicológico

às mães de recém-nascidos pré-termo e muito baixo peso (<1500g) hospitalizados na referida UTI-Neonatal: preocupação com a sobrevivência do bebê; preocupação com a separação do bebê, devido à internação prolongada do mesmo; impotência para desempenhar o papel de mãe; alívio/esperança em relação à sobrevivência; desejo de alta hospitalar; culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento; problemas pessoais-familiares da mãe; alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento do bebê; frustração de suas expectativas relacionadas ao bebê ("bebê imaginário").

No grupo, evidenciava-se a presença de oscilação e ambivalência de sentimentos regulados pela evolução do bebê. Estas precisaram ser manejadas, através de apoio psicológico focal às mães, durante o período em que o bebê permanecia na UTI, que podia durar em média três ou quatro meses, chegando às vezes até sete meses de internação.

Havia também a necessidade de ajudar na reconstrução da imagem do bebê, modulando as expectativas da mãe em relação ao bebê, anteriores ao nascimento, e aproximando a imagem ideal à imagem real do bebê nascido pré-termo e com muito baixo peso. Destaca-se o fato de que a mãe deveria proceder a essa reconstrução de imagem do bebê à distância, permeada por contatos descontínuos ou interrompidos possibilitados apenas nos momentos de visita à UTI.

Embora na referida UTI seja permitida a visita dos familiares sem restrição de horários, nem sempre era possível que a mãe permanecesse muito tempo com o bebê ou que comparecesse diariamente no hospital. Muitas vezes, as mães tinham outros filhos, afazeres domésticos ou trabalho e nem sempre residiam em Ribeirão Preto, precisando viajar para poder visitar o bebê na UTI. Desta forma, era imposto um distanciamento físico entre mãe e bebê, que pode traduzir-se em distanciamento psicológico do filho, constituindo-se em risco para a formação do vínculo mãe-bebê.

Com relação ao distanciamento psicológico, muitas vezes este ocorre não só pela distância física da mãe do bebê, mas algumas vezes pode funcionar como forma de proteção ou defesa da mãe para enfrentar o período de estresse experimentado quando o bebê luta para sobreviver durante a internação na UTI. Algumas mães temem apegar-se ao bebê e

este não resistir ou sobreviver, portanto causando-lhe sofrimento, vivenciando desta forma um conflito de aproximação *versus* afastamento do bebê. Em contrapartida, se não visitam o bebê e este vai a óbito, acentua-se na mãe o sentimento de culpa experimentado pela própria condição do nascimento prematuro do filho.

No grupo, as mães podem conversar sobre suas preocupações, compartilhar suas experiências com outras mães, que encontram-se em diferentes estágios com relação à evolução dos seus bebês, uns recém-nascidos outros mais perto da alta, e, finalmente, receber orientações que ajudam no enfrentamento satisfatório deste período de crise, ajudando-as na busca de reequilíbrio psicológico. Frequentemente, as mães podem adotar percepções extremadas distorcidas da evolução do bebê, ou seja, subestimando-a ou superestimando-a. Na primeira condição, identifica-se visão pessimista e postura de desânimo, que se agravadas podem constituir-se em sintomas depressivos reativos ao estresse vivenciado pela mãe. Na segunda condição, por sua vez, o excesso de otimismo pode ser traduzido em mecanismo de negação dos fatos, como defesa, distorcendo a percepção da mãe e dificultando por parte desta a compreensão de informações e a tomada de decisões compartilhadas com a equipe médica, que são muitas vezes necessárias para garantir a boa evolução do bebê.

Ressalta-se a importância de ajudar a doar as informações para a mãe, ajudando-a na compreensão das informações médicas sobre diagnóstico e/ou tratamento, cuidando para que não se passe indiscriminadamente a informação de prognósticos fechados com predições lineares sobre o desenvolvimento da criança. Muitas vezes, o curso do desenvolvimento ocorre favoravelmente, como podem ser atestados por estudos sobre crianças pré-termo resilientes (Bradley & cols., 1994; Carvalho, 2000).

Paralelamente, a mãe deve ser auxiliada na organização de rotinas com os outros filhos, marido e trabalho, caso os tenham, a fim de não se agravar a situação psicossocial da mãe. O pai deve ser incentivado a participar das visitas e alguns participam espontaneamente até dos grupos de apoio.

Durante o período de internação na UTI, recomenda-se que associado ao grupo de apoio psicológico às mães, estabeleça-se a "visita monitorada" por psicólogo, que apoia a mãe durante a visita ao

filho (Linhares; Carvalho & Martinez, 1999). A visita à UTI com o acompanhamento do psicólogo funciona como suporte psicossocial à mãe para enfrentar a situação de estresse psicológico que representa a hospitalização em UTI.

O Impacto do Nascimento Pré-Termo e de muito Baixo Peso no Curso de Desenvolvimento da Criança

Consoante com a preocupação acerca do curso de desenvolvimento dessas crianças de risco, vinculados à linha de pesquisa "*Sobrevivência e Qualidade de vida de bebês nascidos pré-termo de < 1500g*", temos desenvolvido projetos de pesquisa com o objetivo geral de avaliar, sob vários aspectos, o desenvolvimento psicológico destas crianças, na sua trajetória de vida. Será apresentado neste tópico um conjunto de resultados de estudos realizados com o objetivo específico de proceder à avaliação psicológica de 34 crianças (21 meninas e 13 meninos) de oito a dez anos nascidas pré-termo (<37 semanas de idade gestacional) e com muito baixo peso (<1500g) no HCFMRP, quanto ao nível intelectual e *status* acadêmico e a indicadores emocionais e de comportamento. As crianças ao nascer apresentaram idade gestacional de 24 a 34 semanas e peso de nascimento de 540 a 1475g. Na avaliação do nível intelectual foi utilizada a Escala de Matrizes Coloridas Progressivas de Raven-Escala Especial, com padronização brasileira (Angelini; Alves; Custódio & Duarte, 1998). Na avaliação do comportamento, segundo a percepção das mães, foi utilizada a Escala Comportamental A2 de Rutter, com padronização brasileira de Graminha (1998). Na avaliação dos indicadores emocionais foi utilizado o Desenho da Figura Humana (DFH), segundo normas de aplicação de Koppitz e padronização brasileira de Hutz & Antoniazzi (1995).

O desempenho das crianças nos testes foram comparados com as respectivas amostras de padronização dos testes. Em particular, nos dois primeiros testes, o percentil das 34 crianças pré-termo foram também comparados com o de 20 crianças a termo (>2500g) também nascidas no HCFMRP, as quais tinham faixa etária e nível sócio-econômico equivalentes ao primeiro grupo. Os testes utilizados nas comparações de grupo foram o de Mann Whitney e o Exato de Fisher ($p \leq 0,05$).

O Gráfico 1 apresenta o nível intelectual no RAVEN das crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* (<1500g) (N=34) e das crianças nascidas *a termo* (N=20), na fase escolar.

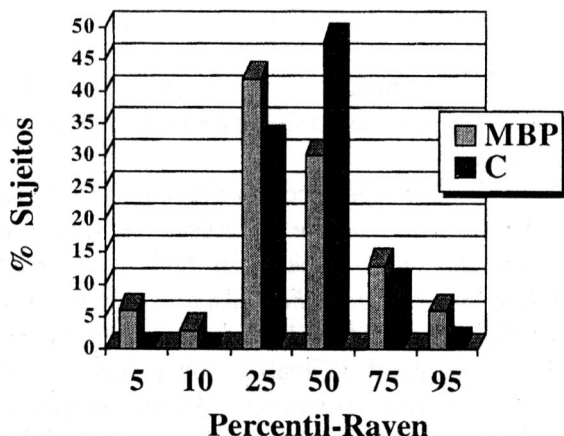


Gráfico 1- NÍVEL INTELECTUAL (RAVEN) DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO (MBP) (N=34) E DE CRIANÇAS NASCIDAS A TERMO (C) (N= 20).

Os resultados no Raven, apresentados no Gráfico 1, mostram que no grupo de crianças nascidas *pré-termo* houve uma amplitude de variação do percentil de 5 ao 95, com 49% de crianças com percentil 50 ou mais, que corresponde à classificação de inteligência na média ou acima da média. Uma parcela de 42% das crianças classificaram-se com percentil 25 (definidamente abaixo da média) e 9%, com percentil 10 ou 5, correspondentemente à classificação de deficiência mental

Comparando-se os resultados desse grupo com os das crianças do grupo controle, verifica-se uma distribuição semelhante, embora haja maior concentração de crianças na média, com percentil 50 (48%). Com isto, 68% das crianças nascidas *a termo*, apresentaram, na fase escolar, nível intelectual classificado na média ou acima da média. No entanto, não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição de sujeitos, de acordo com o escore total obtido na Escala Comportamental Infantil de Rutter, segundo a nota de corte, indicadora de problema de comportamento e da necessidade de atendimento psicológico conforme padronização brasileira de Graminha (1998). São apresentados os dados do grupo de crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* (<1500g) (N=34) e das crianças nascidas *a termo* (N=20), na fase escolar.

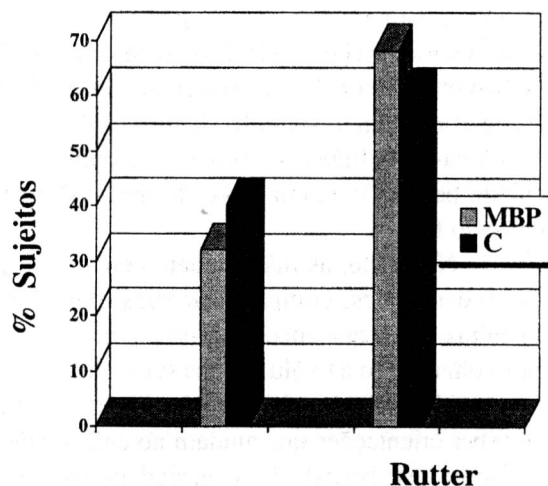


Gráfico 2- DISTRIBUIÇÃO DE SUJEITOS, DE ACORDO COM O ESCORE TOTAL NA ESCALA RUTTER, SEGUNDO A NOTA DE CORTE 16, DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO (MBP) (N=34) E CRIANÇAS NASCIDAS A TERMO (C) (N= 20)

Observa-se no Gráfico 2 que, em ambos os grupos, a maioria das crianças apresentou escore acima de 16 pontos, que consiste em índice sugestivo de problemas de comportamento e de necessidade de atendimento psicológico. No grupo de crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* (<1500g), foi identificado 68% das crianças com esse índice, enquanto que no grupo de crianças *a termo*, foi encontrado 60%. Nesta avaliação também não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

A Tabela 1 apresenta os itens de comportamento da Escala Rutter, em ordem de maior incidência, que apresentaram diferença estatística significativa, das crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* (<1500g) (MBP), na fase escolar, em comparação com as crianças da amostra de padronização da escala de escolares de Ribeirão Preto (ERP). Para detectar as possíveis diferenças foi utilizado o teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$).

Tabela 1: Itens de comportamento da Escala Rutter, em ordem de maior incidência, que apresentaram diferença estatística significativa, das crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* (<1500g) (MBP), em comparação com as crianças da amostra de padronização da escala de escolares de Ribeirão Preto (ERP).

ITENS de COMPORTAMENTO ESCALA RUTTER	MBP (%)	ERP (%)
Aagitada	75*	46
Agarrada à mãe	75*	50
Impaciente e Inquieta	70*	42
Enurese	40*	13
Recusa Escolar	30*	10
Asma ou crise respiratória	25*	13

* $p \leq 0,05$ (Teste Exato de Fisher)

Segundo a opinião das mães, como observa-se na Tabela 1, as crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso mostram significativamente mais do que as crianças da amostra de padronização da escala de escolares de Ribeirão Preto os seguintes tipos de problemas de comportamento: agitação, agarramento intenso à mãe, impaciência e inquietude e recusa escolar. Acrescenta-se a esse padrão comportamental, queixas de enurese e asma ou crise respiratória, que ocorreram mais nas primeiras do que nas segundas.

O Gráfico 3 apresenta os percentis de indicadores emocionais, detectados através do Desenho da Figura Humana (DFH), das crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso (<1500g) (N=20).

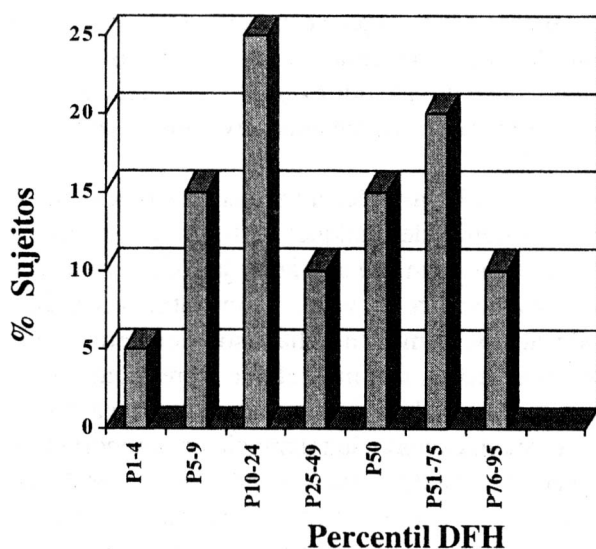


Gráfico 3- INDICADORES EMOCIONAIS NO DESENHO DA FIGURA HUMANA (DFH) DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO (MBP) (N=20)

Analisando-se os dados do Gráfico 3, pode-se perceber a presença de indicadores emocionais em 55% das crianças nascidas *pré-termo e com muito* Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan/julho/2000.

baixo peso, na fase escolar. Estas apresentaram percentil abaixo de 50, ou seja na média, em relação à amostra de padronização brasileira do DFH.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição de sujeitos de acordo com o tipo de escola freqüentado pelas crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso (<1500g) (N=34).

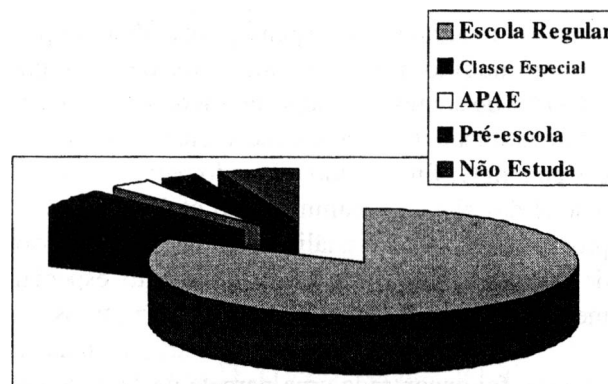


Gráfico 4- TIPOS DE ESCOLA FREQUENTADAS PELAS CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO <1500 g, NA FASE ESCOLAR (N=34)

Observa-se no Gráfico 4 que, 82% das crianças nascidas *pré-termo e com muito baixo peso* estão freqüentando classe regular, enquanto as demais freqüentam classe ou escola especial ou não estão ainda na escola.

Complementando esses dados, verificou-se que, das crianças que freqüentavam escola regular, 50% estavam na 2ª série, 32% estavam na 1ª série e 18% estavam na 3ª série. Considerando-se a relação entre série escolar e idade das crianças, constatou-se que 61% destas estavam em série incompatível com a idade cronológica, caracterizando atraso escolar. A repetência escolar, portanto, foi significativamente maior nas crianças nascidas *pré-termo de muito baixo-peso* em comparação com as crianças nascidas *a termo*.

Considerações Finais

Com base nos achados dos estudos que estamos realizando acerca do fator de risco ao desenvolvimento da criança, ou seja, da condição de extrema prematuridade e baixo peso de nascimento, serão feitas algumas considerações específicas e outras de ordem geral.

Primeiramente, crianças nascidas com idade gestacional abaixo de 37 semanas e com peso abaixo de 1500g constituem-se em um grupo de risco,

podendo ser identificados sinais de vulnerabilidade na criança. Porém, em contrapartida, podem ser também detectados nesse grupo de risco, sinais de resiliência às adversidades experimentadas precocemente na sua história de vida. Nesse sentido, deve-se ter cautela com relação à predição linear determinista entre a presença da extrema prematuridade ao nascer e o desempenho futuro da criança. Verificou-se a presença de resilientes, nos quais provavelmente processos mediadores e mecanismos de proteção advindos do contexto de suporte psicossocial presentes no ambiente familiar e educacional dessas crianças podem ter funcionado ativando recursos e o potencial da criança e minimizando efeitos adversos, produzindo em última análise resultados satisfatórios de padrões adaptados de desenvolvimento, especialmente no que se refere a indicadores cognitivos.

Em segundo lugar, na amostra estudada, no entanto, foi encontrada uma parcela de 18% de crianças com seqüelas no seu desenvolvimento. As características dessas seis crianças eram as seguintes: duas crianças não freqüentavam a escola, não conseguiam realizar a prova de nível intelectual e apresentavam indícios de problemas de comportamento; duas crianças apresentavam déficit sensorial auditivo, freqüentavam classe especial para deficientes auditivos e apresentavam indícios de problemas de comportamento; uma criança freqüentava a APAE, embora seu nível intelectual no Raven tenha sido classificado como limítrofe e apresentava indícios de problemas de comportamento; uma criança encontrava-se na pré-escola, embora tivesse oito anos, não conseguiu realizar o Raven e apresentava indícios de problemas de comportamento.

Em terceiro lugar, a alta expectativa de deficiência mental nesse grupo de risco nem sempre se confirma. No grupo estudado, os indicadores de problemas parecem concentrar-se mais nos aspectos comportamentais e emocionais, assim como acadêmicos, do que no aspecto intelectual. A maioria das crianças apresentou, em ordem de maior proporção, nível intelectual na média, limítrofe ou acima da média. Em contrapartida, foi acentuada a presença de indícios sugestivos de problemas de comportamento e de problemas emocionais. Além disso, embora grande parte das crianças estivesse freqüentando a escola regular, a maioria estava em classe incompatível com a série escolar apropriada para sua idade

cronológica.

Em quarto lugar, os tipos de comportamentos típicos das crianças estudadas, segundo a percepção das mães convergiam para um padrão comportamental de "criança difícil". Quando comparadas com a amostra representativa da população de escolares de Ribeirão Preto, do estudo de padronização brasileira da escala Rutter, as primeiras mostraram-se mais agitadas, impacientes ou inquietas, agarradas à mãe e com recusa escolar do que as segundas. Acrescenta-se a esse padrão, maior incidência de enurese e asma ou crise respiratória do que na referida amostra de padronização.

Paralelamente aos achados sobre a avaliação do impacto da extrema prematuridade no desenvolvimento psicológico dessas crianças vulneráveis devido às condições adversas de nascimento, pode ser constatada a situação ansiogênica vivenciada pelas mães no período em que se estabelece o vínculo inicial mãe-bebê. As preocupações da mãe com a sobrevivência do bebê e com a separação do filho devido à internação prolongada do bebê na UTI são fatores estressores que permeiam as representações iniciais sobre o filho e as expectativas futuras de sua evolução. A insegurança gerada nesta etapa pode perdurar, interferindo no cuidado à criança no curso do seu desenvolvimento. Pode dificultar a implementação de práticas educativas eficientes que preparem a criança para o enfrentamento das demandas do meio e dos desafios impostos pelas diferentes tarefas evolutivas, por exemplo, de interação social com seus pares ou de produtividade ou realização escolar.

Muitas mães alimentam a crença em poupar a criança de qualquer restrição ou sofrimento, pois consideram que a criança já sofreu o suficiente na sua história de vida. Com isto, nas práticas educativas, as mães ampliam sobremaneira os limites e restrições, que naturalmente precisam ser estabelecidos na educação de qualquer criança. Estabelece-se um excesso de tolerância ao comportamento da criança, muitas vezes gerando problemas de comportamento. Não é dada a oportunidade à criança do aprendizado de adiar gratificações, tolerar situações de espera e de frustrações. O excesso de tolerância e a superproteção, por parte dos pais no cuidado da criança, pode certamente dificultar o desenvolvimento da competência social no seu repertório

comportamental, assim como pode torná-la frágil do ponto de vista emocional para enfrentar as demandas internas e externas que se impõem no curso do desenvolvimento.

Finalmente, cabe um comentário geral quanto a programas de intervenção preventiva com relação a esse grupo de risco. Reafirma-se a necessidade de seguimento psicológico longitudinal das crianças nascidas extremamente prematuras, recomendado enfaticamente por O'Brien; Soliday & McCluskey-Fawcett (1995), com o objetivo de implementar medidas preventivas para neutralizar o risco de desencadeamento de problemas de desenvolvimento e aprendizagem da criança. Esse seguimento deve acompanhar a trajetória de desenvolvimento, focalizando diferentes etapas evolutivas da criança comparando-as com seus pares. Dois períodos revestem-se de importância especial para serem acompanhados bem de perto, devido ao fato de se tratarem de momentos sensíveis e relevantes para o desenvolvimento psicológico da criança: a) o período dos três primeiros anos de vida, que inclui a aquisição de uma gama de habilidades psicomotoras e de linguagem e o estabelecimento do apego entre a criança e figura materna; b) o período em torno de seis a sete anos, quando a criança está se preparando para enfrentar o desafio da entrada no mundo do aprendizado escolar formal do ensino fundamental, que, segundo Erikson (1971), conduz à criança ao conflito psicossocial entre dois pólos seguintes: "produtividade ou realização versus senso de inferioridade". Além disso, o seguimento longitudinal deve contemplar: a) a avaliação da criança e da família, a fim de detectar indicadores de problemas, para revertê-los ou minimizá-los, e de recursos, para ativá-los; b) a implementação de medidas terapêuticas ou educacionais especiais, quando necessárias, a fim de reabilitar ou manejar conseqüências negativas e indesejáveis decorrentes das condições adversas de nascimento, tanto as que tornam a criança vulnerável orgânica e psicologicamente, quanto as que fragilizam a família do ponto de vista emocional.

Referências Bibliográficas

Angelini, A.L.; Alves, I.C.B.; Custódio E.M. & Duarte W.F. (1988). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial*. (Padronização brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Antunha, E.L.G. (1994). A avaliação neuropsicológica na infância (0 a 6 anos). Em: V.B. de Oliveira & N.A. Bossa (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos* (pp. 89-122). Petrópolis: Vozes.

Beckwith, L. & Rodning, C. (1991). Intellectual functioning in children born preterm: recent research. Em L. Okagaki & R.J. Sternberg (Orgs.), *Directors of development influences on the development of the children's thinking* (pp. 25-58). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Bradley, R.H. & Casey, P.H. (1992). Family environment and behavioral development of low birth-weight children. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*, 34 (9), 822-826.

Bradley, R.H.; Whiteside, L.; Caldwell, B.M.; Casey, P.H.; Kelleher, K.; Pope, S.; Swanson, M.; Barret, K. & Cross, D. (1993). Mental IQ, the home environment, and child IQ in low birth-weight, premature children. *International Journal of Behavioral Development*, 16(1), 61-74.

Bradley, R.; Whiteside, L.; Mundfrom, D.; Casey, P.H.; Kelleher, K.J. & Pope, S.K. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65, 346-360.

Brandt, P.; Magyary, D.; Hammond, M. & Barnard, K. (1992). Learning and behavioral-emotional problems of children born pre-term at second grade. *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (3), 291 - 311.

Brazelton, T.B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (J.L. Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1992).

Carvalho, A.E.V. (2000). *Sobrevivência e qualidade de vida: história de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial de crianças nascidas pré- termo e com muito baixo peso (<1500g) em comparação com crianças nascidas a termo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

Colombini Neto, M.; Linhares, M.B.M.; Oliveira, M.B.F. & Martinez, F.E. (1998). Grupo de apoio a mães de RN prematuros e baixo peso internados em UTI Neonatal: análise de conteúdo das

- verbalizações. *Resumo do 6º Ciclo de Estudos em Saúde Mental, Pós- Graduação em Saúde Mental* (p. 62), Ribeirão Preto.
- Dammann, O.; Walther, H.; Allers, B.; Schröder, M.; Drescher, J.; Lutz, D.; Veelken, N. & Schulte, F.J. (1996). Development of a regional cohort of very low-birthweight children at six years cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(2), 97-108.
- Erikson, E. (1971). Oito idades do homem. Em: E.H. Erikson, *Infância e sociedade* (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar (Trabalho original publicado em 1950), 227- 248.
- Gennaro, S.; Brooten, D.; Roncoli, M. & Kumar, S. P. (1993). Stress an health outcomes among mothers of low- birth-weight infants. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (1), 97-113.
- Gorga, D.; Stern, F.M. Ross, G. & Nagler, W. (1998). Neuromotor development of preterm and full-term infants. *Early Human Development*, 18, 137-149.
- Graminha, S.S.V. (1998). Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. Em: G. Romanelli & Z.M.M. Biasoli-Alves (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 71-86.
- Hack, M.; Gerry-Taylor, H.; Klein, N.; Eiben, R.; Schatschneider, C. & Mercuri-Minigh, S. (1994). School-age outcomes in children with birthweight under 750 g. *The New England Journal of Medicine*, 331(12), 753-759.
- Hutz, C.S. & Antoniazzi, A.S. (1995). O Desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para Avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8 (1), 3-18.
- Kennell, J.H. & Klaus, M.H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. Em: M.H. Klaus & J.K. Kennell. *Pais / Bebês – a formação do apego* (pp. 245-275) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1982). Assistência aos pais. Em: M. Klaus & A.A. Fanaroff. *Alto risco em neonatologia* (pp. 141-165) (L. E. Vaz Miranda, Trad.). Rio de Janeiro: Interamericana (Trabalho original publicado em 1979).
- Klein, P.S. (1996). A mediational approach to early intervention. Em: P.S. Klein & cols, *Early intervention-cross-cultural experiences with a mediational approach* (pp.3-16). New York: Garland Publishing.
- Linhares, M.B.M.; Carvalho A.E.V.; Bordin, M.B.M & Jorge, S.M (em publicação) Suporte Psicológico ao desenvolvimento de bebês prematuros com peso de nascimento <1500g: na UTI- Neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia da SBP*.
- Linhares, M.B.M.; Carvalho A.E.V. & Martinez, F.E. (1999). Programa de Apoio Psicológico a mães de RN prematuros e muito baixo peso(< 1500g) em UTI-Neonatal e seguimento longitudinal do desenvolvimento psicológico dos bebês. *Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia* (p. 255), Campinas.
- Novello, A.C.; Degraw, C. & Kleinnan, D.V. (1992). Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107 (1), 3-10.
- O'Brien, M.; Solyday, E. & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. Em: M.C. Roberts (Org.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 463-478). New York: Guilford Press.
- Piecuch, R.E.; Leonard, C.H.; Cooper, B.A . & Sehring, S.A. (1997). Outcome of extremely low birth weight infants (500 to 999 grams) over a 12-year period. *Pediatrics*, 100 (4), 633.
- Ross, G.; Lipper, E. & Auld, P.A.M. (1996). Cognitive abilities and early precursors of learning disabilities in very low birthweight children with normal intelligence and normal neurological status. *International Journal of Behavior Development*, 19(3), 563-580.
- Smedler, A.C.; Faxelius, G.; Bremme, K. & Lagerstrom, M. (1992). Psychological development in children born with very low birthweight after severe intrauterine growth retardation: a 10-year follow-up study. *Acta Paediatrica*, 81 (3), 197-203.

- Sternqvist, K. (1993). The early mother-infant interaction in the highly technological care environment. *Acta Paediatrica*, 82 (11), 981-982.
- Taylor, H.G.; Hack, M.; Klein, N. & Schatschneider, C. (1995). Achievement children with birth weight less than 750 grams with normal cognitive abilities: evidence for specific learning disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (6), 703-719.
- Waber, D.P. & McCornick, M.C. (1995). Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (6), 721-735.
- Werner, E.E. (1986). A longitudinal study of perinatal risk. Em: D.C. Farran & J. MacKinney. *Risk in Intellectual and Psychosocial Development*. N.Y.: Academic Press.
- Wilfong, E.W.; Saylor, C. & Elksnin, N. (1991). Influences on responsiveness: interactions between mothers and their premature infants. *Infant Mental Health Journal*, 12 (1), 31-40.